

# Psychotherapeuten journal

- Aufsuchende Psychotherapie bei älteren Menschen
- Behandlungstechnik in der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Dissoziative Anfälle
- Hochsensitivität – ein Temperamentsmerkmal bereichert Psychotherapie
- Die neue Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen: Grundlagen, Chancen und Herausforderungen

### **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,

als in den 1960ern mit ELIZA ein Programm auftauchte, das ein Gespräch im Sinne der Gesprächspsychotherapie nach Rogers simulierte, glaubten viele Nutzer\*innen, es mit einem menschlichen Gegenüber zu tun zu haben. Allerdings erhielt man kaum echte Resonanz, sondern wurde durch die Antworten und Rückfragen von ELIZA zum Nachdenken über sich selbst stimuliert. Mit ChatGPT haben wir es nun mit einer anderen Qualität der Künstlichen Intelligenz (KI) zu tun.

Wir haben ChatGPT nach unserer Zeitschrift gefragt und bekamen folgende Informationen: „Das Psychotherapeutenjournal ist eine Fachzeitschrift für Psychotherapeuten und andere im Bereich der psychischen Gesundheit tätigen Fachleute.“ Soweit richtig, allerdings wird es dann doch etwas frei assoziativ, auch wenn es wie eine objektive Information ausgegeben wird: „Die Zeitschrift erscheint monatlich (...) und wird von der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) herausgegeben“. Derartige Fehlleistungen werden uns sicher in der Zukunft noch häufiger begegnen und beschäftigen. Kürzlich konnte man in der Regenbogenpresse ein angebliches Interview mit Michael Schumacher lesen, das durch eine KI erzeugt wurde. Bei aller Einfachheit, Informationen zu recherchieren und Inhalte zu erstellen, zeigen diese beiden Beispiele auch das zweifelhafte Spiel mit der Wahrheit, das in Zukunft die Realitätswahrnehmung prägen wird.

Im Interview mit ChatGPT in diesem Heft können Sie sich einen ersten Eindruck von den (Un-)Fähigkeiten eines modernen Chatbots im Kontext der Psychotherapie machen. Laut aktuellen Studien gehört die Psychotherapie zu denjenigen Berufsbildern, die im Zuge der voranschreitenden Automatisierung



nur wenig „bedroht“ sind. Befriedigendere Therapieerfahrungen und -ergebnisse gibt es eben nach wie vor nur mit leibhaftigen Psychotherapeut\*innen und (noch?) nicht mit einer KI.

Zu Dr. Dietrich Munz weiß ChatGPT übrigens wenig, wobei es über seine achtjährige Amtszeit als Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer einiges zu berichten gäbe. In diese Zeit fielen wichtige Veränderungen, die es vorzubereiten, zu moderieren und umzusetzen galt. Hier ist herausragend u. a. die neue Muster-Weiterbildungsordnung zu nennen. Als Resümee dieses zentralen Projekts seiner Amtszeit werden in einem von Dr. Dietrich Munz mitverfassten Beitrag noch einmal die Grundzüge der reformierten Aus- und Weiterbildung zusammengefasst. Zugleich werden die anstehenden Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung der neuen Psychotherapieweiterbildung skizziert. Diese werden vom gesamten Berufsstand Anstrengungen, mitunter „Pionierarbeit“, einfordern und gewiss auch ganz oben auf der Agenda des neuen BPtK-Vorstands stehen, der beim 42. Deutschen Psychotherapeutentag Anfang Mai in Frankfurt am Main gewählt wurde. Der gesamte Redaktionsbeirat wünscht dem neuen Vorstand viel Erfolg bei dieser für alle Psychotherapeut\*innen wichtigen Tätigkeit!

Neben den spezifischen psychotherapeutischen Veränderungen werden auch die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen die Arbeit des neuen Vorstands beeinflussen. Der Reallohnverlust bzw. die Inflation ist für viele Menschen in unserem Land eine Belastung. Das Frühjahr ist mitgeprägt von Arbeitskämpfen, die im Interesse von angestellten arbeitenden Menschen (inkl. einigen unserer Kolleg\*innen) ausgetragen werden. Der Psychotherapie und denen, die sie praktizieren, ist die Tendenz inhärent, sich mit der Ebene des Individuums zu beschäftigen, sodass der Blick auf übergreifende soziale Zusammenhänge manchmal ins Hintertreffen gerät.

Die aktuelle Lage kann die Gelegenheit bieten, sich persönlich mit Themen der Lebens- und Arbeitsweise, Fragen der Verteilungsgerechtigkeit in Deutschland oder auch dem eigenen berufspolitischen Engagement und der Streikkultur in unserer Berufsgruppe auseinanderzusetzen. Im Interview mit dem Betriebsratsmitglied einer psychiatrischen Klinik werden Arbeitsbedingungen – diesmal über die Perspektive von PIA hinausgehend – auch in diesem Heft thematisiert.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

*Björn Riegel & Jens J. Müller  
(Schleswig-Holstein)  
Mitglieder des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

## Originalia 114

*Meinolf Peters, Tobias Becker, Karin Jeschke & Lisa Peters*

### **Aufsuchende Psychotherapie bei älteren Patient\*innen – erste empirische Befunde**

Etwa ein Viertel der hochaltrigen Menschen ist aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, eine psychotherapeutische Praxis aufzusuchen. Dieser Personenkreis könnte nur im Rahmen einer aufsuchenden Psychotherapie eine solche Behandlung in Anspruch nehmen. Die vorgestellte empirische Erhebung zeigt, dass ein solches Setting aber bisher ein singuläres Ereignis darstellt. Diskutiert werden die versorgungspolitischen Probleme, die rechtlichen Rahmenbedingungen und die offenen konzeptuellen Fragen.

## 122 *Werner van Haren*

### **Behandlungstechnik in der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Erfahrungen aus der ambulanten Praxis und behandlungstechnische Empfehlungen**

Wie das vor einigen Jahren vom G-BA im Rahmen der psychodynamischen Verfahren zugelassene Setting einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im therapeutischen Alltag „gelebt“ und angewendet wird, ist bisher in der Literatur kaum sichtbar. Dieser Beitrag möchte daher eine Verständigung über Behandlungstechniken und -anforderungen in Gang setzen, wie sie speziell im Format der Kombinationstherapie auftauchen.

## 130 *Tobias M. Redecker, Inga Miller, Mario Schrecke & Birgitt Müffelmann*

### **Dissoziative Anfälle**

Dissoziative Anfälle können in ihrem Erscheinungsbild epileptischen Anfällen ähneln, zeichnen sich aber nicht durch epilepsietypische Hirnaktivität aus. Die Behandlung dieser Erkrankung sollte im engen multiprofessionellen Austausch stattfinden – mit einem Fokus auf Psychotherapie. Dabei können seitens des\*der Psychotherapeut\*in verschiedene Vorüberlegungen hinsichtlich des Umgangs mit Anfällen angestellt werden.

## 138 *Harald Krampe & Annette van Randenborgh*

### **Hochsensitivität – ein Temperamentsmerkmal bereichert Psychotherapie**

In diesem Beitrag werden einschlägige Forschungsbefunde zu Hochsensitivität mit klinischer Relevanz gesichtet. Weiterhin werden Alltagserfahrungen von betroffenen Menschen erläutert und Empfehlungen für erfolgversprechendes Arbeiten mit hochsensitiven Menschen in der Psychotherapie ausgesprochen.

## Hintergrund 147

*Dietrich Munz, Johannes Klein-Heßling & Alke Seela*

### **Die neue Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen: Grundlagen, Chancen und Herausforderungen**

## Interview 156

*Georg W. Alpers im Gespräch mit ChatGPT*

### **Wird ChatGPT auch in der Psychotherapie Einzug halten? Ein Expert\*inneninterview**

## 161 *Heiner Vogel & Björn Riegel im Gespräch mit Winfried Lotz-Rambaldi*

### **„Faire Arbeitsbedingungen für die Übernahme verantwortungsvoller Aufgaben!“. Ein Gespräch zur Stellung von PiA und Psychotherapeut\*innen im psychiatrischen Versorgungsalltag**

## Rezensionen

- 166 Was die Humanistische Psychotherapie im Innersten zusammenhält**  
Eine Rezension von Roland Raible: Kriz, J. (2023). Humanistische Psychotherapie. Grundlagen – Richtungen – Evidenz.
- 167 Auch nach einem halben Jahrhundert noch ein relevantes Standardwerk der Psychotherapie(forschung)**  
Eine Rezension von Thomas Fydrich: Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (Hrsg.). (2021). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (7. Aufl.).

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

- |            |                               |            |                                     |
|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------|
| <b>179</b> | Bundespsychotherapeutenkammer | <b>206</b> | Hessen                              |
| <b>185</b> | Baden-Württemberg             | <b>210</b> | Niedersachsen                       |
| <b>190</b> | Bayern                        | <b>214</b> | Nordrhein-Westfalen                 |
| <b>194</b> | Berlin                        | <b>218</b> | Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| <b>198</b> | Bremen                        | <b>223</b> | Rheinland-Pfalz                     |
| <b>202</b> | Hamburg                       | <b>227</b> | Saarland                            |
|            |                               | <b>230</b> | Schleswig-Holstein                  |

- 111 Editorial**
- 169 Leserbrief und Replik**
- 234 Impressum Psychotherapeutenjournal**
- A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
- A20 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

### Hinweise:

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

# Aufsuchende Psychotherapie bei älteren Patient\*innen – erste empirische Befunde

Meinolf Peters, Tobias Becker, Karin Jeschke & Lisa Peters

**Zusammenfassung:** Aufsuchende Psychotherapie bei Älteren war bislang weder in der therapeutischen Praxis noch in der Forschung ein Thema. Mit der allmählichen Etablierung der Alterspsychotherapie und der demografischen Entwicklung ergibt sich jedoch zunehmend die Notwendigkeit, ein solches Angebot in die Versorgung alter Menschen mit psychischen Erkrankungen einzubeziehen. In der ÄPP-Studie (*Ältere Patient\*innen in der Psychotherapie*) wurde erstmals systematisch der Frage nachgegangen, in welchem Umfang und aus welchen Anlässen dieses Vorgehen praktiziert wird. Es lagen Fragebögen von N = 948 Psychologischen Psychotherapeut\*innen vor. Die Ergebnisse zeigen, dass ca. 17,9 % der Psychotherapeut\*innen mindestens einmal eine Psychotherapie im Lebensumfeld des\*der Patient\*in durchgeführt haben, zumeist aufgrund einer körperlichen Erkrankung oder Einschränkung des\*der Patient\*in. Beim Rückgriff auf aufsuchende Psychotherapie handle es sich laut der Befragung zudem nicht um ein systematisches Vorgehen, sondern die Entscheidung für einen Setting-Wechsel erfolge situativ, um eine bereits laufende Behandlung fortsetzen zu können. Abschließend wird auf die Notwendigkeit einer systematischen Entwicklung und Etablierung von aufsuchender Psychotherapie insbesondere für Hochaltrige hingewiesen und in eine Diskussion der sich dabei stellenden Aufgaben überleitet.

## Einleitung

Aufsuchende Dienste sind etwa bei Kindern seit Langem Bestandteil des Versorgungsangebotes (Boege et al., 2020). In Bezug auf ältere Menschen haben sie sich im geriatrischen, komplementären (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), pflegerischen (Döhner et al., 2002; Schneekloth et al., 2002) und sozialpsychiatrischen Bereich etabliert (Holthoff, 2015; Günhe et al., 2011). Im vorliegenden Beitrag wird es um die Frage gehen, ob diese Entwicklung auch die Psychotherapie erreicht hat.

Die ambulante Psychotherapie im Alter entwickelte sich erst in der jüngeren Zeit zu einem relevanten klinischen Feld (Peters & Lindner, 2019; Kessler, 2021).<sup>1</sup> In der ÄPP-Studie (*Ältere Patient\*innen in der Psychotherapie*, s. u.), einer neueren Erhebung zur Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie durch Ältere, hat sich im Vergleich zu einer Erhebung im Jahre 2012 (Peters et al., 2013) ein Anstieg des Anteils Älterer an der Gesamtpopulation der Patient\*innen um über 30 % von etwa 9 auf über 12 % gezeigt, wenn auch eher bei jüngeren Älteren und nur sehr eingeschränkt bei Hochaltrigen, also Über-80-Jährigen (Peters et al., 2023). Der ‚treatment gap‘, also die Diskrepanz zwischen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme, ist weiterhin bei älteren Patient\*innen deutlich stärker ausgeprägt als bei jüngeren (Gellert et al., 2021). Dem gegenüber stehen die Ergebnisse, die die Wirksamkeit der Psychotherapie bei Älteren für die Verhaltenstherapie wie für die psychodynamische Psychotherapie belegen; allerdings beziehen sich diese Ergebnisse vorwiegend auf die jüngeren Älteren, während Studien zur Behandlung Hochaltriger fehlen (Wilson et al., 2008).

Die Ergebnisse der ÄPP-Studie (Peters et al., 2023) wiesen auf einen Faktor hin, der bisher kaum beleuchtet wurde, nämlich den Einfluss der Barrierefreiheit der Praxis. Diejenigen, deren Praxis barrierefrei zu erreichen ist, behandeln mehr ältere Patient\*innen als solche, bei denen dies nicht der Fall ist. Auch Kessler et al. (2015) fanden Hinweise darauf, dass die Erreichbarkeit eines\*einer Psychotherapeut\*in die Entscheidung Älterer, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, beeinflusst. Auch aufseiten der Hausärzt\*innen als potentiellen Überweiser\*innen wird ein erschwerter Zugang zu einer psychotherapeutischen Praxis bei Älteren als Barriere gesehen (Günhe et al., 2016). Diese Befunde werfen die Frage nach der Relevanz aufsuchender ambulanter Psychotherapie auf. Aufseiten der niedergelassenen Psychotherapeut\*innen scheinen vielfältige Vorbehalte sowie Unsicherheiten dahingehend zu bestehen, ob ein solches Vorgehen rechtlich zulässig ist.<sup>2</sup> Nach Auskunft einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen und des G-BA können ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen in bestimmten Fällen durchaus Hausbesuche als „begründete Ausnahmen“ vornehmen, sie müssten dies allerdings in der Abrechnung näher erläutern (Lindner, 2017).<sup>3</sup>

<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).

<sup>2</sup> Rechtlicher Hinweis: Aufgrund unterschiedlicher landesrechtlicher Ausgestaltung des insofern v. a. relevanten § 20 Muster-Berufsordnung wird empfohlen, sich für eine verbindliche berufsrechtliche Einschätzung an die zuständige Landespsychotherapeutenkammer zu wenden. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird weiterhin empfohlen, sich vorsorglich auch mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzustimmen.

<sup>3</sup> Diese Aussagen basieren auf Auskünften der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Hausbesuche sollten dokumentiert und in der Abrechnungsdatei kurz begründet werden (Lindner, 2017). Die KV Hessen hat dies in einem

Welche Gründe sprechen nun dafür, ein solches Vorgehen bei dieser Patient\*innengruppe als mögliche Variante in Betracht zu ziehen?

Körperliche Erkrankungen und das Auftreten von Multimorbidität, also einer größeren Anzahl gleichzeitig bestehender Krankheiten, nehmen mit dem Alter zu. Zu den häufigsten Folgen zählen Mobilitätseinschränkungen, die es erschweren oder unmöglich machen können, eine psychotherapeutische Praxis aufzusuchen. Manchmal tritt eine solche Erkrankung auch während einer laufenden Therapie auf, sodass sich die Frage stellt, ob diese fortgesetzt werden kann. Mobilitätseinschränkungen betreffen einen erheblichen Teil älterer, besonders hochalt-riger Menschen. Etwa 15 % der Über-80-Jährigen berichten beispielsweise von Problemen, einen Treppenabsatz allein bewältigen zu können, 25 % von Schwierigkeiten, mehrere Treppenabsätze zu bewältigen, und mehr als 10 % geben an, Probleme zu haben, mehr als einen Kilometer zu Fuß zu laufen (Menning & Hoffmann, 2009). In noch stärkerem Maße liegen Mobilitätseinschränkungen bei Pflegebedürftigen vor. Nahezu fünf Millionen Menschen waren Ende 2021 in Deutschland pflegebedürftig, davon 79 % über 65 Jahre alt, von denen 84 % zu Hause versorgt werden, der verbleibende Teil im Pflegeheim (Destasis, 2022). Von den im Pflegeheim untergebrachten Älteren sind 90 % nicht oder nur mit Hilfe in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen (Menning & Hoffmann, 2009). Zu berücksichtigen ist zudem, dass Ältere mit körperlichen Krankheiten und Mobilitätseinschränkungen besonders häufig auch an Depressionen und Ängsten leiden, die wiederum den Verlauf der körperlichen Krankheit bzw. den Altersabbau negativ beeinflussen können (Fiske et al., 2009).

Der beschriebene Personenkreis, bei dem die Voraussetzungen, eine\*n Psychotherapeut\*in aufzusuchen nicht oder nur eingeschränkt gegeben sind, welcher aber gleichwohl psychisch erheblich belastet ist, wird in den kommenden Jahren weiter anwachsen. Der Anteil Über-80-Jähriger an der Gesamtbevölkerung lag 2009 bei 5 % und wird bis 2030 auf 8,3 % ansteigen (Statista, 2023). Sollen ältere, in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht weiterhin fast ausschließlich psychopharmakologisch behandelt werden (Olsson & Marcus, 2009), bedarf es eines Angebotes an aufsuchender Psychotherapie.

Psychotherapie im Lebensumfeld des\*der Patient\*in ist ein bisher weitgehend unbekanntes Feld. Lindner (2014) sowie Lindner und Sandner (2015) haben unter einer klinischen Perspektive die Rahmenbedingungen und die spezifische Psychodynamik beleuchtet, die eine Psychotherapie, die im häuslichen Umfeld der Patient\*in durchgeführt wird, kennzeichnen. Kessler (2016) hat dies im Hinblick auf Pflegeheime

untersucht. Unbeantwortet ist aber bisher die Frage, in welchem Umfang aufsuchende ambulante Psychotherapie bei Älteren praktiziert wird und welche Anlässe dazu führen. Die vorliegende Studie, die im Rahmen des Forschungsprojektes *Ältere Patient\*innen in der Psychotherapie* (Peters et al., 2023) durchgeführt wurde, sollte erstmals dieses Feld anhand einer

## — Die Frage der Barrierefreiheit und der räumlichen Erreichbarkeit von psychotherapeutischen Praxen hat einen oft unterschätzten Einfluss auf die Entscheidung Älterer, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

größeren Stichprobe empirisch in Augenschein nehmen. Im Einzelnen wurden folgende Fragestellungen formuliert:

1. In welchem Umfang findet aufsuchende Psychotherapie bei älteren Patient\*innen statt, getrennt nach den Orten ‚zu Hause‘ und ‚Pflegeheim‘?
2. Was sind die Anlässe, die zu aufsuchender Psychotherapie führen?
3. Welche Therapeutenmerkmale tragen dazu bei, dass aufsuchende Psychotherapie praktiziert wird?

## Methoden

### Datenerhebung und Stichprobe

In der ÄPP-Studie<sup>4</sup> wurde die ambulante psychotherapeutische Behandlung älterer Patient\*innen untersucht. Die allgemeinen Ergebnisse der Studie zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere Patient\*innen werden anderweitig dargestellt (Peters et al., 2023). Die hier vorgestellte Auswertung behandelt den Teilaspekt dieser Studie, der sich auf aufsuchende Psychotherapie bezog.

Im Rahmen der Studie wurden alle approbierten Psychologischen Psychotherapeut\*innen der Psychotherapeutenkammer Berlin mit einer Zulassung zur Behandlung Erwachsener angeschrieben. Der Link des in SoSci Survey angelegten Fra-

Telefonat am 4. April 2023 bestätigt. Abgerechnet werden können neben der normalen Abrechnungsziffer zusätzlich die Ziffer 01410 für Hausbesuche und eine gestaffelte Wegpauschale (40220 bis 40224).

In der Antwort auf eine kleine Anfrage der Bundestagsfraktion CDU/CSU zur ambulanten Komplexversorgung bei schwer psychisch kranken Versicherten heißt es: „Laut Auskunft des G-BA sieht die bisherige Regelversorgung für Psychiaterinnen und Psychiater unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung vor (siehe EBM-Ziffern 21230, 21232, 21233). Auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können (dringende) Besuche von Kranken abrechnen (siehe EBM-Ziffern 01410, 01411, dafür gelten keine besonderen Bedingungen)“ (Drucksache 20/2230, 29. Juni 2022).  
4 Die Studie wurde vom Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Berlin durchgeführt.

gebogens wurde per E-Mail zugeschickt, es folgten zwei Erinnerungsmails. Der Einladungstext der E-Mails wie auch der Einführungstext zum Fragebogen waren so gestaltet, dass zunächst nur allgemein von einer Erhebung zur psychotherapeutischen Versorgung gesprochen wurde, d. h. es wurde nicht erwähnt, dass es um ältere Patient\*innen ging. So sollte verhindert werden, dass ein diesbezüglicher Selektionseffekt auftritt, d. h. vorwiegend diejenigen antworten, die dieser klinischen Gruppe positiv gegenüberstehen.

Die Grundgesamtheit aller Psychologischen Psychotherapeut\*innen betrug  $N = 4.882$ . 288 Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt und konnten nicht in die Auswertung einbezogen werden. Vollständig bearbeitet waren 1.109 Fragebögen, die Rücklaufquote betrug somit 22,7 %. Davon stammten 167 aus Kliniken oder anderen Versorgungsbereichen, die hier nicht berücksichtigt wurden, sodass 942 Fragebögen in die Auswertung eingingen.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 51,4 Jahre ( $SD = 12.5$ ), das der Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer beträgt 52,6 Jahre ( $T$ -Wert:  $-1.847$ ;  $n. s.$ ). In der Auswertungsstichprobe waren 751 (79,7 %) der Antwortenden weiblich, 187 (19,9 %) männlich, 4 (0,4 %) divers. In der Kammerpopulation beträgt der Frauenanteil 76 %, der Männeranteil 24 %, d. h. die Auswertungsstichprobe umfasst überdurchschnittlich viele Frauen und unterdurchschnittlich viele Männer; die Unterschiede sind signifikant ( $\chi^2$ -Wert: 5.88;  $p < .05$ ). Die von den Befragten praktizierten Psychotherapieverfahren verteilten sich wie folgt (Mehrfachangaben waren möglich): Verhaltenstherapie 47,1 %, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 44,4 %, Analytische Psychotherapie 19,5 %, Gesprächspsychotherapie 7,9 %, Systemische Therapie 7,1 % und andere Verfahren 11,9 %. Das Durchschnittsalter der Verhaltenstherapeut\*innen betrug 48,6 Jahre, das der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeut\*innen 54,5 Jahre und das der Psychoanalytiker\*innen 58,4 Jahre.

## Erhebungsinstrumente

Der allgemeine Teil des Fragebogens umfasste folgende Bereiche; es werden nur die in die hier vorgenommene Auswertung einbezogenen Teile des Fragebogens aufgeführt:

1. Personen- und berufsbezogen Angaben: Alter, Geschlecht, therapeutische Ausbildung, Dauer der Berufstätigkeit.
2. Gesamtzahl derzeit behandelter Patient\*innen sowie deren Anzahl im Alter zwischen 60–69, 70–79 und über 80 Jahren, jeweils getrennt nach Männern und Frauen.
3. Angaben, ob und wie häufig schon einmal die Psychotherapie im Lebensumfeld des\*der Patient\*in durchgeführt wurde, getrennt nach ‚zu Hause‘ und ‚Pflegeheim‘, Angaben über die Umstände in einem freien Textfeld.
4. Einschätzung eigener Kenntnisse in Alterspsychotherapie sowie die Bevorzugung von Patient\*innen unterschiedli-

chen Alters (junges, mittleres und höheres Erwachsenenalter), jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

5. Zur Erfassung von Altersangst der Therapeut\*innen wurde der sieben Items umfassende Fragebogen von Lynch (2000) verwendet. Jedes Item thematisiert einen Aspekt von Altersangst: Äußere Erscheinung, Gesundheit, Zukunft, Finanzen, Mobilität, Einsamkeit, Unabhängigkeit. Ein Item war invers formuliert. Der Fragebogen weist Zusammenhänge mit unterschiedlichen Variablen (Geschlecht, Gesundheit u. a.) auf und kann somit als valide betrachtet werden. In der vorliegenden Auswertung betrug Cronbachs Alpha .72.

## Auswertung

Die Auswertung erfolgte mit SPSS 29. Zur Bestimmung der Häufigkeit von aufsuchender Therapie wurde eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Zur Analyse der Zusammenhänge wurde eine binäre logistische Regressionsanalyse herangezogen, d. h. das Kriterium wurde dichotomisiert (aufsuchende Therapie praktiziert oder nicht). Die Angaben zur Therapierichtung, von denen nur Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie in die Auswertungen einbezogen wurden (bei anderen war die Fallzahl zu gering), wurden zu Dummy-Variablen umgewandelt.

Das Vorgehen bei der inhaltlichen Analyse der angegebenen Gründe bzw. Anlässe, aufsuchende Psychotherapie zu praktizieren, orientierte sich an dem von Mayring (2012) vorgeschlagenen Mixed-Methods-Ansatz. Da über den Forschungsgegenstand bisher wenig bekannt ist, wurden die Kategorien nicht vorab gebildet, sondern aus den freien Textangaben induktiv abgeleitet (Mayring, 2012). Anschließend ordneten zwei Rater die angegebenen Gründe unabhängig voneinander diesen Kategorien zu und die Interrater-Übereinstimmung (Cohens Kappa) wurde berechnet. Schließlich wurde die Häufigkeit der einzelnen Kategorien bestimmt.

## Ergebnisse

### Häufigkeit aufsuchender Psychotherapie

Tabelle 1 gibt die Häufigkeiten aufsuchender Psychotherapie wieder, getrennt nach ‚zu Hause‘ oder ‚Pflegeeinrichtung‘ als Ort, an dem die Psychotherapie stattgefunden hat. Der Datensatz war zuvor um Angaben bereinigt worden, die erkennen ließen, dass die aufsuchende Tätigkeit nicht im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit stattgefunden hatte, sondern etwa im Rahmen einer vorherigen Pflegeausbildung. Diese Angaben blieben unberücksichtigt.

Tabelle 1 zeigt, dass der weitaus größte Teil der Psychotherapeut\*innen bisher keine aufsuchende Psychotherapie praktiziert hat. *Zu Hause* haben bisher 14 % der Psychotherapeut\*innen einen oder mehrere Patient\*innen aufgesucht, in einer *Pflegeeinrichtung* 3,9 %. Insbesondere



bei zu Hause durchgeführten Therapien handelt es sich überwiegend um einmalige Erfahrungen.

Orte	0	1	2	≥ 3	Insgesamt
Zu Hause	86,0 %	7,4 %	2,3 %	4,3 %	14,0 %
Pflegeeinrichtung	96,1 %	1,8 %	0,3 %	1,8 %	3,9 %

*Tabelle 1: Häufigkeit aufsuchender Psychotherapie*

*Anm.: Die obere Zeile gibt die Häufigkeit aufsuchender Therapien wieder.*

## Anlässe für aufsuchende Psychotherapie

In einer freien Texteingabe wurden die Psychotherapeut\*innen gebeten, eine kurze Angabe über den Anlass für die aufsuchende Therapie zu machen. Die Auswertung erfolgte nach dem Mixed-Methods-Ansatz (s. o.). Diese Zuordnung erwies sich als schwierig, die Interrater-Reliabilität (Cohens Kappa) lag zwischen .50 und .80. Bei Nicht-Übereinstimmung wurde diese unter Einbeziehung eines dritten Raters im Konsensverfahren vorgenommen. Es wurden sieben Kategorien gebildet (Tab. 2).

Anlass	Prozentangabe
1 Krankheit, Mobilitätseinschränkung vorübergehend	13 %
2 Krankheit, Mobilitätseinschränkung dauerhaft	30 %
3 störungsspezifische Gründe	15 %
4 soziale Gründe	7 %
5 Forschungsprojekt	5 %
6 Praxisräume	4 %
7 Sonstige	16 %

*Tabelle 2: Anlässe für aufsuchende Therapie*

*Anm.: Störungsspezifische Gründe beziehen sich auf psychische Erkrankungen.*

Körperliche Gründe, also die Folgen schwerer Erkrankungen und Multimorbidität sowie Immobilität und Pflegebedürftigkeit, standen für die aufsuchende Psychotherapie mit 43 % im Vordergrund. Genannt wurden onkologische Erkrankungen, Schlaganfall, Multiple Sklerose, COPD oder ALS. Etwa 2/3 der Angaben bezogen sich auf dauerhafte und 1/3 auf vorübergehende Einschränkungen. Allerdings waren beide Anlässe nicht immer eindeutig zu unterscheiden.

Es folgten mit 15 % störungsspezifische Gründe, d. h. Gründe, die in der psychischen Erkrankung des Betroffenen lagen. Dabei ging es vornehmlich um schwere Depressionen und Angststörungen, die ein Verlassen des Hauses verhinderten. Ebenso wurde eine psychotische Erkrankung, eine Retraumatisierung nach Kriegserlebnissen sowie die Trauer nach Partnerverlust und Begleitung im Trauerprozess nach Verlust eines Angehörigen als Grund genannt.

Des Weiteren sind weniger häufig genannte Anlässe aufgeführt. Den sozialen Gründen wurde vornehmlich die Ein-

samkeit eines\*einer Patient\*in zugeordnet. Ein spezifischer Anlass war die Teilnahme an einem Forschungsprojekt, in dessen Rahmen ältere pflegebedürftige Menschen zu Hause aufgesucht wurden, aber auch die zweimalige Nennung einer Spezialisierung, etwa auf die palliative therapeutische Begleitung. Schließlich wurde dreimal auf die ungünstig zu erreichenden Praxisräume verwiesen, etwa bei rollstuhlpflichtigen Patient\*innen, die zur Erleichterung von den Psychotherapeut\*innen aufgesucht wurden. Eine Reihe der genannten Anlässe war keiner dieser Kategorien zuzuordnen und wurden der Kategorie sonstiger Anlässe zugerechnet.

## Wer praktiziert aufsuchende Psychotherapie?

Weiterhin wurden einige Therapeutenvariablen im Hinblick auf ihren Einfluss auf die Bereitschaft untersucht, aufsuchende Therapie zu betreiben. Hierzu wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt, in die das Kriterium ‚aufsuchende Therapie‘ (dichotomisiert ja oder nein) und Therapeutenvariablen als Prädiktoren eingeführt wurden. Die Regressionsanalyse erbrachte zwar eine signifikante (Chi<sup>2</sup>-Wert: 77.796;  $p < .001$ ), aber doch eher geringe Varianzaufklärung (Nagelkerkes  $R^2 = .15$ ). Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 aufgelistet. In der dritten Spalte sind die Signifikanzwerte angegeben, in der vierten die Odds Ratio – ein Wert, der die Stärke des Zusammenhangs des Prädiktors mit dem Kriterium wiedergibt; Werte größer 1 erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens des Kriteriums, Werte kleiner 1 verringern dieses.

Die größte Odds Ratio weist die Variable ‚Kenntnisse in Alterspsychotherapie‘ auf, d. h. über solche Kenntnisse zu verfügen, geht eher mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, aufsuchende Therapie zu praktizieren. Auch mehr ältere Patient\*innen zu behandeln, vergrößert diese Wahrscheinlichkeit. Psychoanalytiker\*in zu sein, ist signifikant mit einer

Variable	B	SD	p	Odds Ratio
Alter	0.018	0.018	.067	1.019
Geschlecht	0.210	0.210	.372	1.234
Berufserfahrung	0.003	0.005	.564	0.997
Altersangst	0.002	0.027	.942	0.998
Kenntnisse Alterstherapie	0.700	0.157	.001***	2.013
Bevorzugte Behandlung 18–30	0.207	0.115	.072	0.813
Bevorzugte Behandlung 30–60	0.218	0.155	.161	0.804
Bevorzugte Behandlung 60+	0.065	0.143	.650	1.067
Anteil Älterer	0.047	0.017	.005***	1.048
VT	0.371	0.425	.382	1.449
TP	0.482	0.417	.248	1.619
AP	0.770	0.333	.021*	0.463

*Tabelle 3: Binäre logistische Regression mit Kriterium aufsuchende Therapie*

*Anm.: VT = Verhaltenstherapie, TP = Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, AP = Analytische Psychotherapie;*

*\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$*

Odds Ratio kleiner 1 verbunden, d. h. die Wahrscheinlichkeit, aufsuchende Therapie zu praktizieren, ist in dieser Gruppe verringert. Zwei weitere Variablen bleiben zwar unterhalb des Signifikanzniveaus, weisen aber eine leicht erhöhte bzw. verringerte Odds Ratio auf. Danach ist eine Tendenz zu erkennen, dass ein höheres Lebensalter der Psychotherapeut\*innen die Wahrscheinlichkeit, aufsuchende Therapie zu praktizieren, erhöht, während die bevorzugte Behandlung jüngerer Patient\*innen diese verringert.

## Diskussion

Aufsuchende ambulante Psychotherapie bei Älteren wurde in der Vergangenheit vermutlich kaum praktiziert, allerdings liegen dazu keine Zahlen vor. Im Zuge der Alterung der Gesellschaft und der Entwicklung der Alterspsychotherapie rückt diese Variante der ambulanten Psychotherapie aber mehr in den Fokus. Die vorliegende Erhebung ist die erste dieser Art, in der der Versuch unternommen wurde, dieses Therapiesetting systematisch im Rahmen einer großen Stichprobe zu erfassen.

### Aufsuchende Psychotherapie – ein singuläres Ereignis

Es zeigt sich, dass knapp 18 % der Psychotherapeut\*innen angaben, eine oder mehrere Behandlungen im Lebensumfeld des\*der Patient\*in durchgeführt zu haben, davon 14 % in der Wohnung des\*der Patient\*in und lediglich 3,9 % in einer Pflegeeinrichtung. Aufsuchende Therapie, so zeigen diese Häufigkeitsanalysen, ist bislang sehr wenig verbreitet. Zumeist wurde lediglich ein Behandlungsfall genannt, was darauf hindeutet, dass es sich eher um ein singuläres Ereignis handelt, das vermutlich auf besondere Umstände zurückzuführen ist. Jedenfalls drängt sich der Eindruck auf, dass es kaum Psychotherapeut\*innen gibt, die ein solches Vorgehen als Bestandteil des eigenen Behandlungskonzeptes verstehen und systematisch einsetzen. Vielmehr scheint es ganz überwiegend dann dazu zu kommen, wenn Patient\*innen in einer laufenden Behandlung erkranken, immobil oder pflegebedürftig werden. Um in einem solchen Fall einen Behandlungsabbruch zu vermeiden, ist offenbar die Bereitschaft vorhanden, die Behandlung an einem anderen Ort fortzuführen. Dass eine solche Behandlung zustande kommt, wenn Einschränkungen der Mobilität bereits bestehen und der\*die Patient\*in nicht in der Lage ist, eine psychotherapeutische Praxis aufzusuchen, erscheint höchst unwahrscheinlich. Jedenfalls vermitteln die freien Angaben diesen Eindruck.

### Orte und Gründe aufsuchender Psychotherapie

Der Vergleich beider Varianten aufsuchender Therapie zeigt, dass diese eher zu *Hause* als in einer *Pflegeeinrichtung* stattfindet. Dies könnte zunächst damit zu tun haben, dass gebrechliche Patient\*innen zunächst die eigene Wohnung

nicht mehr verlassen können und vermutlich erst nach einem längeren Prozess in eine Pflegeeinrichtung übersiedeln. Diese aufzusuchen, könnte mit größeren Hürden verbunden sein als die Wohnung der Patient\*innen. Psychotherapie im Pflegeheim ist bis heute ein Fremdkörper geblieben (Kessler & Agines, 2014), und Psychotherapeut\*innen könnten befürchten, dort nicht willkommen zu sein. Auch wissen sie die Patient\*innen, anders als in deren eigener Wohnung, dort versorgt, was sie eventuell von Mitverantwortung entlastet. Suchen Psychotherapeut\*innen dennoch eine Pflegeeinrichtung auf, geraten sie wie von Kessler (2016) beschrieben unter Umständen in eine institutionelle Dynamik, die sie zu Mitwirkenden in einem zumeist schwierigen Umfeld werden lässt. Da diese ‚abschreckenden‘ Rahmenbedingungen bei Aufsuchen der Wohnung der Patient\*innen nicht zu erwarten sind, scheinen Psychotherapeut\*innen diese eher als Therapieort zu akzeptieren, obwohl auch damit eine komplexe interaktionelle Dynamik verbunden ist (Lindner, 2014; Lindner & Sandner, 2015).

Betrachtet man die Gründe für die Wahl eines aufsuchenden Behandlungssettings, wurden am häufigsten schwere körperliche Erkrankungen, Multimorbidität oder Mobilitätseinschränkungen genannt, wobei die Einschätzung als vorübergehend oder chronisch im Einzelfall vermutlich häufig schwer zu treffen ist. Diese Gründe scheinen eine unzweifelhafte objektive Basis zu haben und auf beiden Seiten Akzeptanz zu finden. Überraschend war allerdings, dass doch in einer beträchtlichen Anzahl der Fälle auch psychische bzw. sonstige Gründe genannt wurden. Insbesondere letztere scheinen diskussionswürdig, obwohl die kurzen, frei formulierten Angaben keine eindeutigen Rückschlüsse zulassen. Es mag sein, dass auch in diesen Fällen komplexe, individuelle Umstände vorliegen, die den Setting-Wechsel begründet erscheinen lassen. Andererseits könnte in manchen Fällen im Hintergrund auch eine spezifische Beziehungsdynamik wirksam werden, die ein solches Handeln als Agieren erscheinen lassen könnte. Die Nähe-Distanz-Problematik in der Behandlung Älterer, die häufig Abgrenzungsprobleme zur Folge hat, wurde von Peters et al. (2014) beleuchtet. Weitere Studien, die diese Dynamik ins Auge fassen, wären wünschenswert.

### Wer praktiziert aufsuchende Psychotherapie?

Betrachtet man nun die Zusammenhänge zu Therapeutenvariablen, die darüber Auskunft geben sollen, welche Psychotherapeut\*innen eher zu einem solchen Wechsel des Settings bereit sind, fällt zunächst einmal die geringe Varianzaufklärung des Kriteriums auf, die die Regressionsanalyse erbrachte. Die ausgewählten Variablen erfassen offensichtlich nur einen kleinen Teil der Einflussfaktoren, die im Hinblick auf die Wahl eines solchen Behandlungssettings von Bedeutung sind.

Unter den Variablen mit einem signifikanten Einfluss kommt der Variable ‚Kenntnisse in Alterspsychotherapie‘ die größte

Bedeutung zu; wenn Psychotherapeut\*innen über solche Kenntnisse verfügen, sind sie eher bereit, einen Wechsel des Settings vorzunehmen. Man kann vermuten, dass es dann eher möglich ist, die Nöte der älteren Patient\*innen einzuschätzen und Psychotherapeut\*innen über die erforderliche Kompetenz verfügen, sich in diese Situation mit einer eigenen Dynamik zu begeben. Auch ein höheres Lebensalter macht eine Entscheidung tendenziell wahrscheinlicher, aufsuchende Therapie zu praktizieren. Psychotherapeut\*innen, die sich selbst im mittleren oder höheren Lebensalter befinden und die über Erfahrungen mit den eigenen alten Eltern oder eigene Alterserfahrungen verfügen, können sich eher auf ein solches Setting einlassen. Die eigene Angst vor dem Alter hat hingegen ebenso wenig Gewicht wie das Geschlecht des\*der Psychotherapeut\*in oder die Bevorzugung bestimmter Altersgruppen.

Im Hinblick auf die Therapierichtung zeigen sich erwartbare Unterschiede. Psychoanalytiker\*innen praktizieren seltener aufsuchende Therapie, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass sie besonderen Wert auf die Einhaltung von Rahmenbedingungen legen. Tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch zu arbeiten, hat hingegen keinen Einfluss auf die Bereitschaft dazu, aufsuchende Therapie zu praktizieren. Beide Psychotherapieverfahren kennzeichnet eine eher pragmatische Grundhaltung, die vermutlich eine Abweichung vom Standardsetting erleichtert.

Weitere, hier nicht erfasste Variablen könnten Psychotherapeut\*innen davon abhalten, häufiger dieses Setting zu wählen, wobei sich diese Gründe in Bezug auf ‚zu Hause‘ und ‚Pflegeheim‘ unterscheiden können (s. o.). Zu denken wäre hier etwa an eine Ungewissheit bzgl. der rechtlichen Zulässigkeit (siehe Einleitung) sowie das Befürchten finanzieller Nachteile. Insgesamt entsteht allerdings der Eindruck, dass Therapeutenvariablen nur begrenzt zur Klärung der Frage beitragen, wann aufsuchende Therapie praktiziert wird. Vielmehr scheinen die Anlässe, ein aufsuchendes Setting zu wählen, eher aufseiten des\*der Patient\*in zu liegen bzw. situativ begründet zu sein. Kommt es in einer laufenden Behandlung zu einer schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit, könnte das Verantwortungsgefühl bzw. ein ethisch-moralisches Pflichtgefühl der Psychotherapeut\*innen ihnen gewissermaßen keine andere Wahl lassen, als sich auf ein aufsuchendes Setting einzulassen, sodass die eigene Grundhaltung kaum entscheidungsrelevant ist.

## Limitationen

Die im Rahmen der ÄPP-Studie erhobenen Daten konnten nur einen begrenzten Einblick in das noch weitgehend uner-

forschte Feld der aufsuchenden ambulanten Psychotherapie bei Älteren vermitteln. Ein Defizit der Studie besteht darin, dass die ärztlichen Psychotherapeut\*innen nicht einbezogen werden konnten.<sup>5</sup> Ein weiteres Problem liegt darin, dass die einbezogenen Einflussfaktoren nur einen begrenzten Teil der Varianz aufklären. Auch wenn damit die wichtige Erkenntnis verbunden ist, dass Therapeutenvariablen offenbar nur eine untergeordnete Rolle spielen, so ist doch nicht ausge-

**— Die Bereitschaft zu aufsuchender Therapie aufseiten der Psychotherapeut\*innen hängt am stärksten vom Grad der Kenntnisse in Alterspsychotherapie ab. Demgegenüber spielen die eigene Angst vor dem Alter, das Geschlecht oder die Bevorzugung bestimmter Altersgruppen kaum eine Rolle.**

schlossen, dass wichtige Variablen, etwa die therapeutische Beziehung, nicht erfasst wurden. In nachfolgenden Studien sollten zudem die Erfahrungen, die Psychotherapeut\*innen bei aufsuchender Therapie machen, ebenso genauer erfasst werden wie das Erleben der Patient\*innen selbst sowie die Evaluation eines solchen Vorgehens. Schließlich sollten zukünftig Einrichtungen des betreuten Wohnens und Hospize als eigene Kategorie erfasst werden.

## Schlussfolgerungen

Welche Schlussfolgerungen und weiteren Perspektiven ergeben sich nun im Hinblick auf eine Etablierung aufsuchender ambulanter Therapie für Ältere? Zwei Voraussetzungen erscheinen unabdingbar: Zum einen ist eine weitere Reduktion der in der Vergangenheit ausgeprägten Vorbehalte der Psychotherapeut\*innen gegenüber der Behandlung Älterer erforderlich; dass sich die Einstellungen allmählich wandeln, wird in den Befunden der ÄPP-Studie deutlich (*Peters et al., 2023*). Zum anderen stellt sich aber auch die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Behandlungskonzepte für die Gruppe der Hochaltrigen. Auch diesbezüglich lassen neuere Arbeiten sowohl auf verhaltenstherapeutischer (*Kessler, 2021*) wie psychodynamischer (*Peters, 2021; 2022*) Basis einen Fortschritt erkennen.

Welche Aufgaben stellen sich nun im Hinblick auf die Etablierung der aufsuchenden Psychotherapie für Ältere als eine Variante der Richtlinienpsychotherapie?

1. Zentral ist eine bessere Aufklärung über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Frage der Finanzierung (*Lindner, 2017*), wobei eine bessere Vergütung des Mehraufwandes dringend erforderlich ist.

<sup>5</sup> Die Berliner Ärztekammer war nicht bereit, sich an der Studie zu beteiligen.

2. Weitere empirische Erhebungen sollten zur Klärung des Bedarfs sowie zur Formulierung von Indikationskriterien führen, die Anhaltspunkte bieten, wann und bei welchen Patient\*innen ein solches Setting in Betracht gezogen werden sollte. Dabei dürften Kriterien der Mobilitätseinschränkung als Indikationskriterien im Vordergrund stehen, während andere Anlässe kritisch zu prüfen wären. Insbesondere in Bezug auf Pflegeeinrichtungen wären auch die erforderlichen Rahmenbedingungen zu klären (z. B. Behandlungsraum, Aufklärung des Pflegepersonals). Schließlich sollte es dabei auch um eine Evaluation eines solchen Therapiesettings gehen.
3. Psychotherapeut\*innen sollten im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen auf diese Aufgabe vorbereitet werden, worauf insbesondere der Einfluss der Variable ‚alterspsychotherapeutische Kenntnisse‘ hinweist (s. o.). Im Vordergrund sollte dabei die psychotherapeutische Behandlung multimorbider sowie pflegebedürftiger hochaltriger Patient\*innen stehen (Peters & Lindner, 2019; Kessler, 2021; Rabioli-Fischer & Söder, 2021). Allerdings ist der Erwerb von Wissen über Krankheitsbilder und Interventionstechniken nicht ausreichend. Wesentlich ist die Entwicklung einer Reflexions- und Handlungskompetenz im Hinblick auf den Umgang mit hochaltrigen Patient\*innen, aber auch der interaktionellen Dynamik im häuslichen Umfeld sowie der institutionellen Dynamik im Pflegeheim. Nur wenn dies gewährleistet ist, können Psychotherapeut\*innen motiviert werden, aufsuchende Therapie in ihre Berufspraxis zu integrieren.
4. Schließlich ist auch die Einbettung der Alterspsychotherapie in das gesamte Versorgungssystem von Bedeutung, etwa die Kooperation mit Hausärzt\*innen, Geriater\*innen und geriatrischen Kliniken sowie eine bis heute nicht bestehende Kooperation mit Alten- oder Seniorenberatungsstellen, Pflegestützpunkten und Pflegeheimen (Peters et al., 2023). Nur dann könnte aufsuchende Psychotherapie einen systematischen Stellenwert in der Versorgung psychisch kranker alter Menschen gewinnen.

Die geschilderten Ergebnisse zeigen, dass aufsuchende Psychotherapie bei Älteren nur selten praktiziert wird, und wenn, dann insbesondere aus einer Notsituation heraus. Vermutlich handelt es sich überwiegend um Behandlungen, die ansonsten abgebrochen werden müssten. Ziel sollte es aber sein, sie als Teil der psychotherapeutischen Versorgung älterer, insbesondere hochaltriger Menschen zu etablieren. Nur wenn dies gelingt, kann verhindert werden, dass ein wachsender Teil der älteren Bevölkerung dauerhaft aus der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen bleibt.

## 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).*

- Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363.
- Kessler, E.-M. (2021). *Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lindner, R. (2017). Es rechnet sich: Aufsuchende Psychotherapie. *Psychotherapie im Alter*, 14 (1), 113–114.
- Lindner, R. & Sandner, M. (2015). Psychotherapie auf der Couch des Patienten. *PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie*, 65 (06), 204–212.
- Menning S. & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese Th. (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 62–79). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Peters, M. (2021). Mentalisierungsorientierte Psychotherapie im Alter. *Psychodynamische Psychotherapie*, 20, 220–233.
- Peters, M. (2022). Soziale Kognitionen im Alter – Grundlagen und Möglichkeiten einer altersadaptierten Psychotherapie. *Die Psychotherapie*, 67, 509–516.
- Peters, M. & Lindner, R. (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Peters, M., Becker, T. & Jeschke, K. (2023). Ältere PatientInnen in der psychotherapeutischen Praxis – Eine Replikationsstudie (zur Veröffentlichung eingereicht).
- Rabioli-Fischer, B. & Söder, J. S. (2021). Outreach Psychotherapy for Seniors and Psychotherapy in Retirement Homes in German-speaking Countries – An Overview. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 9 (3), 130.



### **Prof. Dr. Meinolf Peters**

---

**Korrespondenzanschrift:**  
Institut für Alterspsychotherapie und  
Angewandte Gerontologie  
Schwanallee 48a  
35037 Marburg  
info@alterspsychotherapie.de

Dipl.-Psych. Prof. Dr. phil. Meinolf Peters ist als Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker niedergelassen in eigener Praxis und als Supervisor sowie als Berater in mehreren Kliniken tätig. Er ist Mitinhaber und Geschäftsführer des Instituts für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie. Bis Ende 2017 war er Honorarprofessor an der Universität Marburg und Leiter der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie in der Klinik am Hainberg in Bad Hersfeld. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift ‚Psychotherapie im Alter‘.



### **Tobias Becker M. Sc. Psych**

---

Tobias Becker (M. Sc. Psych.) befindet sich in fortgeschrittener Ausbildung zum Psychoanalytiker am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (DPG) Siegen-Wittgenstein e. V. und ist seit mehreren Jahren tätig als klinischer Psychologe in der Klinik Wittgenstein (Bad Berleburg). Außerdem promoviert er als externer Doktorand am Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie und klinische Psychologie der Lebensspanne (Prof. Dr. Simon Forstmeier) der Universität Siegen. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Psychotherapie mit Menschen im höheren Lebensalter.



### **Dipl.-Psych. Karin Jeschke**

---

Dipl.-Psych. Karin Jeschke ist Systemische Familientherapeutin. Sie arbeitet als Referentin für Wissenschaft und Forschung bei der Psychotherapeutenkammer Berlin.



### **Dipl.-Psych. Lisa Peters**

---

Dipl.-Psych. Lisa Peters ist Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in Verhaltenstherapie. Sie ist seit 2016 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der medius Kliniken Kirchheim im Landkreis Esslingen tätig.

# Behandlungstechnik in der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Erfahrungen aus der ambulanten Praxis und behandlungstechnische Empfehlungen

Werner van Haren

**Zusammenfassung:** Seit der Zulassung der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychodynamischen Verfahren durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015) scheint die Diskussion um das Pro und Contra der Kombinationstherapie abgeschlossen. Wie dieses Setting nun im therapeutischen Alltag „gelebt“ und angewendet wird, ist bisher in der Literatur kaum sichtbar. Dieser Beitrag möchte daher eine Verständigung über Behandlungstechniken und -anforderungen in Gang setzen, wie sie speziell im Format der Kombinationstherapie auftauchen. Was soll zum Beispiel bevorzugt in der Einzeltherapie oder in der Gruppe besprochen werden? Wie ist es zu handhaben, wenn in der Einzeltherapie das Bedürfnis besteht, über andere Mitglieder der Gruppe zu sprechen? Wie ist damit umzugehen, wenn Psychotherapeut\*innen in der Einzelstunde etwas erfahren, das ihrer Ansicht nach in der Gruppe gewinnbringend thematisiert werden könnte? Wann ist eine Besprechung in der Einzeltherapie hilfreiche Vor- oder Nachbereitung und wann zu bearbeitender Widerstand oder zu beachtende Spaltung? Dieser Beitrag reflektiert solche behandlungstechnischen Besonderheiten in der Verbindung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie und stellt einen praxisbezogenen Entwurf zu behandlungstechnischen Empfehlungen vor.

Seit der Zulassung der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der Tiefenpsychologisch fundierten und der Analytischen Psychotherapie durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015) ist nun einige Zeit vergangen. Eine Auswertung darüber, wie häufig oder intensiv diese Möglichkeit seitdem genutzt wurde, steht noch aus, ebenso eine entsprechende Evaluation ihrer Wirksamkeit.

Nach meinem persönlichen Eindruck scheint nach einer Phase der vorwiegend erleichterten<sup>1</sup> Auf- und Annahme der Kombinationstherapie im ambulanten Setting inzwischen ein gewisser Rückgang in deren Anwendungshäufigkeit stattzufinden. Zwei Gründe tragen vermutlich dazu bei:

Erstens: Die erfreuliche finanzielle Höherbewertung von Gruppentherapie im Rahmen der Honorarvereinbarungen birgt als ungewollte Nebenwirkung eine sinkende Attraktivität der Einzeltherapie im Rahmen der Kombinationstherapie, was nach meinem Eindruck Kolleg\*innen motiviert, sich schwerpunktmäßig der Gruppentherapie (ohne Kombination) zuzuwenden.<sup>2</sup> Parallel zu den Gruppen eine relevante Zahl von Einzelstunden durchzuführen, setzt also eine hohe Identifikation mit den Vorzügen der Kombinationstherapie voraus, da sie inzwischen zugunsten konzeptioneller Vorteile finanzielle Nachteile nach sich zieht.

Zweitens führt die Entscheidung eines\*einer Psychotherapeut\*in zur Durchführung einer Kombinationstherapie natürlich

zu einem erhöhten Bedarf an Einzelstunden zusätzlich zu den Gruppensitzungen, sodass Psychotherapeut\*innen hier schnell an zeitliche Kapazitätsgrenzen stoßen. Wenn alternierend zu den Gruppensitzungen regelmäßig Einzelstunden durchgeführt werden, in welcher Frequenz auch immer, ist es kaum möglich, mehr als zwei bis drei Gruppen in einer Praxis anzubieten.

Als Kompromiss zur Lösung dieses Dilemmas bietet sich eine stärkere Verschränkung von Einzel- und Gruppentherapie in den Anfangsphasen einer Psychotherapie an, um mit zunehmender Sicherheit in der therapeutischen Beziehung und der Integration eines\*einer Patient\*in in eine Gruppe den Anteil der Einzeltherapien allmählich zu reduzieren. Bei etwaigen Krisen im Therapieverlauf kann der Anteil von Einzeltherapien gegebenenfalls wieder erhöht werden.

Die Diskussion um das Pro und Contra der Kombinationstherapie ist nach einem relativ intensiven Austausch vor und nach Beschlussfassung des G-BA inzwischen abgeebbt und

<sup>1</sup> So war es nach meiner Wahrnehmung im Februar 2019, also relativ kurz nach dem G-BA-Beschluss, auf einer gemeinsamen Tagung des Berufsverbands der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG) und der Deutschen Gesellschaft für Gruppenanalyse (D3G) zum Thema spürbar.

<sup>2</sup> Ich beziehe mich hier auf den sehr kleinen Teil der Kolleg\*innen in meinem Netzwerk, die bereits Gruppentherapien anbieten und sich darin sicher fühlen. Es bleibt zu hoffen, dass der Einsatz von Gruppentherapie zunimmt und damit auch das Interesse an der Kombinationstherapie in der Niederlassung wächst (97 % der ambulanten Psychotherapie wird bisher im Einzelsetting durchgeführt; vgl. Psychotherapie aktuell 4/2022, Editorial).

## Mögliche Vorteile von Kombinationstherapie

Auch wenn die Frage der Effektivität der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie angesichts einer unbefriedigenden Forschungslage noch ungeklärt ist, ergibt eine Auswertung der Literatur (van Haren, 2020), dass folgende Vorzüge der Kombination berichtet werden:

### ■ Vertiefung der Wirkungen von Gruppentherapie

Die Einzeltherapie hilft zur tieferen Verarbeitung der in der Gruppentherapie angestoßenen Prozesse; gerade kritisches Feedback, aber auch verwirrende, konfliktreiche, überfordernde oder gar bedrohliche Erfahrungen können besser integriert oder aufgelöst werden.

### ■ Vorbereitende Besprechung schambesetzter Themen

In der Einzeltherapie können Themen gebahnt werden. Diese Möglichkeit wirkt entängstigend und hilft, Mut zu schöpfen für das „öffentliche“ Sichtbarwerden in der Gruppe.

### ■ Stabilisierung der Gruppe

Durch die Einzelstunden entsteht ein Auffangnetz für schwierige Situationen aus dem Gruppenprozess: In jeder Gruppentherapie entwickeln sich immer wieder Krisen, die eine intensive Bearbeitung erfordern, für die auf der Gruppenebene nicht immer ausreichend Raum zur Verfügung steht. Die Einzeltherapie erscheint in diesem Zusammenhang als sichere Basis und als Rückhalt.

### ■ Verringerung der Zahl von Therapieabbrüchen

Die Einzeltherapie erleichtert es den Patient\*innen, Unsicherheiten auszusprechen oder Kritik auszudrücken und Themen anzugehen, die als problematisches Material sonst gar nicht auftauchen, sondern potenziell in schleichende Abbrüche münden. Im Schatten des Gruppenprozesses treffen Patient\*innen mitunter stille Entscheidungen. Wenn diese dann mitgeteilt werden, haben sie oft eine Festigkeit gewonnen, die für ein Überdenken oder eine gemeinsame Reflexion keine Möglichkeit mehr offenlässt.

### ■ Vertiefung der therapeutischen Beziehung

Das Vertrauen zum\*zur Psychotherapeut\*in wächst, weil der\*die Patient\*in beobachten kann, wie dieser mit den anderen Teilnehmenden in der Gruppe umgeht.

### ■ Unterstützung bei Schwierigkeiten mit dem Leiter

Die „Öffentlichkeit“ einer Gruppe wirkt als Schutzraum und kann von Patient\*innen als Rückhalt und Verstärkung genutzt werden.

### ■ Bereicherung der Einzeltherapie

Der Gruppenprozess lässt Themen sichtbar werden, die in der Einzeltherapie so nicht auftauchen (können). Psychotherapeut\*innen sind hier teilnehmende Beobachter\*innen einer gemeinsam erlebten, geteilten Realität, auf die sie mit ihrem\*ihrem Patient\*in zusammen blicken können.

### ■ Mehr Möglichkeiten für Psychotherapeut\*innen

Der\*Die Psychotherapeut\*in erhält durch die Einzeltherapie schneller ein tieferes Kenntnis der Biographie und der Hauptkonflikte des Individuums. Dieses Hintergrundwissen begünstigt ein passendes Intervenieren in der Gruppe. Aufkeimende Schwierigkeiten können früh erkannt und aufgegriffen werden. Die therapeutische Beziehung ist besser zu halten. Krisen sind in der ruhigeren Atmosphäre einer Einzelstunde leichter aufzulösen als im Sturm einer Gruppensitzung. Gruppentherapie wird so insgesamt leichter durchführbar und die Bewältigung von schwierigen Situationen im Gruppenprozess gelingt besser. Auf dieser Basis wächst das eigene Zutrauen in die Fähigkeit zur Gruppenleitung.

scheint zunächst in prinzipieller Hinsicht abgeschlossen. Der Autor hat die Pro-Argumente in einer Übersicht zusammengefasst (siehe Kasten; van Haren, 2020). Eine ausdrückliche Contra-Position wurde nach meiner Kenntnis nicht publiziert. Inhaltlich sind seit dieser Zeit einzelne Aspekte hinzugekommen:

So berichtet Siefert hinsichtlich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Siefert, 2022) von ersten, eher positiven Erfahrungen im Umgang mit der Kombinationstherapie und verweist auf ein diesbezüglich laufendes Forschungsprojekt am Winnicott Institut Hannover.

Für den Bereich der Selbsterfahrung gibt es ebenfalls ein neues Statement für eine Kombination aus Einzel- und Gruppenselbsterfahrung. In den Empfehlungen des DGPPN-Referats „Psychotherapie“ für die Selbsterfahrung in der Weiterbildungspraxis wird sie ausdrücklich als begrüßenswert angesehen (Linden & Strauß, 2022).

Nachdem also hinsichtlich des Ob eine gewisse Selbstverständlichkeit eingekehrt ist, wäre es vielleicht an der Zeit, hinsichtlich des Wie, also bezüglich der konkreten Handhabung der Kombinationstherapie und im Hinblick auf Anforderungen an die Behandlungstechnik in diesem speziellen Setting, eine Verständigung zu versuchen. Behandlungstechniken, Interventionen und Haltungen, die speziell im Format der Kombinationstherapie auftauchen, sind bisher in der Literatur kaum sichtbar und folglich wenig diskutiert. Gerade im stationären Setting, in dem die Kombinationstherapie seit Langem praktizierter Bestandteil des Klinikalltags ist und dort schon als „Goldstandard“ bezeichnet wurde, schlummern sicherlich reichhaltige Erfahrungen, die es wert wären, geteilt zu werden. Die Verbreitung der Kombinationstherapie, die im ambulanten Setting insgesamt eher noch am Anfang steht, könnte von einem solchen Austausch gewiss profitieren.

Was soll zum Beispiel bevorzugt in der Einzeltherapie oder in der Gruppe besprochen werden? Wie ist es zu handhaben,

wenn in der Einzeltherapie das Bedürfnis besteht, über andere Mitglieder der Gruppe zu sprechen? Wie ist damit umzugehen, wenn Psychotherapeut\*innen in der Einzelstunde etwas erfahren, das ihrer Ansicht nach in der Gruppe gewinnbringend thematisiert werden könnte? Wann ist eine Besprechung in der Einzeltherapie hilfreiche Vor- oder Nachbereitung und wann zu bearbeitender Widerstand oder zu beachtende Spaltung?

Dieser Beitrag reflektiert nun solche behandlungstechnischen Besonderheiten in der Verbindung von Einzel- und Gruppentherapie und stellt einen Entwurf von Empfehlungen zur Behandlungstechnik vor.<sup>3</sup>

Vorweg noch eine Bemerkung zur *Indikation für diese Arbeitsweise*. Vielfach wird in der Literatur auf eine spezielle Eignung der Kombination für Patient\*innen mit schweren

## Während die Kombinationstherapie im stationären Setting seit Langem anerkannter Bestandteil des Klinikalltags ist, steht deren Verbreitung in der ambulanten Versorgung erst noch am Anfang.

strukturellen Störungen hingewiesen. Möglicherweise profitieren Menschen mit komplexen Traumatisierungen, Persönlichkeitsstörungen, Ess- oder Bindungsstörungen in besonderem Maße. Meine Gruppen sind jedenfalls im Hinblick auf Störungsbilder eher gemischt zusammengesetzt, sodass nach meinem Eindruck (van Haren & Willweber, 2018) alle Patient\*innengruppen davon profitieren können. Nach meiner Erfahrung ist eher entscheidend, wie interessiert Patient\*innen an dieser Behandlungsform sind.

Aufseiten der Psychotherapeut\*innen könnte ein Rückgriff auf Kombinationstherapie indiziert sein, wenn etwa noch Zweifel bezüglich der Übernahme einer Gruppenleitung vorhanden sind. Da sich Gruppentherapie in Verbindung mit dem (vertrauten) Format der Einzeltherapie leichter gestaltet (siehe Kasten, S. 123), könnte das diesbezüglich noch skeptische Psychotherapeut\*innen zu einem Einstieg ins Gruppensetting ermutigen.

## Behandlungstechnische Überlegungen

Bereits vor mehr als 30 Jahren hat Lipsius (Lipsius, 1991) – meines Wissens als Erster – einen Vorschlag für „Guidelines at the interface“ in der Kombinationstherapie gemacht. Klipp (2018) hat dies entsprechend aufgegriffen und referiert. Lipsius' Orientierungshilfen sind durchaus noch geeignet, die heutige Diskussion zu befruchten. Sein Artikel macht einmal mehr deutlich, wie unverständlich es rückblickend bleibt, dass eine Einräumung der Möglichkeit zur Kombination im deutschsprachigen psychodynamischen Theorieraum geradezu tabuisiert

war. Denn zu der Zeit, in der Lipsius bezeugend auf diverse Konferenzen und theoretische Ausführungen anderer Autor\*innen zum Thema seine „Guidelines“ vorstellte, war ein solcher Diskussionsbeitrag in Deutschland noch unvorstellbar. Seine Grundidee bzw. Zielvorstellung ist einfach und plausibel. Sie besteht darin, die Vorteile jeweils eines Settings zu nutzen, um das jeweils andere zu fördern („utilizing each component modality to enhance the advantage of the other“; Lipsius, 1991, S. 317), damit sie so letztlich zur Stärkung und Entwicklung des\*der Patient\*in integriert würden. Man könnte ergänzend formulieren: es gilt, die Stärken des jeweiligen Settings zu nutzen um die Schwächen des anderen auszugleichen. Die jeweiligen Stärken und Schwächen sehe ich, knapp formuliert, in Folgendem:

Was die Arbeit mit und in der Gruppe auszeichnet: eine höhere emotionale Intensität; eine breitere Erfahrungswelt, in der jedes Mitglied unausweichlich seinen interpersonalen Mustern begegnet; die Vielschichtigkeit des Feedbacks und die Aufhebung von Vereinzelung. Demgegenüber sind ihre wesentlichen Nachteile, welche eine gewisse Gefahr der Überforderung enthalten: das Risiko einer Unübersichtlichkeit und

Komplexität von Erfahrungen; mitunter überforderndes kritisches Feedback sowie die Begrenztheit hinsichtlich der Zeit und Aufmerksamkeit für das einzelne Gruppenmitglied.

Demgegenüber zeichnet es die Einzeltherapie aus, dass sie einen sicheren Platz und ungeteilte Aufmerksamkeit des\*der Psychotherapeut\*in bietet, somit die Bedingungen verbessert, sich auf die Themen dieses\*dieser einen Patient\*in zu fokussieren.

Aus dieser Perspektive erscheint die Einzeltherapie als sicherer Hafen und die Gruppentherapie als Fahrt auf offener See. Die Aussicht, Einzelsitzungen parallel zur Gruppe nutzen zu können, senkt vor diesem Hintergrund oft die Schwelle zum Einstieg in eine Gruppe, weil sich die Möglichkeit der Rückversicherung an einem als sicherer empfundenen Ort eröffnet. Tatsächlich ist es manchmal allerdings auch umgekehrt: beispielsweise bei Patient\*innen, die die Intensität und

<sup>3</sup> Dies beruht auf mehr als 20 Jahren Arbeit in diesem Setting, und zwar in unterschiedlichen Formaten: Eines davon ist eine „Jahresgruppe“, ein von 10-12 Teilnehmer\*innen selbstfinanziertes Gruppenformat in Wochenendform, in seinem zeitlichen Rahmen vergleichbar mit gruppenanalytischen Weiterbildungen oder fraktionierten Selbsterfahrungsgruppen. Die jeweiligen Blöcke finden in Tagungshäusern mit gemeinsamer Unterkunft und Verpflegung statt. Sie ist jeweils auf ein Jahr geschlossen. Wenn am Ende eines Jahreszyklus Mitglieder ausscheiden, können neue Teilnehmer\*innen einsteigen. In der Regel finden zwischen den Blöcken in je nach Therapiefortschritt unterschiedlichen Abständen Einzelsitzungen statt.

In einem zweiten Format, einer halboffenen Gruppe, biete ich alle 14 Tage eine 150-minütige Gruppensitzung und im Wechsel dazu ebenso 14-tägig eine Einzelsitzung an, sodass jede\*r Patient\*in pro Woche einen Therapietermin hat. In diesem Setting habe ich phasenweise zwei Gruppen angeboten. Diese Form ist im Zuge der Umsetzung des G-BA-Beschlusses abrechnungstechnisch kompatibel.



Unmittelbarkeit der Zweierbeziehung fürchten, oder auch bei Konflikten mit dem\*der Psychotherapeut\*in. In solchen Fällen wird mitunter die Gruppe als der sicherere Ort erlebt.

Wenn nun bereits eine ausschließliche Gruppentherapie als effizient, wirksam und nützlich angesehen werden kann – und die diesbezüglichen Belege der evidenzbasierten Gruppentherapieforschung gewinnen in den vergangenen 15 Jahren deutlich an Überzeugungskraft (Strauß et al., 2020) – so lässt sich vermuten, dass eine Kombination mit Einzeltherapie diese Wirksamkeit noch verbessern könnte.

Lipsius schlug seinerzeit vier „guidelines“ im Sinne behandlungstechnischer Orientierungslinien vor. Ich möchte im Folgenden einige Ergänzungen und Modifikationen in der Behandlungstechnik zur Diskussion stellen. Auf der Basis ausgewählter typischer Situationen wird herausgearbeitet, welche Herausforderungen sich an der Schnittstelle von Einzel- und Gruppentherapie für Psychotherapeut\*innen bieten.<sup>4</sup>

## Sehr häufig: Bericht über einen Konflikt mit einem anderen Gruppenmitglied

Beispiel: Hans berichtet in einer Einzelsitzung, dass er in der Gruppe Nina als eine „Instanz“ erlebe, an der er nicht „vorbeikomme“. Wir arbeiten heraus, woran genau er nicht „vorbeikommt“ und wie er in solchen Situationen reagiert. Ninas Ausdrucksformen, die für ihn zur Instanz werden, sind beispielsweise eine erkennbare Enttäuschung und Betroffenheit oder Rückzugsankündigungen, die er als beunruhigend, fast bedrohlich erlebt. Er nimmt sich dann zurück, wagt es nicht mehr, sich zu äußern. In solchen Momenten ist es für ihn unvorstellbar, für seine Bedürfnisse einzutreten oder gar Ärger zu äußern, weil dies die Belastungen für Nina erhöhen könnte oder gar das Risiko von Konflikten mit ihr bergen würde. Er bringt dies schließlich in Zusammenhang mit seiner von Kopfschmerzen geplagten Mutter, bei der er früh lernte, sie nicht zu belasten.

Die Einzelsitzung dient hier zur Klärung von Konfliktdimensionen und zur biografischen Verortung dieses Themas, schließlich auch zur Ermutigung, sich nicht zurückzunehmen, sondern, wenn nötig, den Konflikt auszutragen. Eine solche Ermutigung durch den\*die Psychotherapeut\*in zielt nicht auf eine Parteinahme für diesen Patienten im Sinne einer Stellungnahme gegen das andere Gruppenmitglied, sondern darauf, sich in der Austragung des Konfliktes zu entdecken und neue Freiräume zu erobern, was selbstverständlich genauso für das in diesem Moment nicht anwesende Gruppenmitglied gilt. Das Prinzip der Allparteilichkeit ist hier unbedingt aufrechtzuerhalten.

Nina, die ebenfalls zu einer Einzelstunde kommt, berichtet nun, wie unerträglich es für sie ist, wenn sie kritisiert oder ein Anliegen von ihr zurückgewiesen wird. Sie kann nicht anders, als das als Ausdruck einer Ablehnung ihrer Person zu verstehen. Für sie wird es dadurch geradezu zwingend, dass ein

Gegenüber sich nicht abgrenzt, weil sie das im Kern erschüttert und sie mit vehementer Betroffenheit und Empörung reagieren lässt, vor der andere oft zurückweichen. Diese Enge empört wiederum Hans.

Beiden jetzt in Einzelsitzungen zu helfen, ihr Verhalten zu verstehen, kann den Boden für eine vertiefte Begegnung und Durcharbeitung im Rahmen der Gruppensitzung bereiten.

Es ist nach meiner Erfahrung wichtig, dass der Konflikt dann real in der Gruppe ausgetragen wird. Er sollte also nicht durch die Einzeltherapie bereits „durchgearbeitet“, sondern gewissermaßen „angearbeitet“ werden, in dem Sinne, dass die Voraussetzungen für ein Durcharbeiten in der Gruppe geschaffen oder verbessert werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Besprechung in der Einzeltherapie zum Widerstand gegen die Konfliktbewältigung im Gruppensetting wird. (Ähnlich sieht dies Klipp, 2018.)

Daher gilt es immer wieder, behutsam und taktvoll Brücken für den Übergang vom Einzel- zum Gruppensetting zu bauen. Oft sind Patient\*innen nach einer Besprechung einer Gruppensituation im Einzel schon selbst motiviert genug, das Thema in der Gruppe weiterzuverfolgen. Falls dies schwerfällt, kann der\*die Psychotherapeut\*in Anknüpfungspunkte nutzen bzw. schaffen. Ich halte es nicht für förderlich, aktiv den Übergang zu setzen, etwa derart: „Wir hatten ja in der letzten Einzelstunde über den Konflikt mit Nina gesprochen. Wie wäre es, das jetzt aufzugreifen?“ Das scheint mir zu direktiv und entmündigend. Ich nutze dafür eher sich bietende Gelegenheiten, wenn sich Anknüpfungsmomente im Gruppenprozess bieten. Manchmal reicht ein aufmunternder Blick, wenn sich Situationen wiederholen, manchmal eine gruppenbezogene Deutung oder Frage („Ich erlebe, wie einige gerade verstummen – ist da was dran?“), manchmal ein Nachfragen in der nächsten Einzelsitzung, wie es mit dem zuletzt Besprochenen weitergegangen ist.

### Behandlungstechnische Empfehlungen zum Umgang mit Konflikten:

- Untersuche die Hintergrunddimensionen (Übertragungen) des Konfliktes ohne vollständige Durcharbeitung („Woher kennen Sie das Thema?“).
- Analysiere Widerstände: Untersuche die Gründe, weshalb ein Konflikt im Einzelsetting auftaucht, obwohl er sich auf die Gruppe bezieht („Was hinderte Sie daran, das in der Gruppe vorzubringen?“).
- Ermutige dazu, das Thema in die Gruppe zu bringen („Wie wäre es, den Konflikt in der Gruppe anzusprechen?“).
- Beachte die Gefahr des Vermeidens einer offenen Konflikt-austragung.

<sup>4</sup> Alle Personen, die in den vorgestellten Fallvignetten mit geändertem Namen erwähnt werden, haben ihr Einverständnis zur Veröffentlichung in dieser Form gegeben oder die Beispiele sind typischen Situationen nachempfunden.

- Schaffe behutsam und taktvoll Brücken zwischen den Settings.

### Sehr häufig: Der\*Die Patient\*in vertraut Gedanken und Gefühle in der Einzelsituation an, die er\*sie (noch) nicht in die Gruppe einbringen möchte

Beispiel: Theresa macht sich große Vorwürfe, dass ihr die Erziehung ihres Sohnes nicht gelungen sei, der heute computersüchtig und sozial isoliert in seinem Zimmer versumpfe. Sie habe das Kind nicht wirklich gewollt, infolge von Schuldgefühlen aufgrund einiger vorangegangener Abtreibungen

### \_\_\_\_ Hilf dem\*der Patient\*in, Krisen in der Gruppe als Ausdruck eigener innerer Muster zu verstehen.\_\_\_\_\_

jedoch nur noch die Möglichkeit gesehen, dieses Kind zur Welt zu bringen und sich in die Rolle der Alleinerziehenden zu fügen. Dies vertraut sie mir nach einiger Therapiezeit in einer Einzelstunde an, mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass sie das auf keinen Fall der Gruppe preisgeben könne.

Ein solches Verhalten nur unter der Perspektive der Spaltung zu betrachten, wird der Heftigkeit von Schuld- und Schamgefühlen nicht gerecht. Im Gegenteil: es ist bereits ein wichtiger Schritt zur Bearbeitung unangemessener Schuldgefühle, wenn das schambesetzte Erleben überhaupt mitgeteilt werden kann. Auch wenn Theresa dies noch lange Zeit nicht in der Gruppe auszusprechen vermag (obwohl in dieser Gruppe mehrere alleinerziehende Mütter ähnliche Schuldgefühle hegen), hat diese Besprechung in der Einzelsituation dennoch einen Wert. Es ist vielleicht sogar nicht zwingend notwendig, dass alles auch in der Gruppe ausgesprochen werden muss. Aus meiner Erfahrung senkt die Mitteilung gegenüber dem\*der Psychotherapeut\*in gleichwohl die Schwelle für eine ebensolche Öffnung in der Gruppe und für eine tiefere Bearbeitung des Themas. Theresa hat dies einige Monate später dann doch gewagt.

#### *Behandlungstechnische Empfehlungen zu Themen, die zuerst im Einzelsetting ausgesprochen werden:*

- Beginne, das Thema in der Einzelstunde zu bearbeiten.
- Prüfe dennoch, ob das vorgebrachte Thema einen Bezug zum Geschehen in der Gruppe hat („Was führt eigentlich dazu, dass Sie hier und heute dieses Thema einbringen? Könnte es sein, dass es irgendeinen Bezug zu den Geschehnissen in der Gruppe gibt?“).
- Nutze die Vorstellung, das Thema in die Gruppe einzubringen, zur Analyse der bedrängenden Konflikte („Was befürchten Sie bei dem Gedanken, das Thema in die Gruppe einzubringen?“).

- Akzeptiere die aktuellen Grenzen des\*der Patient\*in. Es gibt keine Verpflichtung, alles in die Gruppe zu bringen (erst recht nicht, wenn kein Bezug zum Gruppengeschehen erkennbar ist).

### Sehr häufig: Eine besondere Erfahrung in der Gruppe wird noch einmal ausführlich mit dem\*der Psychotherapeut\*in besprochen

Beispiel: Rainer wechselt nach einer Zeit der Einzeltherapie zur Kombination. In einer seiner ersten Gruppensitzungen, in der er einer weinenden Teilnehmerin unbedingt helfen, sie trösten und ihr die Tränen nehmen möchte, erhält er von anderen Frauen die Rückmeldung, wie einengend sie es empfinden, wenn er sofort die Trauer „wegmachen“ möchte, auch wenn es ein Hilfsimpuls ist. Rainer ist vollkommen perplex. Er

erfährt so leibhaftig, mit welchem inneren Druck sein Drang zur (vermeintlichen) Problemlösung verbunden ist und welchen Druck er dadurch nach außen vermittelt. Dies hatte so in der Einzeltherapie nicht deutlich bzw. erfahrbar werden können.

Die nachfolgenden Einzelsitzungen helfen ihm, diese Erfahrung vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte als parentifiziertes Kind zu verstehen – und entspannen ihn deutlich. Es handelt sich hier gewissermaßen um vertiefende, integrierende Nachbesprechungen, die helfen, das Erfahrene zu verinnerlichen und zu festigen.

#### *Behandlungstechnische Empfehlungen bei wichtigen Erfahrungen in der Gruppe:*

- Baue Verständnisbrücken und unterstütze bei der Integration neuer Erfahrungen und beim Aufbau neuer Verhaltensmöglichkeiten.

### Sehr häufig: Eine schwierige Erfahrung in der Gruppe wird mit dem\*der Psychotherapeut\*in besprochen

Beispiel: Otmar, ein neues Mitglied der Gruppe, fühlt sich durch Uta zu mehr Offenheit gedrängt und kritisiert sie daraufhin heftig als dominant und bezeichnet sie als selbsternannte „Co-Therapeutin“. Andere Gruppenmitglieder stimmen ihm zu, hängen sich gewissermaßen an seine Kritik, die sie bislang in der Gruppe nicht zu äußern gewagt hatten. Uta hält dagegen und wirft Otmar vor, dass er doch eher über seine Ängste als über sie sprechen solle. Nach erstem Anschein geht Uta nachdenklich, aber ohne erkennbare Not aus der Sitzung. In der nächsten Einzelstunde berichtet sie, dass sie „abgestürzt“ sei, sich falsch, von den anderen verraten und von mir im Stich gelassen gefühlt habe. Diese Betroffenheit habe sie in der Sitzung überspielt. Dieser Konflikt hat also viel tiefere Spuren hinterlassen, als in der Sitzung erkennbar war.

Auch Otmar berichtete in der vertrauenswürdigeren Atmosphäre der Einzelstunde, dass er es nicht wagen würde, sich so zu öffnen, und dass die Kritik an Uta wie eine Barrikade sei, die ihn vor Beschämung schütze. Uta konnte daraufhin ihre Unterstützungsbedürftigkeit und Verletzlichkeit in die Gruppe bringen; Otmar entschied sich anschließend zwar, die Gruppe zu verlassen, die ihn aktuell überfordere. Gleichwohl wurde auf Basis dieser geteilten Erfahrung die Einzeltherapie intensiver, weil er nun deutlicher seine Ängste im Umgang mit anderen Menschen teilen konnte und sich vornahm, sich in weniger fordernden Situationen zu erproben.

#### *Behandlungstechnische Empfehlungen:*

- Schaffe den Vertrauensraum, in dem auch von schwierigen, überfordernden Situationen berichtet werden kann.
- Hilf, das kritische Feedback zu integrieren, also zutreffende Aspekte anzunehmen und zu nutzen, aber auch Enttäuschungen und Verletztheit in der Gruppe zu artikulieren.

### **Häufig: Ein\*e Patient\*in gerät in eine Krise innerhalb der Gruppe und ist für deren Feedback nicht mehr erreichbar oder kann es nicht aufnehmen**

Vorausgesetzt ist hier eine Krise, die nicht Ergebnis von therapeutischen Fehlern mit anschließenden Allianzzrupturen ist, was eine andere Herangehensweise erfordert (Gumz, 2020). Gemeint ist hier vielmehr eine Krise, die Folge der speziellen Schutz- und Bewältigungsstrategien eines\*einer Patient\*in ist, die sich in der Gruppe aktualisieren und in belastende Konflikte und Ablehnung münden (van Haren, 2014). Dies findet oft so seinen Ausdruck, dass andere Gruppenmitglieder heftige Kritik üben, wodurch die Gefahr entsteht, dass diese\*r Patient\*in in eine isolierte Position gerät.

Beispiel: Wilma möchte die Gruppe beenden. Sie möchte das zuerst mit mir besprechen, ehe sie es der Gruppe mitteilt. Dies gibt mir die Chance, in der Einzeltherapie ihre Beweggründe zu analysieren. Auf diese Weise kann sie offener über ihre Ängste vor Ablehnung und Verurteilung in der Gruppe sprechen. So kann sie schließlich den Mut fassen, sich über genau diese Ängste auch in der Gruppe zu äußern. Wir können herausarbeiten, dass das Weggehen aus schwierigen Situationen bei ihr ein Lebensmuster ist und dass Schwierigkeiten oft von ihr selbst „proviziert“ waren. Dadurch, dass sie mit einer gewissen Überheblichkeit auftritt, die sie vor Ablehnung schützen soll, provoziert sie unbewusst Ablehnung und Kritik. Ich bin sicher, dass ein solcher Verstehensprozess ohne parallele Einzelsitzungen nicht so produktiv in Gang zu setzen gewesen wäre. Obwohl die Entscheidung zum Verlassen der Gruppe in diesem Fall bestehen blieb, legte dieser Reflexionsprozess gleichwohl den Grundstein für eine intensive Weiterarbeit in der Einzeltherapie.

Ohne die Möglichkeit, in der Einzeltherapie über die Motive zum Abbruch zu sprechen, haben nach meiner Erfahrung

solche Entscheidungen oft schon eine solche Festigkeit gewonnen, dass zu einer gemeinsamen Reflexion keine Chance mehr gegeben ist.

#### *Behandlungstechnische Empfehlungen bei Krisen:*

- Hilf dem\*der Patient\*in, Krisen in der Gruppe als Ausdruck ihrer inneren Muster zu verstehen („Könnte es sein, dass wir hier in der Gruppe etwas erleben, das Sie schon öfter im Leben erfahren haben? Wollen wir zusammen herausfinden, wie es dazu kommen kann und gegebenenfalls nach Alternativen suchen?“).
- Hilf dem\*der Patient\*in, (schwierige) Rückmeldungen zu integrieren.

### **Häufig: Es gibt eine schwierige Situation mit dem\*der Psychotherapeut\*in, die im Rahmen der Gruppensitzungen nicht ausreichend bearbeitet werden kann**

Beispiel: Torsten erschien von Beginn seiner Gruppenteilnahme an als klagend: über mangelnden Raum, die falsche Frau oder unzulängliche Psychotherapeut\*innen. Mal sehr subtil, mal durchaus offen setzte er einen Anspruch in die Welt, durch den die Gruppenteilnehmer\*innen und ich mich gedrängt fühlten, auf ihn zuzukommen, ihn „richtig“ zu behandeln. Indem er die anderen Teilnehmer\*innen dann danach sortierte, wie sehr sie ihm genügen, isolierte er sich zunehmend in der Gruppe, die immer ablehnender auf seine Anspruchshaltung reagierte. Gleichzeitig klagte er darüber, dass er sich nicht zugehörig fühle. In einer Situation, in der ich mich besonders bemühte, mit ihm herauszufinden, was denn der\*die „ideale“ Psychotherapeut\*in tun sollte, entstand in mir zunehmend der Eindruck, mit meinen Bemühungen aufzulaufen. In diesem Moment hatte ich leicht genervt meine Frustration über seine Unerreichbarkeit mitgeteilt, meinen Blick von ihm abgewendet und bin aus dem Dialog ausgestiegen. Wütend wirft er mir daraufhin vor, mit allen anderen Gruppenmitgliedern viel mehr Geduld zu haben als mit ihm. Tatsächlich war ich nach einer Reihe von Zurückweisungen so getroffen, dass ich meine Geduld verloren hatte.

In der Gruppe erschien ein gemeinsames Verstehen dieser Verstrickung unmöglich. Erst in der Einzeltherapie konnten wir Schritt für Schritt herausarbeiten, wie es zu diesem Konflikt hatte kommen können. Dabei wird deutlich, wie schwer es Torsten fällt, seine Unterstützungsbedürftigkeit einzuräumen, sodass er sie eher als „berechtigten“ Anspruch statt als Bitte vorträgt. Wenn ich mich ihm dann dennoch zuwende, ängstigt ihn eine solche Annäherung gleichwohl. Denn so könnte seine Unterstützungsbedürftigkeit sichtbar werden, für die er sich (noch) schämt, woraufhin er sich wieder verschließt. Wenn ich mich nun frustriert abwende, ruft diese Zurückweisung in ihm wiederum genau das von ihm gefürchtete Gefühl hervor, ablehnenswert und falsch zu sein. Seine Kritik an meiner – von ihm mitbewirkten – Ungeduld hilft ihm, von seiner

eigenen Furcht vor Ablehnung abzulenken. Mehr noch: Im Ergebnis dieser projektiven Identifikation inszenierten wir eine alte Szene familiärer Isolation. Seine Angst, zurückgewiesen und verlassen zu werden, bestätigt sich.

Es braucht mehrere Einzelsitzungen, um diesen unbewussten und schambesetzten Mechanismus gemeinsam zu durchdringen. In diesem Fall ist es gelungen und wird von da an zu einem Erfahrungsschatz, an den wir in der Gruppe immer wieder anknüpfen können.

Gleichwohl sind solche Krisen fast immer auch meine Krisen. Wie konnte mir das passieren? Kann ich diesen Menschen noch erreichen, ihm helfen, sich in einer schwierigen Situation zu verstehen – und zugleich mir treu bleiben? Hält die Beziehung zu mir als Psychotherapeuten? Es sind Phasen großer Anstrengung, die Verbindung zu halten, ohne schwierigen

### — In der Kombinationstherapie sind zwei Grundhaltungen unverzichtbar: Allparteilichkeit und Vertraulichkeit. —

Themen auszuweichen – und dabei hilft auch mir das einzeltherapeutische Setting.

#### Behandlungstechnische Empfehlungen:

- Nimm dir Zeit für die Bearbeitung von Übertragungen, die in der Gruppe nicht auflösbar sind.
- Versuche, eine Suchbewegung in Gang zu setzen, um zu verstehen, wie Patient\*in und Therapeut\*in gemeinsam die Szene generiert haben.

### Sehr selten: Ein\*e Patient\*in kritisiert den\*die Psychotherapeut\*in vor der Gruppe im Hinblick auf das, was in der Einzeltherapie geschehen ist

Die wenigen Male, in denen mir das widerfahren ist, waren zunächst schockierend und verstörend. Gleichwohl konnte ich mich allmählich zu der Haltung durchringen, dass ein solches Öffentlich-Machen dessen, was aus Sicht des\*der Patient\*in in der Einzeltherapie geschehen war, nicht einfach ein Vertrauensbruch, eine Bloßstellung war, sondern ein Versuch der Klärung mit Unterstützung einer solidarischen Öffentlichkeit. Die Gruppe bietet in diesem Fall eine Art Rückhalt. So konfrontierte mich ein Patient in der Gruppe mit der Frage, warum er nicht mehr Einzelstunden bekäme. Ein anderer kritisierte, dass ich mich nicht um einen Verlängerungsantrag kümmern würde. In beiden Fällen hatte ich Unterstützungsbedürfnisse „übersehen“. Die Gruppe wurde zur Mutter, mit deren Hilfe dem (biografisch übermächtigen oder unerreichbaren) Vater Kritik oder Wünsche mitgeteilt wurden.

#### Behandlungstechnische Empfehlungen im Umgang mit Kritik an dem\*der Psychotherapeut\*in:

- Stell dir die Frage, ob du als Psychotherapeut\*in etwas von der Kritik annehmen kannst?
- Versuche herauszufinden, weshalb die Kritik in der Gruppe und nicht in der Einzeltherapie geäußert wird.
- Enthält sie Übertragungsdimensionen, die zu beleuchten wären?
- Ermutige, das Thema auch in der Einzelsituation weiterzuführen.

Soweit eine Reihe von aus meiner Sicht typischen Situationen, wie sie an der Schnittstelle von Einzel- und Gruppentherapie auftauchen.<sup>5</sup> Vor einer Zusammenfassung handlungstechnischer Schlussfolgerungen scheint es mir wichtig, zwei Grundhaltungen zu betonen:

Zum einen die unbedingte Beachtung des Gebots der *Allparteilichkeit*: jeder Patient, der mit mir über einen Konflikt mit einem anderen Gruppenmitglied spricht,

muss sich sicher sein, dass ich interessiert bin, seine Sicht, seine Emotionalität und Beweggründe zu verstehen und es mir gleichzeitig genauso wichtig ist, diese Perspektive auch für das kritisierte Gegenüber einzunehmen. Jeder, der im Affekt über andere spricht, muss gleichwohl immer wieder deutlich spüren, dass es nicht darum geht, irgendein Gruppenmitglied zu verurteilen oder auszugrenzen, sondern darum, Übertragungen zu verstehen und aufzuarbeiten, zu lernen, Konflikte auszutragen usw., und dass dabei jedes Gruppenmitglied von mir die gleiche Unterstützung bekommt bzw. jede\*r davon ausgehen kann, dass ich allen gleichermaßen weiterhelfen möchte.

Zum anderen das Prinzip der *Vertraulichkeit*: immer wieder kommt es zu der Situation, dass ich Träger von Informationen bin, die so noch nicht in der Gruppe kommuniziert worden sind oder auch (noch) nicht kommuniziert werden sollen. Das ist manchmal nicht ganz leicht zu handhaben, weil auch schon mal durcheinandergeraten kann, ob ein bestimmter Sachverhalt nur mir als Psychotherapeuten anvertraut wurde oder auch schon in der Gruppe kommuniziert worden ist. In aller Regel gelingt dies jedoch gut. Der\*Die Patient\*in, der\*die mir etwas in der Einzelsitzung anvertraut, muss sich sicher sein, dass ich diese Information nicht preisgebe, dass also nur er\*sie selbst entscheidet, wann er\*sie sich öffnet. Zugleich sind damit mögliche Anknüpfungspunkte gesetzt, die situativ mitunter eine Unterstützung zur Selbstöffnung erleichtern. Mit dieser Art von Vertraulichkeit ist also nicht eine kompli-

<sup>5</sup> Meine Behandlungsdokumentation verläuft dem Setting entsprechend zweigleisig: einerseits in einer „Gruppenakte“ zu den Themen, Prozessen und Interventionen in der Gruppe und andererseits in der jeweiligen „Patientenakte“ zu den diesbezüglichen (oder anderen) Inhalten in der Einzeltherapie.

zenhafte Geheimnisträgerschaft gemeint, sondern das Wissen um schambesetzte Themen, die so einer Gruppe noch nicht anvertraut werden können. Ich wiederhole: die Tatsache, dass schambesetzte Inhalte bereits in einer Einzelsitzung angesprochen werden können, wirkt oft entängstigend und senkt in aller Regel die Schwelle dafür, dies auch in der Gruppe zu tun.

Zusammenfassend ein Entwurf für behandlingstechnische Empfehlungen in der Kombinationstherapie:

1. Besprich ein Thema dort, wo es sich zuerst zeigt, zuerst geäußert wird. Untersuche etwaige Widerstände, dieses Thema in dem jeweils anderen Setting zu zeigen. In der Kombinationstherapie können wir als spezielle Form der Widerstandsanalyse dabei die Vorstellung nutzen, ein in der Einzeltherapie vorgebrachtes Thema in die Gruppe einzubringen. Etwaige bedrängende Konflikte, Ängste und Hintergrundthemen erschließen sich leichter und werden so einer Bearbeitung zugänglicher, wenn wir die Frage aufwerfen, welche Befürchtungen, Sorgen oder Ängste bei dem Gedankenexperiment auftauchen, dieses Thema in der Gruppe vorzustellen. Man kann also auch die nicht anwesende Gruppe zur Exploration dieses Widerstands nutzen, sie so in der Einzeltherapie fruchtbar machen und zugleich Rückbezüge bahnen. (Umgekehrt kann man ebenso eine beängstigende Situation im Hinblick auf die Einzeltherapie in der Gruppe explorieren: „Wie würde der\*die Therapeut\*in denn in Ihrer Vorstellung in der Einzelsitzung reagieren, wenn nicht die Gruppe mit anwesend wäre?“)
2. Ermutige dazu, das Thema in die Ursprungssituation (in der Regel also in die Gruppe) zurückzubringen. Vermeide – insbesondere bei der Besprechung von Konflikten mit anderen Gruppenmitgliedern – eine vollständige Durcharbeitung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch die Begrenzung eines Themas auf die Besprechung in der Einzeltherapie das Einzelsetting zum Widerstand gegen die Bearbeitung im Gruppensetting genutzt, der Konflikt so nicht ausgetragen und die Chance auf eine tiefere emotionale Durcharbeitung „verschenkt“ wird.
3. Nutze das weniger belastende Setting (in aller Regel ist das die Einzeltherapie) zur Bearbeitung schwieriger Situationen, wenn das Ursprungssetting dafür nicht ausreicht, insbesondere: als Hilfe zur Integration von schwierigem, kritischem Feedback; als Hilfe zur Krisenbewältigung und zum „Auffangen“ der Gefahr von Therapieabbrüchen; zur Analyse von in der Gruppe nicht auflösbaren Übertragungen.
4. Nutze die Einzeltherapie zur Integration wichtiger Erfahrungen (Verständnisbrücken) und zum Aufbau neuer Verhaltensmöglichkeiten sowie für deren Transfer in die Alltagssituation.
5. Lade Patient\*innen immer wieder dazu ein, Verbindungen zwischen den Settings zu entdecken.

6. Akzeptiere die aktuellen Grenzen des\*der Patient\*in. Es gibt keine Verpflichtung, alles in die Gruppe zu bringen – doch exploriere die Gründe.

7. Schaffe behutsam und taktvoll Brücken zwischen den Settings.

Ich würde mich freuen, wenn diese Darlegungen und Empfehlungen, die als persönlicher Erfahrungsbericht zu verstehen sind, eine Diskussion eröffnen und die Verbreitung der Kombinationstherapie fördern könnten.

## Literatur

Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren. Bundesanzeiger, Allgemeiner Teil, 15.10.2015, B3.

Gumz, A. (2020). Umgang mit Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung. Konzepte und Techniken. *Psychotherapeut*, 65, 119–132.

Klipp, B. (2018). Kombinierte Gruppen- und Einzelpsychotherapie am Beispiel eines ambulanten Essstörungssettings. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Gruppenanalyse*, 54, 2–18.

Linden, M. & Strauß, B. (2022). Selbsterfahrung in der Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Selbsterfahrung. *Psychotherapeut*, 67, 250–261.

Lipsius, S.H. (1991). Combined Individual and Group Psychotherapy: Guidelines at the Interface. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 313–327.

Siefert, L. (2022). Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung in der ambulanten psychodynamischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Gruppenanalyse*, 58, 113–129.

Strauß, B., Burlingame, G.M. & Rosendahl, J. (2020). Neue Entwicklungen in der Gruppenpsychotherapieforschung – ein Update. *Psychotherapeut*, 65, 225–235.

van Haren, W. (2014). (Therapie-)Krisen in der Gruppe. Positive Negativerfahrungen. *Psychotherapeut*, 59, 52–56.

van Haren, W. (2020). Kombinationsbehandlung. Vertiefung der Effekte. *Deutsches Ärzteblatt, PP*, 453–454.

van Haren, W. & Willweber, M. (2018). Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren. Ergebnisse einer Patientenbefragung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 63, 491–500.



**Dr. Werner van Haren**

Praxis für Psychotherapie  
Zülpicher Str. 283  
50937 Köln  
praxis@psychotherapie-vanharen.de

Dr. Dipl.-Psych. Werner van Haren ist Psychologischer Psychotherapeut (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) in eigener Praxis in Köln. Von ihm liegen Veröffentlichungen zur Gruppentherapie, zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie und zur Körperpsychotherapie vor.

# Dissoziative Anfälle

Tobias M. Redecker, Inga Miller, Mario Schrecke & Birgitt Müffelmann

**Zusammenfassung:** Dissoziative Anfälle sind Ereignisse, die in ihrem Erscheinungsbild vordergründig Anfällen im Rahmen einer Epilepsie stark ähneln können, aber nicht mit epilepsietypischer neurophysiologischer Aktivität assoziiert sind. Aufgrund des komplexen Störungsbildes ist eine eng verzahnte interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung empfohlen. Die Psychotherapie, insbesondere ein verhaltenstherapeutischer Ansatz, gilt bei dissoziativen Anfällen als Behandlung der Wahl. Diverse Vorüberlegungen können hinsichtlich des Umgangs mit Anfällen in Absprache mit Patient\*innen, Angehörigen und Betreuenden getroffen werden. Psychotherapeutisch kann u. a. auf eine ausführliche Psychoedukation und den Einsatz von Skillstrainings zur Anfallsunterbrechung zurückgegriffen werden. Zu berücksichtigen sind dabei die häufig auftretenden komorbiden psychischen Erkrankungen, die ebenfalls adressiert werden sollten.<sup>1</sup>

## Fallbeispiel I

Eine 20-jährige Patientin erlebt wiederholt anfallsartige Zustände, die im Alter von 15 Jahren erstmalig in der Schule aufgetreten sind. Vor den Anfällen nimmt sie zunächst eine gewisse Nervosität und Zittern wahr, zeitgleich entwickelt sie ein Taubheitsgefühl in den Händen. Auch berichtet sie von einer veränderten Sinneswahrnehmung („Tunnelblick“). Während der Anfälle verharrt die Patientin regungslos in sitzender Position und weist dabei eine hohe körperliche Anspannung auf. Die Hände sind zu Fäusten geballt, die Atmung wirkt gepresst und die Augen sind geöffnet. Begleitend dazu kratzt sie sich die Hände häufig blutig. Zeitgleich ist sie nicht ansprechbar. Die Anfälle sind meist auf einen Zeitraum von fünf Minuten beschränkt. Länger andauernde Anfälle von bis zu zwei Stunden Dauer sind aus der Vergangenheit bekannt. Die Anfallsfrequenz ist deutlich erhöht, wenn äußere Anforderungssituationen, z. B. Schulunterricht, bestehen. Die Patientin ist in der Lebensgestaltung massiv beeinträchtigt und musste aufgrund ihres Zustandes bereits zwei Berufsausbildungen abbrechen. In ihrer Freizeit beschäftigt sie sich häufig mit Fantasy-Geschichten und hat in diesem Genre einen eigenen Roman verfasst. Aus der Vergangenheit sind psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbehandlungen infolge selbstverletzender Verhaltensweisen und depressiver Episoden in der Kindheit bekannt.

## Fallbeispiel II

Es handelt sich um eine Patientin (36) mit bekannter fokaler Epilepsie seit dem Jugendalter bei vorbeschriebener linksseitiger Hippocampussklerose. Es zeigen sich nicht bewusst erlebte fokale Anfälle mit Abwesenheitszuständen, starrem Blick, nestelnden Bewegungen und komplexen motorischen Handlungen mit einer Dauer von bis zu einer Minute. Epilepsie-

typische Aktivität konnte im Video-Elektroenzephalogramm (EEG) beidseitig im Temporallappen nachgewiesen werden. Trotz anfallssupprimierender Medikation (Lamotrigin, Topiramate) konnte keine Anfallsfreiheit erreicht werden. Darüber hinaus finden seit dem jungen Erwachsenenalter distinkte paroxysmale Ereignisse mit hoher körperlicher Anspannung (u. a. Verkrampfung der Hände zu Fäusten), gesteigerter Schreckhaftigkeit und Stürzen zu Boden statt. Während dieses Zustandes ist die Patientin ängstlich und verwirrt, schlägt mitunter um sich oder reißt sich das Kopfhaar aus. Die Patientin berichtet, die o. g. Anfallsarten auseinanderhalten zu können. Letztere träten laut ihrer Aussage häufig bei Erinnerungen an die Kindheit und Ursprungsfamilie auf. Aus vorherigen stationären Aufenthalten ist eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bekannt. Zugleich liegt eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung vor.

## Hintergrund

Dissoziative Anfälle sind ein heterogenes Störungsbild, was sich in den vielfältigen hierfür herangezogenen Bezeichnungen<sup>2</sup> widerspiegelt. Die Klassifikation mittels ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) lässt eine Unterscheidung verschiedener dissoziativer Phänomene im Kapitel F44 „Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]“ zu (Dilling & Freyberger, 2019),

<sup>1</sup> Die Autor\*innen dieses Artikels bedanken sich ganz herzlich bei Dr. med. Ulrich Specht für den aufschlussreichen fachlichen Austausch.

<sup>2</sup> Zur Benennung von dissoziativen Anfällen sind unterschiedliche Begrifflichkeiten zu finden, u. a. „dissoziative Anfälle“, „psychogene Anfälle“ oder „funktionelle Anfälle“. Diese Bezeichnungen können als synonym verstanden werden. Benennungen wie „hysterische Anfälle“ oder „Pseudoanfälle“ sollten hingegen nicht mehr verwendet werden. Im folgenden Text greifen wir auf den Begriff „psychogene nicht-epileptische Anfälle“ (engl. Psychogenic Nonepileptic Seizures; PNES) zurück, der sich in der internationalen Forschung etabliert hat.

wobei im klinischen Alltag die Begrifflichkeit „psychogene nicht-epileptische Anfälle“ (engl. Psychogenic Nonepileptic Seizures; PNES) übergeordnet verwendet wird. Durch die Neuerungen der ICD-11 wird die Klassifikation dissoziativer Phänomene deutlich verändert (zur Übersicht: Herpertz-Dahlmann, 2021). In Tabelle 1 ist eine Übersicht der dissoziativen Störungen (6B6) nach der ICD-11 zu finden. Die Begrifflichkeit „Konversionsstörung“, die psychodynamische Ätiologie-Prozesse, wie Traumata oder Konflikte, annimmt, ist nicht mehr zu finden. Zudem wurden einige neue bzw. eigenständige Diagnosen eingeführt, beispielsweise die dissoziativ-neurologischen Symptomstörungen (6B60) oder die dissoziative Identitätsstörung (6B64; WHO, 2018).

6B6	Dissoziative Störung
6B60	Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen
6B61	Dissoziative Amnesie
6B62	Trance-Störung
6B63	Besessenheitstrance-Störung
6B64	Dissoziative Identitätsstörung
6B65	Partielle dissoziative Identitätsstörung
6B66	Depersonalisations- oder Derealisationsstörung
6B6Y	Sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen
6B6Z	Dissoziative Störungen, nicht näher bezeichnet

Tabelle 1: Klassifikation der dissoziativen Störungen laut ICD-11 (WHO, 2018)

PNES haben eine psychische Ursache und zeichnen sich durch eine plötzlich verminderte Kontrolle des eigenen Körpers während des Anfalls aus, woraus folgende paroxysmale Symptome, die epileptischen Ereignissen ähneln, resultieren können:

- Bewusstseinsverlust, stupor- bzw. tranceähnlicher Zustand,
- Sturz/Fall zu Boden,
- krampfartige oder schüttelnde Bewegungen der Extremitäten oder des Kopfes,
- Zungenbiss oder andere Verletzungen des Körpers,
- Kontrollverlust über Blase und Darm sowie
- Amnesie bezüglich des Anfalls.

Aufgrund der Ähnlichkeit von PNES zu epileptischen Anfällen ist es wichtig, eine gründliche differentialdiagnostische Betrachtung durchzuführen, da im Gegensatz zur Epilepsie keine elektrophysiologischen Korrelate bei PNES aufzufinden sind. PNES unterliegen nicht der bewussten Kontrolle der Patient\*innen und werden als unfreiwillige und nicht kontrollierbare Reaktion auf emotionale Belastungssituationen verstanden. Die hier zu betonende fehlende Steuerungsfä-

higkeit während eines Anfalls hat beispielsweise Relevanz für die Beurteilung der Fahreignung. Für Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 (z. B. Pkw, Motorrad) ist eine solche erst nach einer anfallsfreien Zeit von sechs Monaten anzunehmen (Asadi-Pooya et al., 2020), wobei diese Expertengruppe auch individuelle situative Variablen beschreibt, die zu keiner Einschränkung der Fahreignung führen.

Die Prävalenz von PNES wird auf 2 und 33 Personen pro 100.000 Menschen geschätzt, wobei mit 2/3 Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer (Asadi-Pooya & Sperling, 2015;<sup>3</sup> Villagrán et al., 2021). Komorbide psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Störungen, sind bei bis zu 90 % der Patient\*innen mit PNES zu finden (zur Übersicht: Fritzsche et al., 2013). Interessanterweise erhalten in spezialisierten Epilepsie-Zentren bis zu 1/4 der Patient\*innen die Diagnose PNES, ohne von einer aktiven Epilepsie betroffen zu sein (Benbadis et al., 2004). Die korrekte Diagnose von PNES erfolgt meist nach vier Jahren (Mayor, Howlett, Grünewald & Reuber, 2010), was diverse Fehlbehandlungen zur Folge haben kann. Bei Menschen, die an Epilepsie erkrankt sind, leiden bis zu 1/5 zusätzlich an PNES (Kutlubaev et al., 2018), wie es auch in Fallbeispiel II beschrieben wird. Die Epilepsieerkrankung geht meist den PNES voraus (Fritzsche et al., 2013). Aus psychotherapeutischer Sicht sind die Daten der Epidemiologie von großer Bedeutung für die Behandlung. Komorbide psychische Störungen sollten natürlich leitliniengerecht behandelt werden. Bei dem Vorliegen einer Epilepsie kann das Thema Krankheitsverarbeitung und -akzeptanz in der Therapie aufgegriffen werden. Auch ist die Abgrenzung von Anfallsereignissen bei vorhandener Epilepsie und PNES komplex. Insgesamt ist die Diagnostik und Behandlung eine Herausforderung, was eine eng verzahnte interdisziplinäre Behandlung, d. h. neurologisch/epileptologisch, psychiatrisch und psychotherapeutisch, voraussetzt.

## Störungsmodelle der PNES

Die Verschiedenartigkeit der PNES im Zusammenspiel mit den vielfältigen Komorbiditäten erschwert die Vereinheitlichung zu einem universellen Störungsmodell. Auch ist die Ätiologie der PNES aus wissenschaftlicher Sicht aktuell weitgehend ungeklärt. Dennoch konnten verschiedene Risikofaktoren, u. a. das Vorliegen von Epilepsie, einem Schädel-Hirn-Trauma, geistiger Behinderung, traumatischen Erlebnissen oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, herausgearbeitet werden (zur Übersicht: Popkirov et al., 2019). Zur allgemeinen Erklärung der PNES kann ein biopsychosoziales Diathese-Stress-Krankheitsmodell herangezogen werden, das unterschiedliche prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren in vielschichtiger Wechselwirkung berücksichtigt (Baslet et al., 2016; Spitzer et al., 2018); siehe Abbildung 1.

<sup>3</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).

Im Allgemeinen können negative Kindheitserfahrungen, traumatische Erlebnisse und aktuelle psychosoziale Belastungen als die wichtigsten prädisponierenden Faktoren angesehen werden und sollten im Zuge der Diagnostik eingehend erhoben werden. Im Sinne der Vulnerabilität spielen eine allgemeine Dissoziationsneigung, Somatisierungstendenzen und Defizite bei der Emotionserkennung und -verarbeitung eine wichtige Rolle bei der Ätiologie. Weiterhin scheinen auch eine gesteigerte Suggestibilität und Fantasieneigung, siehe Fallbeispiel I, die Entstehung zu beeinflussen (Reinders et al., 2012). Es gibt eine Vielzahl an auslösenden Belastungsfaktoren. So können traumatische Erlebnisse, Verlusterlebnisse, aber auch andere Erkrankungen im Zusammenspiel mit den Vulnerabilitätsfaktoren zu PNES führen. Auch Mechanismen des Modelllernens können als auslösende Faktoren angesehen werden, wie es sich beispielsweise bei aufeinanderfolgenden Anfällen von mehreren Patient\*innen im stationären Alltag regelmäßig zeigt. Aufrechterhaltende Faktoren lassen sich mithilfe einer detaillierten Verhaltensanalyse identifizieren. Hier spielen die kurzfristigen Konsequenzen der Anfälle in Bezug auf ihre Funktionalität (positive/negative Verstärkung) eine Rolle, siehe dazu die Situationsanalyse zu Fallbeispiel I weiter unten im Text. Auch langfristige Konsequenzen der Erkrankung, u. a. sekundärer Krankheitsgewinn oder wiederholte Fehlbehandlungen, nehmen einen Einfluss. Unsere Erfahrung zeigt, dass intensive Zuwendung einen Anfall eher verstärkt, weshalb wir während der Anfallsbegleitung eine ruhige und gelassene Grundhaltung einnehmen. In Gruppensituation übernimmt beispielsweise ein\*e Co-Therapeut\*in die Anfallsbegleitung, damit die Sitzung ohne große Unterbrechung fortgeführt werden kann. Die Verselbstständigung der dissoziativen Anfälle lässt sich über die Zeit hinweg durch eine zunehmende Ausweitung auf weitere auslösende innere und äußere Stimuli im Sinne der Konditionierung erklären (Fiedler, 2009).

## Diagnostischer Prozess

PNES können somatisch-bedingten Ereignissen stark ähneln. Es gilt zunächst Störungsbilder, v. a. Epilepsien und Synkopen, im Rahmen einer ausführlichen medizinischen Diagnostik abzugrenzen. Als diagnostischer Goldstandard für PNES gilt die Kombination von Iktalaufzeichnung im Video-EEG und einer Anamnese, die auf dissoziative Anfallsereignisse hinweist (LaFrance et al., 2013). Da PNES keine neurologische Ursache haben, sollten im EEG keine epilepsietypischen Potentiale aufzufinden sein. Auch ist die craniale Kernspintomographie zum Ausschluss eines möglichen epileptogenen Fokus, u. a. Läsionen oder Tumore, ein wichtiger Teil des diagnostischen Prozesses.

Die Abgrenzung zwischen epileptischen Anfällen und PNES, siehe Fallbeispiel II, ist häufig komplex, wie es Fauser und Hoppe (2021) ausführlich darstellen. Hilfreich dabei kann eine genaue Betrachtung der Anfallssemiologie (Anfallsbeschreibung) sein. Wichtige Kriterien für das Vorliegen einer psychogenen Ursache eines Anfalls sind u. a. geschlossene Augen, Dauer, erhaltenes Bewusstsein und Lidflattern sowie die Beeinflussbarkeit des Anfalles durch Außenstehende (Labudda et al., 2021). Im Hinblick auf die psychotherapeutische Diagnostik ist ebenfalls eine ausführliche Untersuchung *lege artis* notwendig. Dazu greifen wir im stationären Alltag auf eine Vielzahl von psychodiagnostischen Verfahren zurück, u. a. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.; Ackenheil et al., 1999) zur Erhebung der häufigsten psychischen Störungen, *Child Trauma Questionnaire* (CTQ; Wingefeld et al., 2010) zur Evaluierung von Missbrauch und Vernachlässigung im Kindesalter, *Neurological Disorders Depression Inventory in Epilepsy* (NDDI-E; Brandt et al., 2014) zur Messung depressiver Symptome, *Assessment of DSM-IV Personality Disorders* (ADP-IV; Doering et al., 2007) zur Aufdeckung von Persönlichkeitsstörungen und die Symptom-

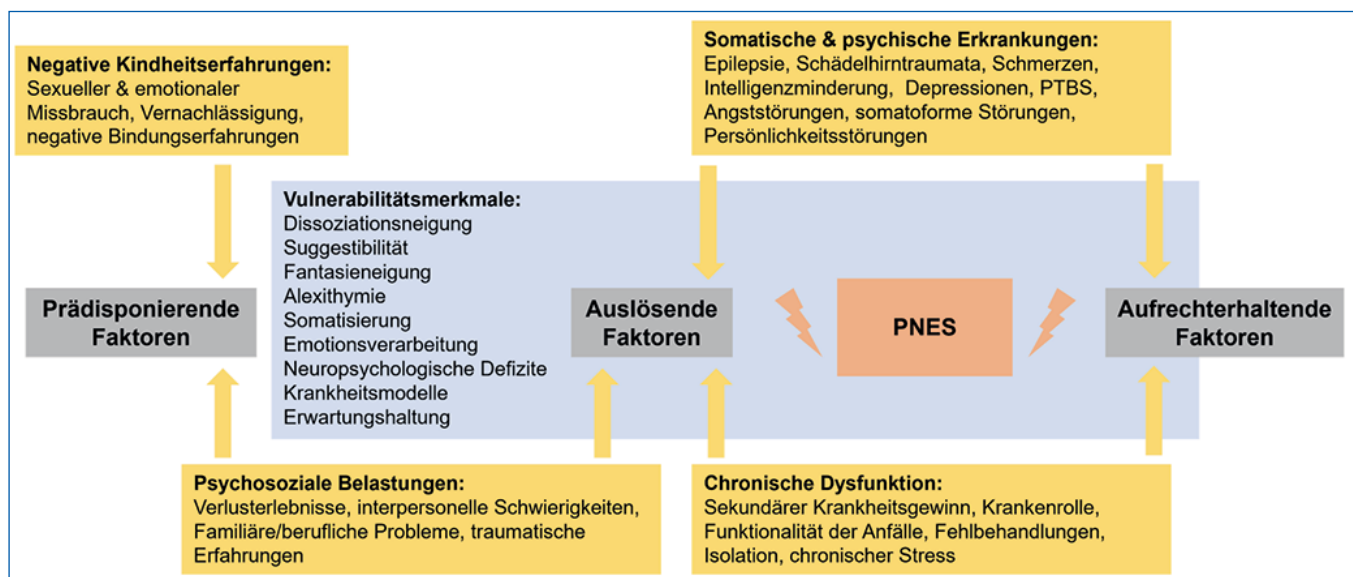


Abbildung 1: Multifaktorielles Krankheitsmodell der PNES unter Berücksichtigung der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren (angepasst nach Baslet et al., 2016; Spitzer et al., 2018)



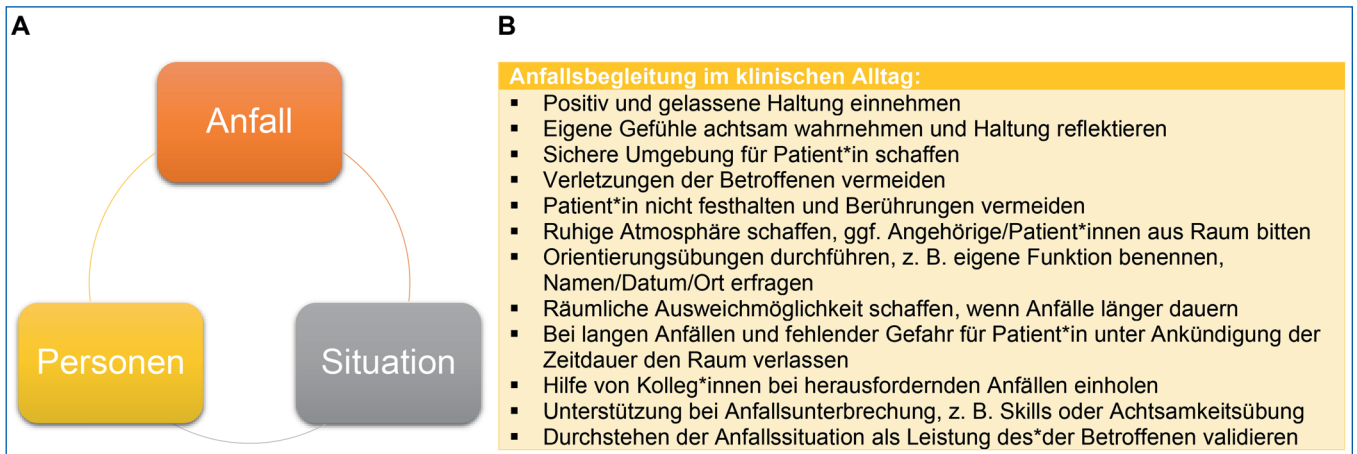


Abbildung 2: (A) Anfälle im Dreieck von Personen (Patient\*in, Psychotherapeut\*in und weitere Anwesende) und Situation (angepasst nach Schrecke et al., 2020); (B) Empfehlungen zur Anfallsbegleitung bei PNES im klinischen Alltag

Checklist (SCL-90-R; Franke, 2002) zur Erfassung der psychischen Belastung, zurück (Labudda et al., 2021). Der Fragebogen zu *Dissoziativen Symptomen* (FDS-20; Spitzer et al., 2015) kann zur störungsspezifischen Diagnostik verwendet werden. Basierend auf dieser breiten Diagnostik sollen mögliche Risikofaktoren, z. B. die bestehende PTBS in Fallbeispiel II, aufgedeckt werden.

Wie Spitzer et al. (2018) betonen, sollte das Ziel der multidisziplinären Diagnostik nicht die Feststellung der PNES als Ausschlussdiagnose, sondern die stringente Darlegung psychogener Ursachen der Anfälle sein. Daher sollten unbedingt ätiologische Faktoren wie Trauma, Belastung oder Konflikt erhoben werden, wie es auch in der ICD-10 gefordert wird (Dilling & Freyberger, 2019). Zur Abklärung der Diagnose-sicherheit von PNES kann auf LaFrance et al. (2013), siehe Tabelle 2, zurückgegriffen werden. Dieses Vorgehen zur Einschätzung ist weit verbreitet und wird oft für Entlassbriefe verwendet.

Eine fehlerhafte Diagnosestellung kann zu diversen Komplikationen führen, z. B. durch Nebenwirkungen einer unnötigen anfallssupprimierenden Medikation, wiederholte (intensivmedizinische) Krankenhausbehandlungen mit den einhergehenden Risiken oder dem verzögerten Beginn einer erforderlichen psychotherapeutischen Behandlung (Fritzsche et al., 2013; Kanner, 2018). In spezialisierten Epilepsie-Zentren ist durch multidisziplinäre Behandlungsteams eine ausführliche Differentialdiagnostik gesichert (Kanner, 2018) und ist somit nachdrücklich zu empfehlen. Eine psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Kontext sollte, insbesondere bei Therapiebeginn, im engen Austausch mit neurologischen und psychiatrischen Fachärzten\*innen stattfinden.

## Umgang mit PNES

Bei Kontakt zu Menschen mit dissoziativen Anfällen können Behandelnde diverse Vorüberlegungen im Hinblick auf die Anfallsbegleitung anstellen. Basierend auf unseren

„Möglich“	Anfallsbeschreibung durch Zeugen oder Selbstauskunft. Keine epilepsietypische Aktivität bei Routine-EEG oder interiktalem EEG nach Schlafentzug.
„Wahrscheinlich“	Anfallsbeobachtung mit typischer PNES-Semiologie durch Behandler*in (Video/persönlich). Keine epilepsietypische Aktivität bei Routine-EEG oder interiktalem EEG nach Schlafentzug.
„Klinisch bestätigt“	Anfallsbeobachtung mit typischer PNES-Semiologie durch Behandler mit Erfahrung bei Diagnostik von Anfallsleiden (Video/persönlich). Keine epilepsietypische Aktivität im Routine- oder ambulanten EEG während eines Anfalles, bei dem die Semiologie epilepsietypische Aktivitäten im EEG vermuten ließe.
„Mittels Video-EEG gesichert“	Anfallsbeobachtung mit typischer PNES-Semiologie durch Arzt*in mit Erfahrung bei Diagnostik von Anfallsleiden während eines Video-EEGs. Keine epilepsietypische Aktivität unmittelbar vor, während oder nach dem Anfall.

Tabelle 2: Diagnosesicherheit bei PNES nach LaFrance et al. (2013). Grundlegend sollte die Anamnese anfallsartige Ereignisse, die mit der Semiologie von PNES übereinstimmen, aufweisen.

langjährigen klinischen Erfahrungen mit Anfällen haben wir Standards zur Anfallsbegleitung formuliert (zur Übersicht: Schrecke et al., 2020). Die Begleitung von Betroffenen bei Anfällen kann als Kontinuum zwischen Anfallsbegleitung, Anfallsunterbrechung und allgemeiner Anfallsbehandlung verstanden werden; siehe Tabelle 3 auf S. 134. Übergänge zwischen den verschiedenen Komponenten können fließend sein, Mischformen sind durchaus möglich. Anfälle können als komplexe Interaktion zwischen Personen (Betroffene\*r, Begleitende), Situation und Anfall verstanden werden, siehe Abbildung 2A. So wird beispielsweise ein leichter Anfall, bei dem der\*die Betroffene kurz innehält (Fallbeispiel I), den\*die behandelnden Psychotherapeuten\*in weniger stark beeinflussen, als ein schwerer Anfall mit Sturz und Verletzung (Fallbeispiel II).

Anfallsbegleitung	Vergleichsweise passive Begleitung durch Beobachtung und Anteilnahme am Anfall. Es steht der Schutz vor Verletzungen und der Privatsphäre im Vordergrund.
Anfallsunterbrechung	Hiermit sind aktive Interventionen zur Unterbrechung des Anfalls gemeint, u. a. Anwendung von Skills (z. B. Bewegungsskills, sensorische Skills) oder Reorientierungsinterventionen (laute Ansprache, Nennung des Ortes/Datum).
Anfallsbehandlung	Diese sollte theoretisch fundiert von Psychotherapeut*in im direkten Auftrag des*der Patient*in in einer konkreten Behandlungssituation durchgeführt werden. Die Behandlung sollte u. a. eine ausführliche Psychoedukation und verhaltenstherapeutische Elemente (z. B. Skills, Training sozialer Kompetenzen) beinhalten.

Tabelle 3: Phasen der Anfallsbetreuung nach Schrecke et al. (2020)

Umso wichtiger ist es für den klinischen Alltag, mögliche Anfallsszenarien von Patient\*innen zu antizipieren bzw. verschiedene Handlungsoptionen als Behandler\*in zu entwickeln. Ein PNES, der aus einer Belastungssituation entsteht, erfordert seitens des\*der Psychotherapeut\*in eine „positive gelassene“ Haltung (Schrecke et al., 2020). Folgende Handreichungen können zur Entwicklung dieser Haltung beitragen, siehe Abbildung 2B. Ziel dabei sollte stets die Vermittlung von Sicherheit und die Unterstützung zur Anfallsunterbrechung und Reorientierung sein.

Im Allgemeinen gilt, dass PNES nicht mit Hypoxien oder anderen organischen Schäden assoziiert sind, weshalb diese nicht unbedingt unterbrochen werden müssen. Besteht keine Verletzungsgefahr, kann eine Anfallsunterbrechung seitens des\*der Psychotherapeut\*in sogar kontraindiziert sein, wenn im Einzelfall dadurch eine Verschlimmerung des Anfalls hervorgerufen werden könnte. In Bezug auf die Behandlungsziele ist es sinnvoll, einen Anfall nicht von außen zu verkürzen, sondern dem Betroffenen die Möglichkeit zu geben, den Anfall selbstständig, z. B. durch den Einsatz von vorher eingeführten Skills, zu beenden, was die Selbstwirksamkeitserwartung immens steigern kann.

Es ist kritisch zu beleuchten, ob Patient\*innen während eines Anfalls berührt werden sollten, sei es im Rahmen der Anfallsbegleitung oder zur Unterbrechung. In Bezug auf potentielle traumatische Vorerfahrungen der Patienten\*innen raten wir davon ab, körperlichen Kontakt aufzubauen. Berührungen zur Herstellung von Sicherheit, z. B. Verbringung des\*der Patient\*in vom Stuhl auf den Fußboden zur Sturzvermeidung, sind natürlich indiziert. Unsere Erfahrungen zeigen, dass Berührungen von Patient\*innen häufig sehr aversiv wahrgenommen werden. Auch sollte der mögliche Verstärkerreiz einer körperlichen Zuwendung, z. B. durch eine Verhaltensanalyse, kritisch hinterfragt werden. Natürlich sind individuelle Absprachen zur Anfallsbegleitung, die auch eine vorsichtige Berührung durch Außenstehende beinhalten, möglich.

## Behandlungsansätze

Eine Psychotherapie gilt als der empfohlene und am besten validierte Behandlungsansatz der PNES (Fritzsche et al., 2013; LaFrance et al., 2013), wobei es aktuell unklar ist, ob eine Therapiemethode/-schule zu bevorzugen ist. Im stationären Kontext greifen wir auf ein modulares, verhaltenstherapeutisch geprägtes Konzept (Basisprogramm + individuelle Anpassung an den\*die Patient\*in) zurück, das so den unterschiedlichen zugrunde liegenden Psychopathologien von PNES gerecht werden kann und den Einsatz verschiedener therapeutischer Interventionen ermöglicht. Primäre Ziele dieses Programms sind, die Alltagsfunktionalität zu verbessern, die Anzahl der Krankenhausaufnahmen zu senken und die individuell zugrunde liegenden/begleitenden psychischen Störungen zu verbessern. Die Verringerung der Anfallsfrequenz ist hingegen eher als sekundäres Ziel anzusehen.

Am Beginn steht eine ausführliche Diagnose-Erläuterung im Vordergrund, damit Patient\*innen ein angemessenes Krankheitsverständnis entwickeln können. Betroffene reagieren oft unterschiedlich auf die psychischen Grundlagen ihrer Anfälle (Karterud et al., 2010). Einige sind verärgert, sei es aufgrund einer jahrelangen Falschbehandlung oder der Ablehnung der Diagnose. Zweifel und Ängste sollten frühzeitig im Prozess adressiert werden. Eine ausführliche Beschreibung des interdisziplinären Vorgehens zur Diagnosemitteilung ist in der Übersichtsarbeit von Frauenheim (2018) zu finden. Durch ein solches fächerübergreifend abgestimmtes Procedere lässt sich die Akzeptanz der Diagnose steigern, was den Therapieverlauf maßgeblich beeinflusst. Zusätzlich bieten sich auch Videoreflexionen von PNES zusammen mit Patient\*innen an. Im stationären Kontext bieten Psychoedukationsgruppen deutlich mehr Zeit für den Diagnoseverarbeitungsprozess und sollten daher mit einer einmaligen Diagnosemitteilung kombiniert werden. Auch die Schulung von Angehörigen, Lehrkräften, Betreuenden und medizinischen Fachkräften hinsichtlich Diagnose und Anfallsbegleitung sollten bedacht werden. Wir bieten dazu regelmäßig Fortbildungen, beispielsweise für Einrichtungen der Eingliederungshilfe, an. Eine adäquate Psychoedukation kann bereits zur Anfallsreduktion beitragen (Hall-Patch et al., 2010). Bestandteile der Psychoedukation sollten sein: (1) Grundlagen zu Anfallsereignissen (PNES vs. Epilepsie), (2) ätiologische Modelle der PNES, (3) Situationsanalysen, (4) Behandlungsmöglichkeiten, (5) Vermittlung der eigenen Problematik an Partner\*innen/Angehörige/weitere Behandelnde und (6) Verbesserung der Lebensqualität. Es gibt online eine Vielzahl an adäquater Literatur für Betroffene, die kostenlos einsehbar ist (Deutsche Epilepsievereinigung, 2019, 2021; Frauenheim et al., 2015) und von unseren Patient\*innen als sehr hilfreich beschrieben wird.

In der Einzeltherapie orientiert sich die Auswahl der Interventionen an Problem- und Bedingungsanalysen (SORKC-Modell), um die individuellen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren, siehe Abbildung 1 auf S. 132, zu

erarbeiten. Beispielsweise wurde mit der 20-jährigen Patientin aus Fallbeispiel I eine typische Anfallssituation (R) in einer Gruppensituation mit wiederholten Anfällen eines Mitpatienten (S) auf unserer Station aufgearbeitet, was hier in gekürzter Form dargestellt wird. Die Patientin gab an, in der vorherigen Nacht schlecht geschlafen zu haben und aufgrund wiederholter eigener PNES genervt zu sein (O). Auf körperlicher Ebene ( $R_{\text{vegetativ}}$ ) erlebte sie Luftnot und Anspannung in den Händen und Armen, was mit Schreckgefühlen und Nervosität ( $R_{\text{emotional}}$ ) verbunden war. Ihre Gedanken kreisten um das Auftreten eines eigenen Anfalls ( $R_{\text{kognitiv}}$ ). Zur Anfallskontrolle griff sie auf ihren Igelball ( $R_{\text{verhalten}}$ ) zurück. Aufgrund des PNES erlebte die Patientin zunächst einen Anspannungsabfall (C-, kurzfristig) sowie Frustration (C-, kurzfristig). Zeitgleich gelang es ihr, die Stärke des PNES per Igelball zu kontrollieren, was sie positiv benannte (C+, kurzfristig). Auch die sorgenvolle Zuwendung durch Mitpatienten\*innen wurde als positiv empfunden (C+, kurzfristig). Langfristig kann von einer Verfestigung des Anfallsgeschehens (C-, langfristig) mit einer Verschlechterung der Berufsaussichten (C-, langfristig) ausgegangen werden. Die PNES traten nach unserer Beobachtung nicht in jeder Gruppensituation, wenn, dann aber zeitnah zur Situation, auf (K intermittierend, unmittelbar).

Auch greifen wir auf schematherapeutische Ansätze zurück (Berkalk, 2018), da die Dissoziation als früh erlernte und später automatisierte maladaptive Bewältigungsreaktion, z. B. passive Vermeidung aversiver Gefühle, verstanden und durch erlebnisaktivierende Techniken eine Schemaheilung bzw. Integration der Modi erreicht werden kann. Als Grundlage für die schematherapeutische Arbeit dient dabei das Modus-Modell, in dem das durch Schemata ausgelöste aktuelle Erleben der Patient\*innen in kindliche Modi, Eltern-Modi, Bewältigungsmodi und gesunde Modi eingeordnet wird (Faßbinder, et al., 2011). So konnte die im Fallbeispiel II beschriebene Patientin das wiederkehrende Erleben von Selbsthass im Stuhldialog als inneren Kritiker (dysfunktionaler Elternmodus) identifizieren, aus dem oftmals Anfälle (dysfunktionaler Bewältigungsmodus) resultierten. Im Rahmen von Anfällen dominierte zudem ein maladaptiver Kindmodus mit Erleben von Angst und Hoffnungslosigkeit, zu dem die Patientin mit Hilfe von Affektbrücken zunehmend Zugang fand und den sie lebensgeschichtlich verankern konnte.

In Anlehnung an die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan legen wir im Gruppenkontext einen Fokus auf die Fertigkeiten des Skilltrainings (Bohus & Wolf-Arehult, 2011), um Strategien zur Anfallsunterbrechung und Emotionsregulation zu vermitteln. Ziel ist es, das Konzept der Achtsamkeit zu erarbeiten, die Fähigkeiten zur Stressregulierung und zum Emotionsmanagement zu verbessern sowie die zwischenmenschlichen Fertigkeiten zu stärken. Typische Skills sind, wie in anderen Behandlungskontexten auch, taktile Igelbälle,

Stressringe), olfaktorische (in Abstufung je nach Dissoziationsstärke: Duftöle bis Ammoniak-Riechampullen), verhaltensnahe (Atemübungen, Stresshocke) und kognitive (Benennung von Farben, ABC-Aufzählen) Skills. Wichtig ist zudem die Etablierung von Skills-Ketten, wie Bohus und Wolf-Arehult (2011) es beschreiben. Probleme bei der Anwendung sind eine mangelnde Übung der Skills seitens der Patient\*innen, sodass wir die Skills auch in wenig belasteten Phasen einüben lassen. Zudem können Skills für selbstverletzendes Verhalten verwendet werden, z. B. harte Igelbälle aus Plastik, was berücksichtigt werden sollte.

Die störungsspezifische Behandlung einer zugrunde liegenden PTBS sollte leitliniengerecht, d. h. traumafokussiert, durchgeführt werden (Schäfer et al., 2019). Dazu sollte auf expositionsbasiertes Vorgehen und/oder kognitive Umstrukturierung zurückgegriffen werden. Zu den im Allgemeinen empfohlenen Verfahren gehören die kognitive Verhaltenstherapie der PTBS (Ehlers, 1999), die prolongierte Expositionstherapie (Watkins et al., 2018), Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick et al., 2017), narrative Expositionstherapie (NET; Schauer et al., 2011) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2018). Für schwere Formen der PTBS bietet sich die Dialektisch-Behaviorale Therapie der komplexen PTBS an (DBT-PTBS; Bohus et al., 2020).

Die Behandlung komorbider psychischer Störungen sollte natürlich ebenfalls evidenzbasiert und störungsspezifisch durchgeführt werden. Im Allgemeinen gilt, dass eine hohe Dissoziationsneigung den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung schmälern kann (Kleindienst et al., 2016), weshalb die Anfallsunterbrechung frühzeitig im psychotherapeutischen Prozess adressiert werden sollte. Dies ist insbesonde-

### — Angesichts einer begrenzten Studienlage sollte die pharmakologische Behandlung von psychogenen nichtepileptischen Anfällen kritisch betrachtet werden. —

re bei dem Einsatz von Expositionsverfahren, die bei starker psychischer Belastung graduiert durchgeführt werden sollten (Priebe et al., 2011), zu berücksichtigen, sodass auf Grundlage von Frühwarnzeichen die Anwendung von antidissoziativen Skills trainiert werden kann. Wie Priebe et al. (2013) ausführlich beschreiben, können (Hilfsmittel zur Erlangung von) Skills (u. a. Igelbälle, Steinchen im Schuh, Kühlkissen, Stehen auf Balance-Brett) während der Exposition präventiv sowie zur Reduktion der Dissoziation verwendet werden. Dabei sollte während der Konfrontation regelmäßig das Ausmaß der Dissoziation (Skala 0–100; Zielbereich max. 40/100) erfragt und bei starker Dissoziation die Exposition gezielt unterbrochen und zur Anwendung von Skills angeleitet werden (Priebe et al., 2013). Psychodynamische Interventionen können u. a. die Bearbeitung von Konflikten und Anpassung interperso-

neller Beziehungsmuster umfassen (zur Übersicht: Fritzsche et al., 2013).

Die pharmakologische Behandlung von PNES sollte kritisch betrachtet werden, da die Studienlage als begrenzt anzusehen ist (LaFrance et al., 2013). Aktuell gilt, dass Benzodiazepine nur mit Vorsicht zur Anfallsunterbrechung verwendet werden sollten (Füratsch et al., 2015), da diverse Komplikationen auftreten können und die Anfallsunterbrechung auf diesem Wege nur bedingt gelingt (Holtkamp et al., 2006; Jungilligens et al., 2021). Auch scheint die längerfristige Gabe von Benzodiazepinen die dissoziative Symptomatik eher zu verstärken (Fritzsche et al., 2013). Es gibt Hinweise darauf, dass Sertralin als selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitor einen positiven Einfluss auf PNES-Rate nehmen kann (LaFrance et al., 2010). Komorbide psychische Erkrankungen sollten natürlich leitliniengerecht mittels Psychopharmaka behandelt werden.

Diverse Studien legen eine gute Wirksamkeit von psychotherapeutischen Therapieansätzen nahe, wobei diese insbesondere positiven Einfluss auf sekundäre Outcome-Parameter (u. a. Psychopathologie-Scores, Lebenszufriedenheit) haben (Fritzsche et al., 2013; LaFrance et al., 2014; Labudda et al., 2020). Verschiedene Langzeitstudien zeigen, dass ein gewisser Anteil der Betroffenen auch nach Behandlung weitere Anfälle und eine Verschlechterung der Lebensqualität erlebt (Baslet et al., 2015; Goldstein et al., 2020), was Implikationen hinsichtlich der Therapieerwartungen hat, aber auch weitere Studien und die Entwicklung von differenzierteren Therapieansätzen anregen sollte.

## Ausblick

Die psychotherapeutische Behandlung von Betroffenen mit PNES ist eine spannende Herausforderung, die sowohl bezüglich der Diagnostik als auch der Behandlung stets eng im interdisziplinären Austausch stattfinden sollte. Oft bietet sich zu Beginn des Behandlungsverlaufs ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik für Epileptologie mit den Vorteilen einer ausführlichen Diagnostik an. Optimalerweise findet danach, basierend auf einer initialen stationären psychotherapeutischen Behandlung, ein eng verknüpfter Übergang in das ambulante psychotherapeutische Setting statt. Dennoch zeigen sich aus unserer Erfahrung verschiedene Hürden an diesen Schnittstellen, insbesondere am Übergang aus den somatischen Bereichen in Richtung Psychotherapie, da bei Patient\*innen, Angehörigen und anderen Behandelnden oftmals somatische Krankheitskonzepte vorherrschen. Auch können diagnostische Unklarheiten (PNES vs. Epilepsie) Behandelnde, sei es somatisch oder auch psychotherapeutisch, verunsichern, wobei diese Verunsicherung durch eine valide Diagnostik in spezialisierten Epilepsie-Zentren häufig ausgeräumt werden kann. Wir empfehlen deshalb auch die stationäre psychothe-

rapeutische Behandlung auf entsprechend ausgerichteten Stationen in Epilepsie-Zentren, um die Schnittstellen-Problematik zu minimieren. Auch sollten psychotherapeutische Kolleg\*innen niedrigschwellig die Möglichkeit haben, somatische Rückfragen stellen zu können, insbesondere bei einer komorbid bestehenden Epilepsie. So können z. T. unnötige Krankenhausaufenthalte, die wir regelmäßig bei unseren Patient\*innen auffinden, vermieden werden. Aufseiten der ambulanten Psychotherapeut\*innen gibt es teils Bedenken hinsichtlich der Schwere der allgemeinen Psychopathologie, anfallsbedingter Verletzungen und der Leistbarkeit einer Anfallsbegleitung. Umso wichtiger ist es, auf regelmäßige Supervisionen zurückzugreifen und organisatorische Anpassungen, z. B. die Etablierung von Ausweichmöglichkeiten in der eigenen Praxis bei längeren PNES, vorzunehmen. Im Hinblick auf die psychotherapeutische Arbeit können die von uns ausgearbeiteten Standards zur Anfallsbegleitung und -unterbrechung berücksichtigt werden, um mögliche Barrieren seitens der Behandelnden abzubauen und somit eine optimale Therapie für Patient\*innen zu erreichen.

## 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).*

- Asadi-Pooya, A. A. & Sperling, M. R. (2015). Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 46, 60–65.
- Baslet, G., Dworetzky, B., Perez, D. L. & Oser, M. (2015). Treatment of psychogenic nonepileptic seizures: Updated review and findings from a mindfulness-based intervention case series. *Clinical EEG and Neuroscience*, 46 (1), 54–64.
- Brandt, C., Labudda, K., Illies, D., Schöndienst, M. & May, T. W. (2014). Schnelle Erkennung einer depressiven Störung bei Menschen mit Epilepsie. *Der Nervenarzt*, 85 (9), 1151–1155.
- Frauenheim, M. T. (2018). Psychogene nicht-epileptische Anfälle (PNES): Gibt es verlässliche Kriterien und Therapiemöglichkeiten? *Neurologie & Rehabilitation*, 24 (3), 215–224.
- Füratsch, N., Bohlmann, K., Finzel, M., Schöndienst, M., Supplith, J., Weltke, H. et al. (2015). Leitfaden zum Umgang mit Patienten in dissoziativen Anfällen. *Zeitschrift für Epileptologie*, 28 (1), 35–39.
- Goldstein, L. H., Robinson, E. J., Mellers, J. D. C., Stone, J., Carson, A., Reuber, M. et al. (2020). Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 7 (6), 491–505.
- Labudda, K., Brandt, C. & Vietmeier, N. (2021). Psychische Störungen bei Epilepsiepatienten. In C. G. Bien (Hrsg.), *Allgemeine Epileptologie* (S. 179–194). Stuttgart: Kohlhammer.
- Labudda, K., Frauenheim, M., Miller, I., Schrecke, M., Brandt, C. & Bien, C. G. (2020). Outcome of CBT-based multimodal psychotherapy in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A prospective naturalistic study. *Epilepsy and Behavior*, 106, 107029. Amsterdam: Elsevier.
- LaFrance, W. C., Baker, G. A., Duncan, R., Goldstein, L. H. & Reuber, M. (2013). Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach. *Epilepsia*, 54 (11), 2005–2018.
- Priebe, K., Müller-Engelmann, M. & Steil, R. (2011). Verhaltenstherapeutische Ansätze bei dissoziativen Anfällen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 12 (04), 311–316.
- Schrecke, M., Bien, C. G. & Brandt, C. (2020). Standards zur Anfallsbegleitung von epileptischen und psychogenen nichtepileptischen Anfällen. *Zeitschrift für Epileptologie*, 33 (3), 213–217.
- Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. & Freyberger, F. (2015). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (3. Aufl.). Bern: Huber.



**Dr. Tobias Redecker**

---

**Korrespondenzanschrift:**  
Krankenhaus Mara | Epilepsie-Zentrum  
Bethel  
Universitätsklinikum OWL der Universität  
Bielefeld; Campus Bielefeld-Bethel  
Maraweg 21; 33617 Bielefeld  
tobias.redecker@mara.de

Dr. rer. nat. Tobias M. Redecker ist Psychologischer Psychotherapeut (VT) und leitet die psychologischen Dienste der Universitätsklinik für Epileptologie im Krankenhaus Mara/ Epilepsie-Zentrum Bethel. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören die psychotherapeutische Behandlung und neuropsychologische Betreuung von Menschen mit dissoziativen Störungen und Epilepsien.



**Dipl.-Psych. Mario Schrecke**

---

Mario Schrecke ist als Diplom-Psychologe auf der Station Psychosomatische Epileptologie des Krankenhauses Mara tätig. Er setzt sich intensiv mit dem Thema Anfallsbegleitung bei Menschen mit dissoziativen Störungen und Epilepsie auseinander.



**Inga Müller M. Sc.**

---

Inga Müller ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und therapeutische Leitung der Station Psychosomatische Epileptologie des Krankenhauses Mara. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte sind Trauma- und Schematherapie sowie DBT-Ansätze im Einzel- und Gruppenkontext.



**Dr. Birgitt Müffelmann**

---

Dr. med. Birgitt Müffelmann ist Fachärztin für Neurologie in Weiterbildung Psychotherapie (fachgebunden). Als leitende Oberärztin ist sie für die Station Psychosomatische Epileptologie des Krankenhauses Mara verantwortlich. Sie leitet darüber hinaus die Rehabilitationsklinik für Menschen mit Anfallserkrankungen im Epilepsie-Zentrum Bethel.

# Hochsensitivität – ein Temperamentsmerkmal bereichert Psychotherapie

Harald Krampe & Annette van Randenborgh

**Zusammenfassung:** Eine wachsende Zahl an Studien festigt die Sicht auf Hochsensitivität als ein Temperamentsmerkmal, das das Erleben und Verhalten eines bedeutsamen Teils der Bevölkerung stark beeinflusst. Dieser Beitrag fasst wichtige Erkenntnisse dieser Literatur zusammen und erläutert, wie sich das Merkmal im Alltag von Menschen bemerkbar macht. Weiterhin wird die Bedeutung von Hochsensitivität für die Ätiologie psychischer Störungen beleuchtet und es werden Implikationen für das psychotherapeutische Vorgehen zusammengetragen: Neben einer zuverlässigen Diagnostik ist die Aufklärung über die neuronale Besonderheit essenziell. Interventionen gegen Selbststigmatisierung, zur Aufarbeitung biographischer Verletzungen und innerer Konflikte sowie für verbesserte Stressverarbeitung und Emotionsregulation sind vielversprechend und lieferten erste Evidenznachweise.

## Einleitung

Auf manche Menschen wirkt die sie umgebende Welt intensiver als auf andere. Sie fühlen sich rasch gestresst von intensiven Reizen. Sie reagieren stark auf Kritik, hören nicht selten: „Du musst dir ein dickeres Fell zulegen.“ Sie werden als sehr emotional wahrgenommen, scheinen schnell überwältigt von ihren Eindrücken zu sein. Oftmals wirken sie ruhig und in sich gekehrt. Nicht selten sind sie künstlerisch begabt und haben eine große Leidenschaft für Kunst, Musik oder Literatur. Sie schätzen tiefgründige, ernsthafte Gespräche. Darüber hinaus weisen sie ein gutes Gespür für die Gemütslage anderer auf und reagieren auf Stimmungen anderer intensiv mit Gedanken und Gefühlen. Und sie erinnern sich häufig daran, dass diese Eigenschaften erstmals in der Kindheit bei ihnen aufgetreten sind: „Alle haben immer gesagt, ich sei so sensibel.“

In diesem Beitrag stellen wir das Konzept der Hochsensitivität (engl.: „sensory processing sensitivity“ oder „environmental sensitivity“) vor und erläutern, welchen Beitrag die Beachtung dieses Konzepts zur Optimierung von Psychotherapie leisten kann. Wir geben Anregungen für den Einbezug von Hochsensitivität in die Psychotherapie mit Erwachsenen, bei denen sowohl eine oder mehrere psychische Störungen als auch eine Hochsensitivität gegeben sind. Wichtig ist dabei, Hochsensitivität nicht vornehmlich als Nachteil zu begreifen, sondern ihr Potential zu erkennen und zu nutzen. Unerfahrene Psychotherapeutinnen und -therapeuten könnten ohne ausreichende Kenntnis dieses Konzepts sogar Gefahr laufen, Merkmale der Hochsensitivität als Symptome psychischer Störungen zu verkennen. In unseren Augen ist das Konzept ein wichtiger Baustein in dem aktuellen Bestreben, Psychotherapie zu individualisieren bzw. personenzentriert zu gestalten (z. B. Bollmann et al., 2021; Brakemeier & Herpertz, 2019). Im Sinne einer prozessbasierten Psychotherapie (Hayes &

Hofmann, 2018) spricht sich beispielsweise Stangier (2019) für eine intensive Beachtung der individuellen Informationsverarbeitungsprozesse von Patientinnen und Patienten aus. Als ein Merkmal mit starkem Einfluss auf die individuelle Informationsverarbeitung ist Hochsensitivität zu sehen.

Das Konzept hat es in seiner fast 30-jährigen Geschichte nicht leicht gehabt, sich wissenschaftlich zu etablieren. Über viele Jahre wurden zu starke Redundanzen zu Neurotizismus und Introversion sowie im klinischen Bereich zur Borderline-Persönlichkeitsstörung vermutet, um Hochsensitivität als unabhängiges Phänomen zu sehen. Zudem ist das Interesse der Öffentlichkeit schneller gewachsen als die wissenschaftliche Literatur, sodass eine hohe Zahl von nicht validierten Selbsttests im Internet und in (nicht wissenschaftlichen) Zeitschriften sowie ein wachsender Markt von oftmals esoterisch-spiritueller Ratgeberliteratur entstanden sind. Die wissenschaftliche Befundlage zu Hochsensitivität ist in unseren Augen aber mittlerweile überzeugend und stark. Ziel dieses Beitrags ist es, sie unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bekannter zu machen und Impulse für den Umgang mit Hochsensitivität für die Praxis zu geben.

## Beschreibung des Phänomens und Diagnostik

Als Kernmerkmal der Hochsensitivität wird eine angeborene Besonderheit in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Umweltreizen gesehen (Aron & Aron, 1997, 2012; Greven et al., 2019).<sup>1</sup> Reize wirken intensiver auf betroffene Personen, was einerseits zu einer intensiveren Reaktion (physiologisch und

<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).

emotional) und andererseits zu einer tieferen kognitiven Verarbeitung (hohe Aufmerksamkeit und Elaboration) führt. Bei förderlichen Sozialisationsbedingungen entwickeln viele Betroffene einen positiven Umgang mit ihrer Sensitivität, kritische Entwicklungsbedingungen verschärfen jedoch das Ausmaß der emotionalen Labilität (Slagt et al., 2016).

Die Besonderheit in der Reizwahrnehmung und -verarbeitung hat für die betroffene Person und ihre soziale Umwelt merkliche Folgen. Einige dieser Folgen, die in unseren Augen in der Psychotherapie und für die Diagnostik besonders relevant sind, stellen wir im Folgenden etwas ausführlicher dar.

- **Übererregung:** Hochsensitive Personen (im Folgenden „HSP“) gelangen schneller und häufiger als nicht sensitive Personen („Non-HSP“) in einen Zustand der Übererregung durch Überstimulation mit einem hohen Aktivierungsgrad ihres Gehirns. Laute Geräusche, grelle Lichter, interne Stimuli (z. B. eine Erkenntnis oder eine Erinnerung) und insbesondere eine Vielzahl an Reizen rufen eine Überstimulation hervor (Aron et al., 2012). Die resultierende psychophysische Anspannung wird situativ als Nervosität und Unbehagen wahrgenommen. Damit einher geht eine Abnahme der kognitiven Kapazität, was sich in Form von Verwirrtheit, schlechtem Erinnerungsvermögen oder Wortfindungsstörungen und einer physiologischen Stressreaktion äußert.
- **Ästhetische Sensitivität und Wahrnehmung von Feinheiten:** Betroffene Menschen zeigen häufig eine besondere Offenheit für und Freude an verschiedenen Künsten. Sie achten auf Feinheiten und Details, die andere Menschen übersehen, und lassen sich z. B. von Musik und Poesie tief berühren (Aron, 2013). Ihnen wird eine hohe Kreativität nachgesagt, die aber wissenschaftlich noch nicht eindeutig nachgewiesen ist. HSP sind sehr wahrscheinlich besonders talentiert darin, subtile Aspekte in Kunst und Literatur zu erkennen und zu verknüpfen und sich gleichzeitig diesen Feldern begeistert zu widmen und auch in der praktischen Ausübung ein hohes Niveau zu erreichen (Bridges & Schendan, 2019).
- **Hohe Emotionalität:** Erfahrungen rufen bei HSP intensive und lange anhaltende Emotionen hervor. Im zwischenmenschlichen Bereich macht sich das in hoher Sensibilität bemerkbar, die sich sowohl in Kritikempfindlichkeit als auch tiefer Empathie äußern kann (Aron et al., 2012). Charakteristisch ist, dass HSP durch Erfahrungen und Ereignisse emotional so berührt sind, dass sie mit tiefgründigen Gedanken und intensivem Nachdenken bis hin zum Grübeln reagieren (Lionetti et al., 2021; van Reyn, 2022).
- **Verhaltenshemmung:** Auf der Verhaltensebene kann die hohe Aufwendung von kognitiven Kapazitäten für die Reizverarbeitung in unbekanntem und potentiell konflikthaften

Situationen in einer Verhaltenshemmung resultieren. In diesem Zusammenhang wurde von einer „pause to check“, also ein Vorgehen nach dem Motto „erst Nachdenken, dann Handeln“, gesprochen (Aron et al., 2012; Stenmark & Redfearn, 2022), die einer effektiven Handlungsplanung dient. Diese wird von Betroffenen nicht notwendigerweise als Schüchternheit oder soziale Angst empfunden, sondern wird deutlicher mit einer Überfrachtung an Reizen in Verbindung gebracht, da Betroffene Zeit für die Reizverarbeitung benötigen (Greven et al., 2019). Aufgrund biographischer Besonderheiten kann soziale Ängstlichkeit bei einigen Personen natürlich auch eine Rolle spielen. Die Beobachtung von Verhaltenshemmung bei Kleinkindern hat sich in mehreren Studien als guter diagnostischer Zugang erwiesen (Lionetti et al., 2019a).

Etwa 20 % der Gesamtbevölkerung gelten als hochsensitiv, wobei Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind (Aron

### — Als Kernmerkmal der Hochsensitivität wird eine angeborene Besonderheit in der Wahrnehmung und Verarbeitung von Umweltreizen gesehen. —

et al., 2012; Greven et al., 2019). Es handelt sich um keine klar abgrenzbare Gruppe von Personen, weil das Merkmal kontinuierlich und normalverteilt ist. Es kann jedoch laut einiger Studien mit Latent-class-Analysen in drei Sensitivitätsgruppen eingeteilt werden (20–23 % Hochsensitivität; 41–47 % moderate Sensitivität; 25–35 % geringe Sensitivität; Lionetti et al., 2018; Pluess, 2017; Tillmann et al., 2012).

In der Diagnostik dominiert die ursprünglich von Aron und Aron (1997) entwickelte „Highly Sensitive Person Scale“ (HSPS; z. B. Smith et al., 2019). Diese wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und es wurden mit der „Highly Sensitive Child Scale“ (HSC-12; Pluess et al., 2018) und dem „Highly Sensitive Child-Rating System“ (HSC-RS; Lionetti et al., 2019a) auch Versionen speziell für Kinder entwickelt. Die HSPS bewies sowohl als eindimensionales Messinstrument wie auch in einem Dreifaktorenmodell eine gute Varianzaufklärung großer Datensätze. Die Faktoren sind 1) leichte Erregbarkeit (Beispielitem: „Ich fühle mich genervt, wenn sich um mich herum viel abspielt.“), 2) *ästhetische Sensitivität* (Beispielitem: „Bestimmte Musik berührt mich sehr stark.“) und 3) eine niedrige sensorische Reizschwelle (Beispielitem: „Ich fühle mich durch starke Sinneseindrücke wie Riechen überfordert.“). Konrad und Herzberg (2017) konnten mit ihrer ins Deutsche übertragenen und geringfügig modifizierte HSP-Skala (HSPS-G) diese dreifaktorielle Struktur bestätigen. Die HSPS-G wurde von ihnen unlängst an einer großen heterogenen Stichprobe sowohl für die Subskalen der HSPS-G als auch für den HSPS-G Gesamtscore alters- und geschlechtstnormiert (Herzberg et al., 2022). Auch für eine Version für Kinder wurde die dreifaktorielle Struktur mit einem allgemei-

Ähnliche Merkmale	Differenzialdiagnostische Merkmale
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung/Borderline (vgl. Konrad, 2020; Falkenstein, 2017)	
Intensive Emotionen, starke Stimmungsabhängigkeit Geringer Selbstwert und unklares Selbstbild	HSP bevorzugen Planung und Routine gegenüber Spontanität, sind risiko-vermeidend. HSP führen i. d. R. lange und stabile Beziehungen. Selbstdestruktives Verhalten i. d. R. nicht vorhanden Fehlende Impulsivität; lange Verhaltensplanung vor der Handlung; flexiblere Verhaltenssteuerung Weniger aversive/traumatisierende Lebenserfahrungen
Narzisstische Persönlichkeitsstörung (vgl. Jauk et al., 2023)	
Grundlegende Erfahrung, anders zu sein, besonders zu sein. Wut, wenn Fähigkeiten nicht gesehen werden oder sie ihr Potential nicht entfalten können. Geringe Frustrationstoleranz bei Fehlverhalten anderer; Ungeduld	Hohes Maß an Empathie Selbstwert wird i. d. R. nicht auf Kosten anderer erhöht. HSP legen wenig Wert auf Aufmerksamkeit und Macht. Eher introvertiertes und zurückhaltendes Auftreten Sensorische Empfindsamkeit
Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (vgl. Meyer & Carver, 2000; vgl. Falkenstein, 2017)	
Wirken oft still, introvertiert, schüchtern Hohe zwischenmenschliche Empfindlichkeit Rückzug aus sozialen Interaktionen Geringer Selbstwert	HSP zeigen geringeren Selbstfokus, haben tiefgreifende Gedanken zu unterschiedlichen Themen. Oberflächliche Gespräche werden als langweilig erlebt. Sozialer Rückzug erfolgt aufgrund von Reizüberflutung und nicht aus Angst. Sensorische Empfindsamkeit
Soziale Phobie (vgl. Hofmann & Bitran, 2007)	
Intensive Reaktionen auf soziale Stimuli Vermeidung sozialer Situationen Geringer Selbstwert Angst, anders zu wirken als alle anderen	Unterschiedliche Motive für Vermeidung (Reizüberflutung vs. Bewertungsangst) Bei HSP begrenzt sich Selbstabwertung eher auf Situationen nach oder während der Übererregung. Weniger Beschäftigung mit und emotionale Belastung durch Angstsymptome Sensorische Empfindsamkeit
Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) und ADHD (vgl. Greven et al., 2019)	
Verminderte Aufmerksamkeit, leichte Ablenkbarkeit	HSP empfinden schnelle Ermüdbarkeit und Wunsch nach Pausen. Gute Aufmerksamkeitsleistung in Ruhesituationen, empfinden diese als angenehm Fehlende Impulsivität; lange Verhaltensplanung vor der Handlung („pause to check“) Fehlende Hyperaktivität

Table 1: Ähnlichkeiten und differentialdiagnostische Merkmale im Vergleich zwischen Hochsensitivität und verschiedenen Störungsbildern

nen Sensitivitätsfaktor (Gesamtfaktor der Sensitivität) über alle Subskalen hinweg bestätigt (Weyn et al., 2021). Satow (2022) legte vor kurzem einen eigenen deutschsprachigen, dreifaktoriellen HSP-Test für Hochsensibilität bei Personen ab 16 Jahren vor. Neben einer reliableren Langform (drei Skalen mit jeweils acht Items), die zur klinischen Diagnostik geeignet ist, gibt es auch eine Kurzform (drei Skalen mit jeweils drei Items) für ein schnelleres Sensitivitäts-Screening.

Wir empfehlen bei jedem Patienten und jeder Patientin, zu Beginn die standardmäßige störungsspezifische Diagnostik durchzuführen. Erst später im Kontakt, sofern Beobachtungen des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin und die Schilderungen des Patienten bzw. der Patientin eine Hochsensitivität andeuten, sollte diese Diagnostik hinzuge-nommen werden. Abgrenzungen zu psychischen Störungen mit zur Hochsensitivität ähnlichen Symptomen sind beson-ders schwierig (vgl. Tabelle 1 für differenzialdiagnostische

Merkmale). Liegt eine hochsensitive Veranlagung vor, kann sie gelegentlich Störungsdiagnosen ersetzen, häufig bleibt aber mindestens eine Störungsdiagnose, und damit die Indi-kation für Psychotherapie, bestehen. Die klinische Diagnose sollte im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Wir empfehlen aber ergänzende Therapieelemente (s. u.), die umso wich-tiger werden, je zentraler der Beitrag von Hochsensitivität bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung(en) in der individuellen Fallkonzeption ist. Die beiden Fallbeispiele schildern eine enge Verknüpfung von Hochsen-sitivität und Störungsätiologie:

### Fallbeispiel 1

*Lena ist eine 23-jährige Informatikstudentin, die mit der Diag-nose einer sozialen Phobie in Behandlung ist. Vor sozialen Er- eignissen überlegt sie lange, ob sie einer Einladung folgen soll. Sie denkt an die vielen Reize, die auf sie einströmen werden:*



an die vielen Menschen, die Rockmusik, an das grelle Licht von der Decke. Sie befürchtet, dass viele Gefühle in ihr aufsteigen werden, wenn sie die anderen sieht und mit ihnen redet; sich auf die andere Person einlässt und sie „voll erfasst“. Es werde ihr bei solchen Ereignissen schnell „alles zu viel“. Sie müsse dann raus aus den Reizen. Wenn sie nicht geht (oder man sie nicht gehen lässt), kann sie sehr unbeherrscht sein. Vor Partys sei ihr Kopf voll, sie plane, analysiere und suche nach Lösungen („Ich zerdenke es.“). Oft wünscht sie sich „mal einmal nicht nachdenken zu müssen.“ Bei einer Absage befürchtet sie, die anderen werden denken sie sei „komisch“, „unsozial“, vielleicht sogar „arrogant“. Oft kann sie mehrere Nächte schlecht schlafen. Wenn sie zu einer Feier geht, kommt die Patientin mit dem Auto. Immer wieder wird sie die Party kurz verlassen und sich in ihr Auto setzen, um kurz „die Stille zu genießen“. Bei Grillpartys sei es etwas besser, da könne sie sich an den Grill stellen, und die anderen bewerten das sogar positiv.

## Fallbeispiel 2

Herr R., 35 Jahre, Gymnasiallehrer, wird in der Psychotherapie mit den Diagnosen einer mittelgradigen Depression und dem Verdacht auf emotionale Instabilität (später zugunsten von Hochsensitivität korrigiert) behandelt. Er schildert eine Begebenheit der letzten Woche: Er befindet sich mit seinem Kollegium im Lehrerzimmer. Um etwas Ruhe zu finden, sitzt er etwas getrennt von den anderen im hinteren Teil des Raums. Ihm ist sofort aufgefallen, dass seine Kollegin Kathrin heute anders als sonst ist, als sie den Raum betritt, obwohl sie sich nun wie immer lebhaft und gestenreich mit den anderen im Lehrerzimmer unterhält. Sie kommt ihm irgendwie traurig und verletzt vor. Herr R. beschließt, seine Pause früher zu beenden als üblich, damit er mit ihr nicht im Lehrerzimmer zurückbleibt, wenn alle anderen gehen. Sie wird sonst gleich auf ihn zukommen und ihm ihr Herz ausschütten, dann kann er nicht mehr gehen und sie stehen lassen. Heute fühlt sich Herr R. nicht in der Lage, Kathrin wie sonst geduldig zuzuhören, sie zu beruhigen und zu trösten, wenn sie bitterlich weint und ihm mit rotverweinten Augen erzählt, dass es tags zuvor wieder einen heftigen Streit mit ihrem Lebenspartner gab und dieser die gemeinsame Wohnung im Zorn verlassen habe und seitdem nichts mehr von sich hören lasse.

Später zu Hause lässt ihn die Situation nicht los. Er denkt darüber nach, wie er Kathrin helfen kann, ob es genug war, was er bislang für sie getan hat und warum Menschen eigentlich so herzlos sein können wie der Lebenspartner. Manchmal

kann es passieren, dass ihm das Nachdenken über die Lebenssituation anderer so ergreift, dass er weinen muss.

Am nächsten Tag weicht Kathrin seinen Blicken aus, geht ihm aus dem Weg, dabei ist sie zu den anderen lebhaft und aufgeschlossen wie immer. Seine Enttäuschung darüber wird zu Ärger, er fühlt sich angespannt und gestresst.

## Wissenschaftliche Etablierung des Konzepts

Frühe Beschreibungen von Hochsensitivität gehen auf C. G. Jung (1913, zitiert nach Jung, 2011) und in den 70er-Jahren auf den deutschen Psychiater Klages (1978, zitiert nach Klages, 1991) sowie den amerikanischen Entwicklungspsychologen

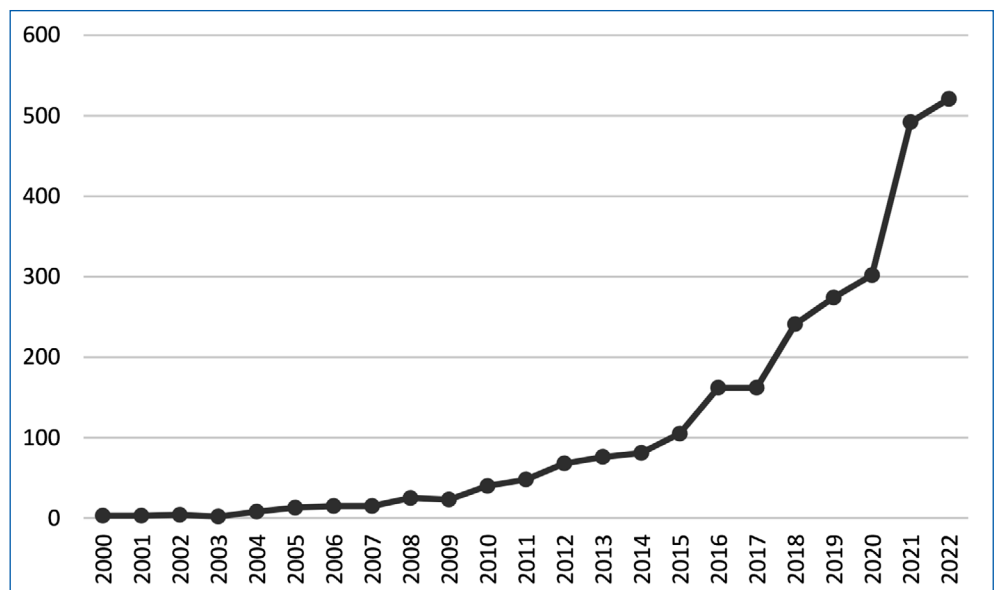


Abbildung: Trefferzahl bei der Suchmaschine Google Scholar für Publikationen mit dem Suchbegriff „sensory-processing sensitivity“ für die Jahre 2000 bis 2022

logien Kagan (vgl. Kagan, 1994) zurück. Der aktuelle wissenschaftliche Diskurs wurde jedoch von Elaine Aron um die Jahrtausendwende initiiert. Über viele Jahre blieb das wissenschaftliche Interesse jedoch hinter dem spürbaren Interesse der Öffentlichkeit zurück. In den letzten Jahren hat die wissenschaftliche Untersuchung jedoch rasant zugenommen (vgl. Abbildung).

Wichtig für die wissenschaftliche Wahrnehmung von Hochsensitivität sind Studien, die die Abgrenzung von anderen Personenmerkmalen mit ähnlichen Konsequenzen für Individuen untersuchen. Im Rahmen einer Meta-Analyse mit 24 berücksichtigten Studien (Lionetti et al., 2019b) und einiger Publikationen aus den letzten drei Jahren (z. B. Bröhl et al., 2020; Attary & Ghazizadeh, 2021) wurde Hochsensitivität von den „Big Five“ (Neurotizismus, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Offenheit) abgegrenzt. Es konnten keine Zusammenhänge zwischen Hochsensitivität und den „Big

Five'-Merkmale Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit ermittelt werden. Eine geringe positive Korrelation mit Offenheit ( $r = .14$ ) wurde nachgewiesen, die bei alleiniger Betrachtung des Faktors für ästhetische Sensitivität deutlich höher ausfällt. Zu Neurotizismus zeigte sich eine mittelmäßig hohe Korrelation (ca.  $r = .40$ ), die besonders durch den Hochsensitivitäts-Faktor „Übererregung“ getrieben wurde. HSP scheinen demnach im Durchschnitt emotional verletzlicher und ängstlicher zu sein und sie neigen auch eher zu negativen Emotionen und Stimmungen als normalsensitive Menschen.

In Übereinstimmung mit der bereits frühen Einordnung des Konstrukts als neuronale Besonderheit und angeborenes Temperamentsmerkmal (vgl. Kagan, 1994) wird Hochsensitivität seit einigen Jahren immer deutlicher mit Genvarianten bestimmter Markergene in Verbindung gebracht (Chen et al., 2011; Pluess, 2017). Eine kürzlich erschienene britische Studie an einer Stichprobe von 2.868 eineiigen adoleszenten Zwillingspaaren unterstreicht die Erbllichkeit von Hochsensitivität im Vergleich zu Persönlichkeitsmerkmalen (Assary et al., 2021). Genetische Faktoren konnten 47 % der Varianz von Sensitivität, aber lediglich 22–35 % der Varianz der „Big Five“-Persönlichkeitsfaktoren erklären.

Eine aktuelle EEG-Untersuchung wies bei HSP im Ruhezustand eine über alle Frequenzbereiche höhere absolute Aktivität als bei Non-HSP auf (Dimulescu et al., 2020). Messbare Unterschiede in der Gehirnaktivität von HSP – besonders in den für Aufmerksamkeit und Empathie wichtigen Hirnregionen – ergaben sich auch in mehreren fMRT-Studien (Acevedo et al., 2014; 2018a; 2021; Jagiellowicz et al., 2011).

## Leben mit Hochsensitivität

Lebenswege von Menschen mit Hochsensitivität können extrem erfüllend oder aber sehr schwierig sein, denn das Temperamentsmerkmal interagiert ausgesprochen dynamisch mit Umweltbedingungen. Eine Metaanalyse mit 84 Primärstudien (Slagt et al., 2016) verdeutlichte die sogenannte „differentielle Suszeptibilität“ der Betroffenen: Sensitivere Kinder in ungünstigen Entwicklungsbedingungen wiesen unterdurchschnittliche kognitive und sozioemotionale Kompetenzen auf. Allerdings drehte sich dieser Effekt bei einer unterstützenden Kindheit in sein Gegenteil: Die sensitiveren Kinder in förderlichen Umgebungen erreichten überdurchschnittlich gute Schulleistungen und wurden im zwischenmenschlichen Umgang von unmittelbaren Bezugspersonen als besonders kompetent bewertet. Hochsensitiv zu sein bedeutet nicht nur, auf negative, sondern auch auf positive Reize, Erfahrungen, Beziehungen und Ereignisse stärker zu reagieren als weniger sensitive Menschen.

Im Folgenden werden einige Problembereiche erläutert, die häufig in eine Psychotherapie hereingetragen werden. Einige der Herausforderungen sind direkte Auswirkung der neuro-

nen Besonderheiten, andere ergeben sich indirekt aus dem kulturellen Kontext oder den Reaktionen anderer.

- **Übererregung und Rückzug:** Eine besondere Herausforderung stellen die direkten Auswirkungen von Hochsensitivität dar, sich selbst oft als „gestresst“, „überreizt“ oder auch „reizüberflutet“ zu fühlen. Besonders in reizintensiven und stark stimulierenden Situationen, wie an vollen und lauten Orten oder in komplexen sozialen Situationen, kommt es zum Wunsch nach Ruhe und Rückzug. Bewusst oder unbewusst werden daher nicht selten auch überstimulierende Situationen gänzlich vermieden (z. B. Hofmann & Bitran, 2007; Meyer & Carver, 2000).
- **Negatives Selbstbild:** Häufig schämen sich Betroffene für ihr sensibles Temperament. In unserem westlichen Kulturkreis lernen sie früh, dass ihre Feinfühligkeit als nicht ideal angesehen wird, wenn diese mit negativen klischeehaften Zuschreibungen wie „schüchtern, gehemmt, ungesellig, übersensibel, zickig, neurotisch oder einfach schwierig“ versehen wird (Aron, 2011). HSP tendieren aus diesem Grund oftmals dazu, ihr Wesensmerkmal zu verbergen und sich selbst als „anders“ bzw. „minderwertig“ zu betrachten. Häufig mündet dies in einer dysfunktionalen Anpassungsstrategie von HSP an die Lebensweise von Non-HSP, wenn der Versuch unternommen wird, so zu sein wie die anderen und die negativ konnotierte eigene Empfindsamkeit unterdrückt wird (Falkenstein, 2017). Besonders hochsensitive Männer geraten in Konflikt mit immer noch vorherrschenden traditionellen männlichen Geschlechterstereotypen. Aus Sorge, nicht männlich genug zu wirken, könnten viele ein Leben im Geschlechterstereotyp forcieren, was wiederum den Leidensdruck erhöht, nicht so sein zu dürfen, wie man ist (Falkenstein, 2017; O’Neil, 2008). Konsequenzen für weibliche Betroffene, die sich aus der höheren Passung von Hochsensitivität und einem weiblichen Stereotyp ergeben könnten, sind bislang noch nicht Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Interessant wäre z. B. die Frage, ob die Passung eher zu einer Über- oder Unterdiagnostizierung von Hochsensitivität führt.
- **Bekanntschaffen:** Die Fähigkeit, sich in andere Menschen gut einzufühlen (z. B. Naumann et al., 2020), stellt eine gute Voraussetzung dar, aus Bekanntschaffen Freundschaften zu machen. Allerdings gibt es auch Hindernisse. Besonders laute und reizintensive Umgebungen können HSP in Gesprächssituationen so überfordern, dass sie sich nicht mehr auf ihren Gesprächspartner fokussieren können. Sie werden leichter abgelenkt, sodass HSP in unruhigen Umgebungen zu besonders schlechten Zuhörenden werden (vgl. Liss et al., 2008). Gleichzeitig nimmt ihre Unsicherheit in der kommunikativen Situation zu, wenn sie bemerken, dass der oder die Sprechende ihre Ablenkung registriert (Turjeman-Levi, 2016). Häufiges Rückzugsverhalten bedeutet eine Gefahr, von anderen als schüchtern und gehemmt wahrgenommen zu werden. Eine tatsächliche Verhaltenshemmung verschärft diesen Eindruck: In

reizintensiven sozialen Situationen brauchen HSP länger, um zu einer Entscheidung zu kommen, wie sie sich verhalten möchten („pause to check“). Schließlich wird der Wunsch nach (emotionaler) Tiefe im Führen von Gesprächen oft nicht erwidert. Für einige Betroffene ist Isolation und Einsamkeit ein wichtiges Thema.

- **Enge Beziehungen:** Auch im Kontakt mit vertrauten Menschen gibt es einige erwartbare Schwierigkeiten. Gefühle und Stimmungen werden intensiver erlebt und klingen nach. HSP haben dadurch die Tendenz, im guten wie im schlechten Sinne emotionaler zu reagieren als Non-HSP (z. B. Acevedo et al., 2014). In unruhiger Umgebung tendieren HSP dann eher dazu, genervt zu sein, „überzureagieren“ und negative Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Diese überschießende emotionale Reaktivität – besonders in Bezug auf negative Gefühle in reizintensiven sozialen Situationen – wird von HSP selbst als ausgesprochen unangenehm erlebt (Roxburgh, 2022), was nicht nur ein Rückzugs- und Vermeidungsverhalten begünstigen, sondern auch die zuvor genannte negative Selbstbetrachtung verstärken dürfte. Die hohe Empathie stellt Hochsensitive zudem vor die Herausforderung, nicht ausschließlich für die Bedürfnisse vertrauter Menschen zu sorgen und dabei die eigenen zu vernachlässigen (Acevedo et al., 2014).
- **Arbeitsplatz:** Wenig überraschend führt die Eigenschaft der ästhetischen Sensitivität zu oftmals hervorragenden Arbeitsleistungen von HSP. Durch die Beachtung von Details („awareness of the subtleties“) gelangen diese Personen oft zu kreativen Lösungen von Problemen (Bridges & Schendan, 2019). Neben künstlerischen oder musischen Arbeitsfeldern sind sie häufig auch dort anzutreffen, wo sie großen Einfluss auf die Gestaltung ihrer Reizumgebung haben (z. B. als Selbstständige; Harms et al., 2019). Die Arbeitswelt mit oftmals intensiven physischen Reizen, Zeitdruck sowie sozialen Kontakten zu Kundinnen und Kunden bzw. Kolleginnen und Kollegen führt schnell zu Übererregung und damit auch einer Abnahme der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit (z. B. Golonka & Gulla, 2021; Vander Elst et al., 2019). In Führungskontexten könnte sich negativ auswirken, dass HSP mehr Zeit als weniger sensitive Menschen zur Entscheidungsfindung brauchen, da sie mehr Reize mit mehr Verarbeitungstiefe in Entscheidungen einbeziehen („pause to check“; Stenmark & Redfearn, 2022).

## Hochsensitive Personen und psychische Gesundheit

Bislang fehlen klinische Studien, die präzise Prävalenzen psychischer Erkrankungen in der Gruppe der HSP liefern. Aufschlussreich sind jedoch zahlreichen Studien mit nicht-

klinischen Stichproben zu Symptombelastung und Wohlbefinden. Hochsensitive Personen weisen studienübergreifend signifikant höhere Werte in Bezug auf Neurotizismus, Ängstlichkeit und Depressivität auf (Bakker & Moulding, 2012; Liss et al., 2008; Wyller et al., 2018; Yano & Oishi, 2018). Weiterhin besteht ein Zusammenhang zwischen Hochsensitivität und einer geringeren Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und dem Arbeitsplatz sowie einem oftmals deutlich geringeren subjektiven Wohlbefinden (Booth et al., 2015; Jagiellovicz et al., 2020; Sobocko & Zelenski, 2015). HSP leiden insbesondere an einer erhöhten Stressbelastung und mehr

### — Eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Psychopathologie spielen allem Anschein nach Probleme im Umgang mit der eigenen Emotionalität.

psychischen und physischen Stresssymptomen (Benham, 2006; Golonka & Gulla, 2021; Redfearn et al., 2020). Auf der positiven Seite berichteten HSP vor dem Hintergrund einer guten Kindheit von einer höheren Lebenszufriedenheit (Booth et al., 2015) sowie stabileren und emotional befriedigenderen Partnerschaften als Non-HSP (Acevedo et al., 2018b).

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Psychopathologie spielen allem Anschein nach Probleme im Umgang mit der eigenen Emotionalität: Nur bei mangelnder Akzeptanz von negativen Affektzuständen führten diese zu erhöhter Depressivität (Brindle et al., 2015) oder zu Angstsymptomen (Bakker & Moulding, 2012). Das wiederholte Erleben aversiver sensorischer Reizzustände wirkte sich außerdem negativ auf das Vertrauen aus, diese beeinflussen zu können (Brindle et al., 2015). Die tiefere kognitive Reizverarbeitung sowie die stärkere emotionale Reaktivität auf aversive Reize stellen – im Sinne eines kognitiven und emotionalen Overloads – enorme Anforderungen an HSP, mit ihren Gedanken und Gefühlen funktional umzugehen. Bei Männern wurde zudem erhöhte Aggressivität und Impulsivität als Folge emotionaler Übererregung nachgewiesen (Drndarević et al., 2021).

## Aufgaben der Psychotherapie

Das Thema Hochsensitivität in der Psychotherapie sensibilisiert für drei zentrale Gruppen von Patientinnen und Patienten. Die wichtigste Gruppe, für die wir im Folgenden Anregungen geben möchten, sind Personen, die sowohl eine oder mehrere psychische Störung(en) aufweisen sowie eine ihnen noch nicht bekannte Hochsensitivität. Die Arbeit mit Patientinnen und Patienten, die bereits um ihre Hochsensitivität wissen oder diese vermuten (Gruppe 2), kann ähnliche Züge tragen wie im Folgenden dargestellt. Eine Herausforderung stellt sicher die wachsende Gruppe von Patientinnen und Patienten dar, die fälschlich annehmen, hochsensitiv zu sein (Gruppe 3).

Bei ihnen empfehlen wir eine sorgfältige Diagnostik sowie die einfühlsame Korrektur dieser Annahme. Fälschlicherweise eine Hochsensitivität bei sich selber zu vermuten, kann auf Irrwege bei der Wahrnehmung der eigenen Person und den tatsächlichen Ursachen für die psychische Erkrankung führen und somit dysfunktional sein.

Wird die Hochsensitivität im Rahmen einer Therapie erkannt, stellt die psychotherapeutische Arbeit eine wertvolle Chance für Betroffene dar. Bereits der Psychiater Klages (1978) beschrieb die Arbeit mit seinen sensitiven Patienten als „beglückend“, weil diese so differenziert in ihrer Wahrnehmung und der Auseinandersetzung mit sich selbst und der Welt waren. Bei entsprechender Beachtung der sensiblen Wesensart sei eine Therapie oft nicht mehr nötig gewesen und es genügte eine verstehende Aufklärung und Anleitung der Patientinnen und Patienten, um mit den Besonderheiten ihres sensiblen Wesens besser umgehen zu können. Auch empirische Evidenz zeigt an, dass HSP vermutlich hochgradig von Psychotherapie profitieren könnten: Bei Präventionsmaßnahmen gegen Depression (Pluess & Boniwell, 2015), Angststörungen (Keers et al., 2016) und Mobbing (Nocentini et al., 2018) profitierten hochsensitive Kinder mehr als weniger sensitive. Bei einem fehlenden Einbezug von Hochsensitivität in der Psychotherapie ist die Wahrscheinlichkeit jedoch hoch, dass Langzeiterfolge der Therapie eingeschränkt bleiben, da ein störungsaufrechterhaltender Faktor außer Acht gelassen wird.

Psychotherapie sollte vornehmlich darauf ausgerichtet sein, den ätiologischen Anteil, den eine Hochsensitivität an der Entstehung der zu behandelnden psychischen Störung hat, aufzudecken und aufzulösen. Dies beinhaltet in vielen Fällen einen funktionalen Umgang mit den konflikträchtigen Seiten der Hochsensitivität. Zur Sicherung des Therapieerfolgs kann es zusätzlich indiziert sein zu lernen, mehr von den bereichernden Seiten dieser Veranlagung zu profitieren. Angemessene Unterstützung kann Psychotherapie in folgender Weise leisten:

- **Eine positive Sicht auf HSP entwickeln:** Das beinhaltet die Schritte, die eigene Veranlagung zu verstehen, ihre Herausforderungen zu akzeptieren und ihr Potential wertzuschätzen. Eine fachkundige Diagnostik sollte die Grundlage dieses Therapieziels sein. Mit dem Wissen um eine Hochsensitivität erhalten Patientinnen und Patienten die Chance, biografische Ereignisse und Insuffizienzerleben im Alltag aus einer neuen Perspektive zu betrachten und in das Selbstbild zu integrieren (Bas et al., 2021; Black & Kern 2020; Konrad 2020). Ganz wesentlich ist in der Therapie dabei ein ressourcenorientierter Blick auf die Emotionalität von HSP, die ein positives Erleben (z. B. Genuss) und kreatives Handeln begünstigt.
- **Arbeit am Selbstwert und Integration in das Selbstbild:** Psychoedukation vermittelt Betroffenen, „anders“, aber nicht „minderwertig“ zu sein. Jedoch reicht das Wissen um die eigene Hochsensitivität oft nicht aus, um die Wirkung jahrzehntelanger Selbststigmatisierung aufzuheben.
- **Ansätze zur Entwicklung von Selbstmitgefühl** (Gilbert, 2013) können entsprechend hilfreich sein. HSP erleben die Fähigkeit, „geduldig mit sich selbst zu sein“ und „sich Fehler zu verzeihen“ als ganz wesentlich für das eigene Wohlbefinden (Black & Kern, 2020, S. 5). Sie betonen den stressmindernden Effekt, nicht mehr so bewertend und hart zu sich selbst zu sein (ebd.), was auf eine gelungene Integration bislang bedrohlicher Erfahrungen hindeutet.
- **Patientinnen und Patienten könnten von körpernaher Selbstwahrnehmung profitieren**, die es erlaubt, feine, aber wichtige Unterschiede im eigenen Befinden auszumachen. Überreizung wird von den Betroffenen selber oft mit Schüchternheit verwechselt und Verhaltenshemmung oft mit unangemessener Angst. Diese differenziertere Selbstwahrnehmung beugt zukünftiger Selbstabwertung vor und führt zu einer ganzheitlicheren und authentischeren Sicht auf die eigene Person. In der tiefenpsychologischen Therapie könnte der Abbau dysfunktionaler Abwehrprozesse von akkuraterer Selbstwahrnehmung profitieren.
- **Akutes Stressmanagement:** Zur akuten Stressreduktion sollten zwei Kompetenzen gefördert werden. Erstens hilft Achtsamkeit, physiologische Anzeichen von Übererregung frühzeitig wahrzunehmen, um dann funktional reagieren zu können, was speziell für die Gruppe der HSP belegt wurde (Soons et al., 2010). Zweitens profitieren HSP von Entspannungstechniken zur akuten Erregungsdämpfung. Atemübungen, Anleitung zur Selbstberuhigung sowie imaginative Verfahren reduzieren nicht nur eine erhöhte psychophysische Anspannung, sondern stellen für HSP eine erste und unmittelbare Selbstwirksamkeits- und Kontrollenerfahrung – besonders vor und während reizintensiver Situationen – dar (Amemiya et al., 2017 & 2020).
- **Emotionsregulation:** Regulationsstrategien, die zu einem frühen Zeitpunkt der Emotionsgenese ansetzen (z. B. Neubewertung), sind späteren, reaktionsfokussierten Strategien oftmals überlegen (Gross & John, 2003). Dies gilt vermutlich insbesondere für HSP, da die zu regulierende Emotion intensiver ist als bei Non-HSP und somit eine höhere Anforderung an die Regulationsstrategie darstellt. Achtsamkeit hilft HSP, sich frühzeitig von stressverstärkenden Gedanken und Gefühlen zu lösen (Soons et al., 2010; Wyller et al., 2018). Studien legen nahe, dass viele HSP zur Emotionssuppression neigen (Eskisu et al., 2022; Yano et al., 2021) und dass insbesondere diese Strategie negative Konsequenzen für sie hat. Das Muster sollte aufgedeckt und modifiziert werden.
- **Beziehungen verbessern sowie Arbeit mit dem sozialen Umfeld:** Für HSP ist es oft eine große Herausforderung, ihr Bedürfnis nach Verbundenheit mit anderen mit ihrem starken Bedürfnis nach dem Alleinsein in Einklang zu bringen (Black & Kern, 2020). Der systemische Blick auf die wichtigen sozialen Systeme kann hilfreich sein, und geringfügige Veränderungen der Kommunikation und Interaktion können die Zufriedenheit aller Personen im System verbessern. Eine zentrale Kompetenz ist es beispielsweise,

um Verständnis beim sozialen Umfeld für das eigene Rückzugsverhalten zu werben, zumal für das Umfeld damit erhebliche Vorteile verbunden sind. Für HSP ist das intermittierende Alleinsein eine essentielle regenerative Ressource, die ihr subjektives Wohlbefinden erhöht. Aus Angst vor emotionaler Überreaktion und ihren möglichen Folgen für die Beziehung zu anderen tendieren HSP zudem dazu, ihren Ärger nicht auszudrücken, Konflikte zu vermeiden und nicht „Nein“ zu sagen (Black & Kern, 2020; Meyer & Carver, 2000). HSP sollten hier lernen, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen vertreten und anderen Grenzen setzen dürfen. Entscheidend ist auch hier, dass HSP lernen, dass sie sich so geben können, wie sie sind, und sich als die Person, die sie sind, angenommen fühlen dürfen. Qualitative Studien beschreiben, dass für HSP ein regelmäßiger Kontakt lediglich zu einem ausgesuchten kleinen Kreis von Freunden typisch ist, der immer wieder von Phasen des Rückzugs und der Entspannung begleitet wird (Bas et al., 2021; Black & Kern, 2020; Roxburgh, 2022).

- **Situations- und Selbstmanagement:** HSP können durch Psychotherapie Unterstützung erhalten, sich nicht den Anforderungen der Umwelt anzupassen, sondern ihre Umgebung gemäß ihrem angeborenen Temperamentsmerkmal zu gestalten (van Vianen, 2018). Situationsmanagement und Selbstoptimierung stellen entsprechende Ansätze zur Stressprävention dar. In der Freizeit mag dies durch geplante Regenerationszeit einfacher gelingen als am Arbeitsplatz. Im Sinne des lösungsorientierten Vorgehens sollten Techniken der Organisationsoptimierung und des Zeitmanagements erprobt werden, um individuell hilfreiche Routinen zu finden und Entscheidungsspielräume maximal auszunutzen (s. a. Sülzenbrück & Töpfer, 2022).
- **Regenerative Kompetenzen:** Für HSP ist es besonders wichtig, die eigene Resilienz gegenüber Belastungen zu erhalten, indem sie sich aktiv entspannen und erholen. Zahlreiche Verhaltensstrategien, bei denen sie zur Ruhe kommen und loslassen können, werden von HSP in qualitativen Studien benannt: handwerkliche und kreative Tätigkeiten, Yoga und Meditation, Aufenthalte und Spaziergänge in der Natur, kleinere körperliche Übungen, Schlafen, ruhigere Aktivitäten, wie Lesen, oder „einfach nichts tun“ (Bas et al., 2021, S. 10; Black & Kern 2020). Für viele HSP bedeutet entspannen, Zeit alleine zu verbringen (vgl. ebd.). Die systematische Befragung von HSP identifiziert besonders Yoga und kontemplative Praktiken wie Meditationen als sehr hilfreich, um sich zu entspannen (Bas et al., 2021; Black & Kern 2020). Beide Techniken fördern darüber hinaus die Achtsamkeit und emotionale Kontrolle, daher wirken sie vermutlich auch gegen das akute Gefühl der emotionalen Überwältigung und der Reizüberflutung (Amemiya et al., 2020; Black & Kern, 2020).

## Fazit

Psychotherapie bei HSP kann entscheidend dazu beitragen, psychische Störungen zu überwinden, Hochsensitivität zu entstigmatisieren. Sie hilft Betroffenen, sich selbst authentischer zu betrachten und die eigene Lebensqualität zu erhöhen. Wir empfehlen, beim Einbezug von Hochsensitivität in die Psychotherapie unbedingt ressourcenorientiert – mit Betonung von Kreativität, Empathie und Offenheit – sowie entpathologisierend vorzugehen.

**Wir empfehlen, beim Einbezug von Hochsensitivität in die Psychotherapie unbedingt ressourcenorientiert – mit Betonung von Kreativität, Empathie und Offenheit – sowie entpathologisierend vorzugehen.**

Die kürzlich entfachte Debatte darüber, dass Psychotherapie noch effektiver sein könnte und sollte, als sie derzeit ist (z. B. Brakemeier & Herpertz, 2019), hat zu Bestrebungen in Richtung einer noch stärker individualisierten Wahrnehmung von Psychopathologie, Leidens- und Lebensgeschichte geführt. Die Beachtung von Hochsensitivität als wichtige Determinante der Informationsverarbeitung könnte hierfür bei einer bedeutenden Zahl von Patientinnen und Patienten ein Schlüsselement ihrer Psychotherapie sein. Forschungsbefunde der letzten Jahre ermöglichen nun eine fachkundige Diagnostik und aussichtsreiche Intervention. Nach unserem Eindruck integrieren bereits einige Psychotherapeutinnen und -therapeuten das Konzept der Hochsensitivität in ihre Arbeit. Das ist erfreulich, aber geschieht vermutlich zurzeit noch zu lückenhaft und beliebig. Ein rascher Wissenschafts-Praxis-Transfer steht in unseren Augen jetzt an.

## 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).*

- Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M.-D., Collins, N. & Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain Behav*, 4 (4), 580–594.
- Aron E. N., Aron A. & Jagiellowicz J. (2012): Sensory Processing Sensitivity: A Review in the Light of the Evolution of Biological Responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, 16 (3), 262–282.
- Aron, E. N. (2011). *Psychotherapy and the Highly Sensitive Person: Improving Outcomes for that Minority of People Who are the Majority of Clients*. New York, NY: Routledge.
- Aron, E. N. & Aron, A. (1997): Sensory processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345–368.
- Assary, E., Zavos, H. M., Krapohl, E., Keers, R. & Pluess, M. (2021). Genetic architecture of Environmental Sensitivity reflects multiple heritable components: A twin study with adolescents. *Molecular Psychiatry*, 26 (9), 4896–4899.
- Bas, S., Kaandorp, M., de Kleijn, Z. P., Braaksma, W. J., Bakx, A. W. & Greven, C. U. (2021). Experiences of adults high in the personality trait sensory processing sensitivity: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (21), 4912.

Brakemeier, E. L. & Herpertz, S. C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 90 (11), 1125–1134.

Brindle, K., Moulding, R., Bakker, K. & Nedeljkovic, M. (2015). Is the relationship between sensory-processing sensitivity and negative affect mediated by emotional regulation? *Australian Journal of Psychology*, 67 (4), 214–221.

Greven C. U., Lionetti F., Booth Ch., Aron E. N., Fox E., Schendan H. E. et al. (2019): Sensory Processing Sensitivity in the context of Environmental Sensitivity: A critical review and development of research agenda, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 98, 287–305.

Herzberg, P. Y., Fricke, K. R. & Konrad, S. (2022). Normierung der deutschen Fassung der Highly Sensitive Person Scale (HSPS-G) –Selbstbeurteilungsskala an einer deutschsprachigen Stichprobe. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 72 (03/04), 108–116.

Konrad, S. & Herzberg, P. Y. (2017). Psychometric properties and validation of a German highly sensitive person scale (HSPS-G). *European Journal of Psychological Assessment*, 35 (3): 364–378.

Lionetti, F., Aron, A., Aron, E. N., Burns, G. L., Jagiellowicz, J. & Pluess, M. (2018). Dandelions, tulips and orchids: Evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational psychiatry*, 8 (1), 1–11.

Lionetti, F., Pastore, M., Moscardino, U., Nocentini, A., Pluess, K. & Pluess, M. (2019b). Sensory processing sensitivity and its association with personality traits and affect: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 81, 138–152.

Slagt, M., Dubas, J. S., Deković, M. & van Aken, M. A. G. (2016). Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 142 (10), 1068–1110.

Wyller, H. B., Wyller, H. V. B., Crane, C. & Gjelsvik, B. (2018). The relationship between sensory processing sensitivity and psychological distress: A model of underpinning mechanisms and an analysis of therapeutic possibilities. *Scandinavian Journal of Psychology*, 4 (15), 1–15.



### **Dr. Harald Krampe**

Privatpraxis für Psychotherapie & Coaching  
Prinzipalmarkt 38/39  
48143 Münster  
krampe@privatpraxis-fuer-psychotherapie.de

Dr. Harald Krampe M. Sc., M. A. ist Facharzt für psychotherapeutische Medizin, ärztlicher Psychotherapeut (VT, Systemische Therapie) und Coach. Er arbeitet in freier Praxis. Sein Forschungsinteresse gilt individualisierter Psychotherapie, Lebenswelten von hochsensitiven und hochbegabten Menschen und der wissenschaftlichen Professionalisierung von Coachingprozessen (Foto: privat).



### **Prof. Dr. Annette van Randenborgh**

FH Münster, Fachbereich Sozialwesen  
Friesenring 32  
48147 Münster  
randenborgh@fh-muenster.de

Prof. Dr. Annette van Randenborgh ist Psychotherapeutin (VT) sowie Beraterin (BVPPT) und befindet sich in Ausbildung zur systemischen Supervisorin. Seit 2012 ist sie Professorin am Fachbereich Sozialwesen der FH Münster, seit 2019 mit der Denomination „Psychologie der Beratung“. Forschungsschwerpunkte sind transdiagnostische Prozesse, Grübeln und Entscheidungskonflikt (Foto: Wilfried Gerharz).

# Hintergrund

## Die neue Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen: Grundlagen, Chancen und Herausforderungen

Dietrich Munz, Johannes Klein-Heßling & Alke Seela

**Zusammenfassung:** Am 1. September 2020 trat die Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft. Seitdem wird nach einem wissenschaftlichen und praxisorientierten Studium sowie staatlicher Prüfung die Approbation als Psychotherapeut\*in erteilt. Im Herbst 2022 gab es die ersten neu approbierten Psychotherapeut\*innen. Es wird erwartet, dass ihre Zahl auf jährlich mindestens 2.500 ansteigt. Die selbstverantwortliche Tätigkeit in eigener Praxis für gesetzlich Krankenversicherte oder in einem Krankenhaus erfordert eine anschließende Weiterbildung in Berufstätigkeit zum\* zur Fachpsychotherapeut\*in. Die meisten Landespsychotherapeutenkammern haben auf Grundlage der von der Profession gemeinsam entwickelten Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen in ihren Weiterbildungsordnungen und Verwaltungen bereits die Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen. Die Einrichtung ausreichender Weiterbildungsstellen ist die nächste große Herausforderung. Bei der Finanzierung der Weiterbildung ist erneut der Gesetzgeber gefordert, um alle Reformziele zu erreichen.

### Einleitung

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung trat am 1. September 2020 in Kraft. Seitdem gibt es eine neue Qualifizierung für Psychotherapeut\*innen. Nach einem wissenschaftlichen und praxisorientierten Studium sowie staatlicher Prüfung erhalten die Absolvent\*innen eine Approbation als „Psychotherapeut\*in“. Seit Herbst 2022 gibt es die ersten Absolvent\*innen dieser neuen Studiengänge und neu approbierten Psychotherapeut\*innen. Es wird erwartet, dass ihre Zahl auf jährlich mindestens 2.500 ansteigt. Die Qualifikation für z. B. eine eigenverantwortliche Tätigkeit in eigener Praxis für gesetzlich Krankenversicherte oder in einem Krankenhaus erfordert eine anschließende Weiterbildung in Berufstätigkeit zum\* zur Fachpsychotherapeut\*in.

Die neue Qualifikation aus Studium und Weiterbildung (s. Abbildung 1, S. 148) löst die bisherige Ausbildung aus Studium und postgradualer Ausbildung ab. Mit der neuen Struktur ist eine Qualifizierung analog zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung geregelt. Für diejenigen, die vor dem 1. September 2020 ein Studium begonnen haben, mit dem sie gemäß Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung eine Ausbildung zum\* zur Psychologischen Psychotherapeut\*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in beginnen können, gibt es eine Übergangsregelung. Sie können diese postgraduale Ausbildung noch bis 2032 und in Härtefällen auch bis 2035

absolvieren und abschließen (Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten, 2019).

### Konzeption der neuen Weiterbildung: Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen setzt bundesweite Standards

Die Regelung und Umsetzung der neuen Weiterbildung war ein weiterer großer Meilenstein für die Psychotherapeuten-schaft nach dem 2014 getroffenen Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) zu einer grundlegenden Reform der Psychotherapeutenausbildung, nach dem anschließend im Projekt „Transition“ der BPTK gemeinsam von der Profession entwickelten Gesamtkonzept der reformierten Aus- und Weiterbildung und nach der Verabschiedung der neuen Psychotherapeutenausbildung mit dem neuen Studium 2019 durch den Deutschen Bundestag und den Bundesrat (vgl. Munz et al., 2020).

Eine zentrale Aufgabe bestand in der Bestimmung der Inhalte und der Entwicklung der Strukturen dieser zweiten Phase der beruflichen Qualifizierung nach Studium und Approbation. Die Strukturen der Weiterbildung konnten dabei nicht völlig frei gestaltet werden, weil die Rahmenbedingungen der Weiterbildung die Bundesländer in ihren Heilberufe-Kammerge-

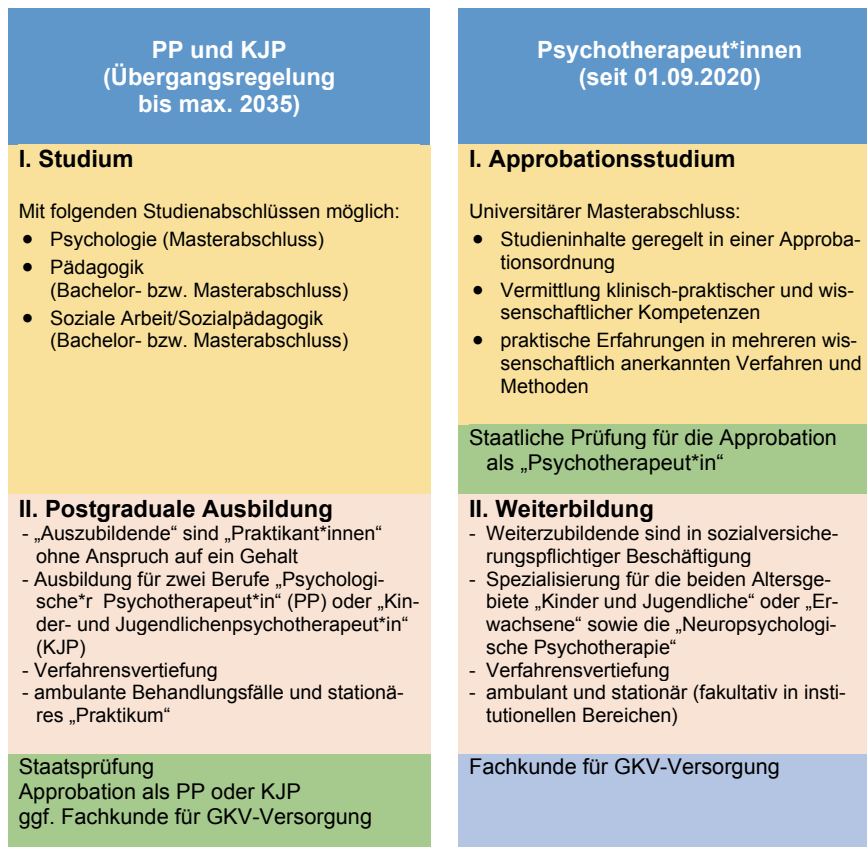


Abbildung 1: Die alte und die neue Qualifizierungsstruktur von Psychotherapeut\*innen

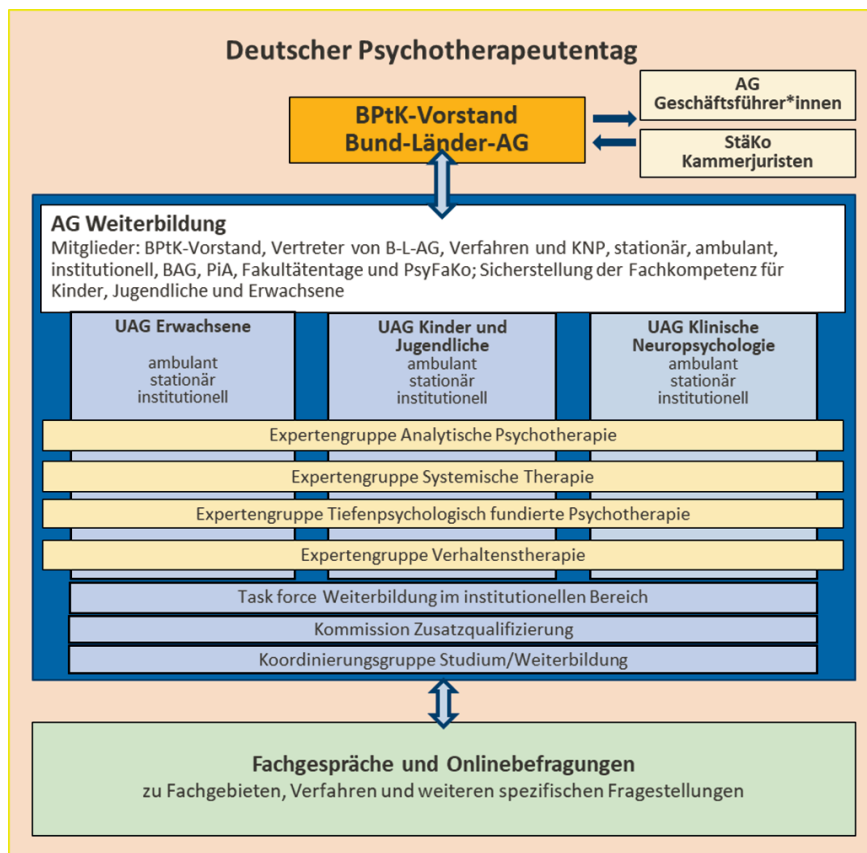


Abbildung 2: Gremien des BptK-Projekts „Reform der Muster-Weiterbildungsordnung“

setzen festlegen. Diese unterscheiden sich in einzelnen Vorgaben, wie z. B. dem Umfang, in dem eine Weiterbildung in Teilzeit möglich ist.

Ziel einer Muster-Weiterbildungsordnung ist die Gewährleistung eines möglichst bundeseinheitlichen Weiterbildungsrechtes, insbesondere einheitlicher Qualitätsanforderungen in allen Landeskammern. Diese Einheitlichkeit ist notwendig, um die Mobilität der Psychotherapeut\*innen während der Weiterbildung über Kammergrenzen hinweg zu ermöglichen und auf Bundesebene einheitliche Qualitätsvoraussetzungen, z.B. für sozialrechtliche Normsetzungsverfahren, zu schaffen.

Die BptK richtete für die Entwicklung der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen ein breites Beteiligungsverfahren ein, um die landesspezifischen Vorgaben der Psychotherapeutenkammern und die unterschiedlichen Interessen von Verbänden, potenziellen Anbieter\*innen der Weiterbildung und den künftigen Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung angemessen einzubeziehen. Ende 2019 startete die BptK gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern das Projekt „Reform der MWBO“. Dieses Projekt realisierte einen breiten Diskurs mit allen Beteiligten aus BptK, Landeskammern, Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Ausbildungsinstituten, Hochschulvertreter\*innen, Studierenden und Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (s. Abbildung 2). Die Breite von Positionen und Argumenten wurde 2020 auch in einem eigenen Schwerpunkt des Psychotherapeutenjournals dokumentiert (Psychotherapeutenjournal 3/2020, S. 233 ff.).

Bereits zwei Jahre nach dem Projektstart konnte der 38. DPT dank des außerordentlichen Engagements aller Projektbeteiligten im April 2021 erste Abschnitte der neuen Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen beschließen. Im Mai 2022 wurde die vollständige Muster-Weiterbildungsordnung verabschiedet (Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut\*innen, 2022), die den Landespsychotherapeutenkammern eine Orientierung für notwendige eigene Regelungen in ihren Weiterbildungsordnungen bietet (zu den Details der neuen Weiterbil-



derung s. Kasten, S. 149 f.). Inzwischen wurde in der Mehrzahl der Landespsychotherapeutenkammern neben der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, die

nach altem Recht ausgebildet sind, auf dieser Grundlage auch eine Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen mit Approbation nach neuem Recht verabschiedet, von den Aufsichtsbehörden genehmigt und in Kraft gesetzt.

## Details der neuen Weiterbildung

Kammerangehörige mit der neuen Approbation als Psychotherapeut\*in können eine Gebietsweiterbildung absolvieren. In der Gebietsweiterbildung erfolgt eine Spezialisierung zum\*zur „Fachpsychotherapeut\*in für Erwachsene“ (Behandlung von Erwachsenen), „Fachpsychotherapeut\*in für Kinder und Jugendliche“ (Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 21 Jahre) oder „Fachpsychotherapeut\*in für Neuropsychologische Psychotherapie“ (Behandlung von Patient\*innen aller Altersgruppen mit Hirnverletzungen und -erkrankungen). Fachpsychotherapeut\*innen können die gesamte Breite psychischer Erkrankungen in ihrem Fachgebiet behandeln. Mit der Gebietsbezeichnung „Fachpsychotherapeutin/Fachpsychotherapeut“ können Patient\*innen künftig eindeutig zwischen Psychotherapeut\*innen mit und ohne Weiterbildung unterscheiden und den Unterschied zu ärztlichen Psychotherapeut\*innen erkennen, die diese Bezeichnung in ihrem Facharztstitel oder in Ergänzung zu ihrer Facharztbezeichnung führen. Mit der Anerkennung der Gebietsbezeichnungen nach abgeschlossener Weiterbildung durch die Landespsychotherapeutenkammer ist die öffentliche Ankündigung der Bezeichnung auf dem Praxisschild, auf der Homepage, auf Visitenkarten oder Briefköpfen etc. und ein Eintrag ins Arztregister zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung möglich.

## Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte

Die Weiterbildung wird in Einrichtungen durchgeführt, die dafür von den Landeskammern als Weiterbildungsstätten zugelassen sind. Sie findet unter verantwortlicher Leitung eines\*einer von der Psychotherapeutenkammer dazu befugten Psychotherapeut\*in statt. Die Heilberufe-Kammergesetze schreiben vor, dass die Weiterbildung weisungsabhängig in hauptberuflicher Tätigkeit stattfindet. Daher schließen die Weiterbildungsstätten mit den Weiterbildungssteilnehmer\*innen einen Arbeitsvertrag. Der\*Die Weiterbildungsbefugte ist für die Organisation und die gesamte ordnungsgemäße fachliche Durchführung des jeweils von ihr verantworteten Weiterbildungsabschnitts zuständig. Er\*Sie ist damit der\*die wichtigste Ansprechpartner\*in für die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung. Die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis durch die Psychotherapeutenkammer setzt die fachliche und persönliche Eignung der antragstellenden Psychotherapeut\*in voraus. Befugt werden können Psychotherapeut\*innen, die eine entsprechende Gebiets- oder Zusatzbezeichnung führen, sowie Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, die über vergleichbare Qualifikationen verfügen. Aufgabe der Weiterbildungsbefugten ist es, die Weiterbildung durchzuführen, persönlich zu leiten und nach Maßgabe der Weiterbildungsordnungen zu gestalten. Sie tragen damit die Verantwortung für die ordnungsgemäße Weiterbildung. Dabei sind Weiterbildungsbefugte berechtigt, für einzelne Weiterbildungsinhalte Dozent\*innen und Supervisor\*innen hinzuzuziehen. Selbsterfahrungsleiter\*innen müssen in jedem Fall hinzugezogen werden, weil Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung zu den Weiterbildungsbefugten in einem dienstlichen und die Weiterbildung betreffenden Abhängigkeitsverhältnis stehen. Ein solches Abhängigkeitsverhältnis lassen weder die Berufsordnungen noch die Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeut\*innen zu. Die Weiterbil-

dungsstätte ist verpflichtet, die in der jeweiligen Weiterbildungsordnung gestellten zeitlichen, inhaltlichen, personellen und materiellen Anforderungen zu erfüllen. Dazu gehören die theoretischen und praktischen Teile der Weiterbildung. Weiterbildungsstätten benötigen dafür mindestens eine\*n Weiterbildungsbefugte\*n. Da nicht jede potenzielle Weiterbildungsstätte für den von ihr beantragten Weiterbildungsabschnitt jeder der in der Weiterbildungsordnung genannten inhaltlichen, personellen und materiellen Anforderungen für die Zulassung vollständig erfüllen kann, kann sie mit anderen Weiterbildungsstätten, anderen geeigneten Einrichtungen oder Personen kooperieren. Soll die Theorie, die Selbsterfahrung sowie die Supervision in die gesamte Weiterbildung oder in die jeweiligen Weiterbildungsabschnitte integriert werden, können Weiterbildungsstätten dazu auch eine Kooperation mit einem Weiterbildungsinstitut eingehen. Weiterbildungsinstitute sind Weiterbildungsstätten, die neben der psychotherapeutischen Behandlung weiterbildungsstättenübergreifend Theorie, Selbsterfahrung und Supervision durchführen.

## Weiterbildung in Berufstätigkeit und angemessenes Einkommen

Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung arbeiten hauptberuflich. Sie erhalten von ihrem\*ihrer Arbeitgeber\*in einen Anstellungsvertrag und sind damit sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung sind vorgeschriebene Bestandteile der hauptberuflichen Tätigkeit und gehören deshalb zur bezahlten Arbeitszeit. Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung haben Anspruch auf ein Gehalt, das für Angehörige eines approbierten Heilberufs angemessen ist. Anders als die bisherigen Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (PiA) durchlaufen die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung also kein Praktikum mehr. Das haben sie bereits im Studium im Rahmen berufspraktischer Tätigkeiten absolviert (Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 2020). In der Weiterbildung werden bereits im Studium erworbene berufliche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in Ausübung einer Berufstätigkeit vertieft und erweitert. Webfehler der bisherigen Ausbildung mit den von den PiA zu tragenden Ausbildungsgebühren, der völlig unzureichenden Vergütung ihrer Tätigkeiten und der fehlenden sozialrechtlichen Absicherung wurden durch die Weiterbildung behoben.

## Weiterbildungsabschnitte

Die Weiterbildung erfolgt in verschiedenen Tätigkeitsbereichen von Psychotherapeut\*innen. Dadurch sollen sie das gesamte Kompetenzprofil des Berufs kennenlernen. Obligatorisch ist ein Weiterbildungsabschnitt im stationären und ambulanten Versorgungsbereich. Optional kann zusätzlich auch ein Weiterbildungsabschnitt im institutionellen Bereich absolviert werden. Die stationäre Versorgung umfasst insbesondere (teil-)stationäre Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Neurologie sowie Suchtrehabilitation. Zur ambulanten Versorgung gehören insbesondere Weiterbildungs- und Hochschulambulanz sowie Praxen. Zum institutionellen Bereich werden insbesondere Einrichtungen der Jugendhilfe, Organmedizin, somatischen Rehabilitation, des Justiz- und

Maßregelvollzugs, der Suchthilfe, der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie, der Sozialpädiatrie, der Gemeindepsychiatrie, der Jugendhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie psychosoziale Fachberatungsstellen und -dienste gezählt.

### Dauer der Weiterbildung

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens fünf Jahre, davon mindestens zwei Jahre in der ambulanten und zwei Jahre in der stationären Versorgung. Wer künftig als „Fachpsychotherapeut\*in für Neuropsychologische Psychotherapie“ arbeiten möchte, muss mindestens zwei Jahre in der ambulanten Versorgung, ein Jahr in stationären oder teilstationären Einrichtungen sowie mindestens ein Jahr in multidisziplinär arbeitenden Einrichtungen tätig gewesen sein. In allen Gebieten können bis zu zwölf Monate in weiteren institutionellen Versorgungsbereichen absolviert werden, wenn dort in der Weiterbildungsordnung geregelte Kompetenzen des Fachpsychotherapeutenstandards im Gebiet erworben werden.

### Vollzeit und Teilzeit

Die Weiterbildung erfolgt hauptberuflich, d. h., sie muss grundsätzlich den überwiegenden Teil der Arbeitszeit beanspruchen. Sie kann auch in Teilzeit absolviert werden. Dadurch ist es möglich, z. B. gleichzeitig an einer ambulanten oder einer stationären Weiterbildungsstätte beschäftigt zu sein oder neben der Weiterbildung Familien- und Sorgearbeit zu leisten oder sich wissenschaftlich weiterzuqualifizieren. Um sicherzustellen, dass die Inhalte der Weiterbildung vollständig erworben werden, verlängert sich die Weiterbildungszeit je nach Umfang der Teilzeit. Um darüber hinaus zu gewährleisten, dass die Weiterbildung den hohen Qualitätsansprüchen genügt und die Anforderungen an die Hauptberuflichkeit erfüllt, muss die Teilzeittätigkeit in der stationären und institutionellen Weiterbildung mindestens die Hälfte der üblichen Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit und in der ambulanten Weiterbildung mindestens ein Viertel der üblichen Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit betragen. Hier kann es aufgrund unterschiedlicher Vorgaben der Heilberufe-Kammergesetze der Länder Abweichungen in den Weiterbildungsordnungen der Landeskammern geben.

### Unterbrechung der Weiterbildung

Muss die Weiterbildung zum Beispiel aufgrund von Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit oder Sonderurlaub unterbrochen werden, kann diese Unterbrechung bis zu einer Dauer von sechs Wochen innerhalb von zwölf Monaten im Kalenderjahr auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden. Darüber hinausgehende Unterbrechungen müssen nachgeholt werden.

### Psychotherapeutische Verfahren

Wer als „Fachpsychotherapeut\*in für Erwachsene“ oder als „Fachpsychotherapeut\*in für Kinder und Jugendliche“ arbeiten möchte, ist verpflichtet,

mindestens eines der vier wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie zu erlernen. Nur diese Verfahren können mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Dabei ist die Fachkunde in diesen Verfahren grundsätzlich mit einer Qualifizierung in Gruppenpsychotherapie verbunden. Die Weiterbildung in Neuropsychologischer Psychotherapie beinhaltet keine Qualifizierung in einem Psychotherapieverfahren, sondern den Kompetenzerwerb in ausgewählten Methoden und Techniken der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Damit sollen korrespondierende psychische Erkrankungen infolge verletzungs- oder erkrankungsbedingt beeinträchtigter Hirnfunktionen behandelt werden.

### Weitere Spezialisierungen

Aufbauend auf einer Gebietsweiterbildung kann ein weiterer Kompetenzerwerb in Weiterbildungsbereichen erfolgen. Dazu gehören das Erlernen weiterer Psychotherapieverfahren oder Spezialisierungen in „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“, in „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ oder in „Sozialmedizin“. Mit diesen Spezialisierungen kann bereits während der Weiterbildung in einem Fachgebiet begonnen werden. Bereichsweiterbildungen führen zu einer Zusatzbezeichnung. Sowohl in Gebieten als auch in Bereichen können mehrere Weiterbildungen absolviert werden. Um eine inhaltliche Überschneidung der Weiterbildungsinhalte zu vermeiden, können dabei Weiterbildungszeiten angerechnet werden und sich dadurch Weiterbildungszeiten verkürzen.

### Abschluss der Weiterbildung und Anerkennung der Bezeichnungen

Alle gelernten Weiterbildungsinhalte und absolvierten Weiterbildungszeiten werden in einem „Logbuch“ dokumentiert und durch Zeugnisse und Nachweise belegt. Die Prüfung zum Abschluss der Weiterbildung erfolgt auf Antrag bei einer Landespsychotherapeutenkammer. Sie ist mündlich und soll mindestens 30 Minuten dauern. Wird eine Weiterbildung nicht erfolgreich abgeschlossen, kann die Weiterbildungszeit ggf. verlängert werden. Die mündliche Prüfung kann mehrmals wiederholt werden. Nach bestandener Prüfung spricht die Landespsychotherapeutenkammer die Anerkennung zum Führen der Weiterbildungsbezeichnungen aus und stellt eine Urkunde als Nachweis z. B. für den Eintrag in das Arztregister aus.

### Weiterbildung im Ausland

Weiterbildungen aus dem Ausland können in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen anerkannt werden. Die diesbezüglichen Voraussetzungen regeln die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern auf der Grundlage ihrer Heilberufe-Kammergesetze.

## Umsetzung der Weiterbildungsordnungen in die Praxis – Pionierarbeit für die Profession

Vom Beschluss der Ausbildungsreform durch den Gesetzgeber 2019 hat es nur drei Jahre gedauert, bis die ersten neu approbierten Psychotherapeut\*innen eine Weiterbildungsstelle gesucht haben. Um auf Grundlage der verabschiedeten

MWBO und der Weiterbildungsordnungen der Landeskammern angemessene und transparente Vorgaben für die Umsetzung der Weiterbildung in die Praxis zu schaffen, wurde von der BPTK gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern 2021 ein neues Projekt aufgesetzt, das Projekt „Umsetzung der MWBO“.

Ziel war es, 2023 erste Weiterbildungsplätze anbieten zu können und ab Mitte des Jahrzehnts Kapazitäten für jährlich

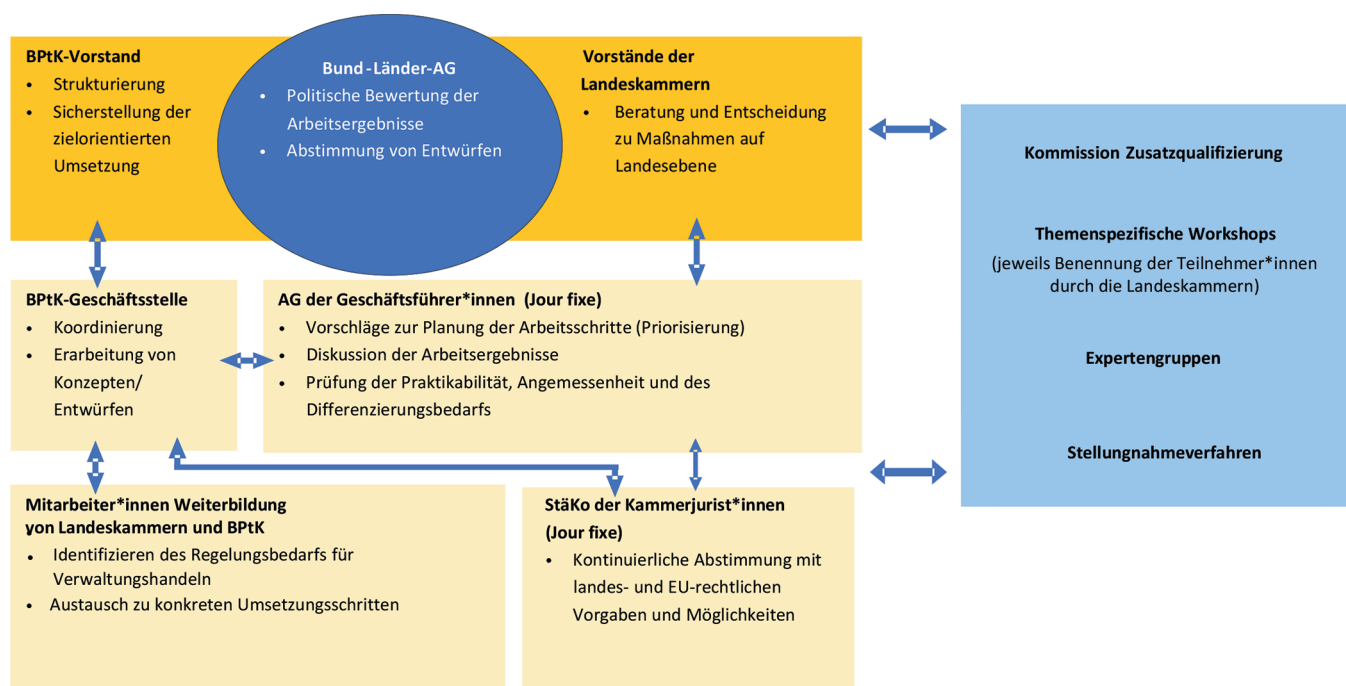


Abbildung 3: Beteiligte des BPTK-Projekts „Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung“

ca. 2.500 Neuapprobierte zu schaffen. Unter hohem zeitlichem Druck entwickelte das Ehren- und Hauptamt der Kammern in diesem Projekt Richtlinien und Empfehlungen für die Konkretisierung der MWBO (s. Abbildung 3). In die Entwicklung dieser Richtlinien ist sehr viel Sachverstand eingeflossen aus dem Länderrat, der Bund-Länder-AG und dem BPTK-Vorstand, aus der AG der Geschäftsführer\*innen, der StäKo der Kammerjurist\*innen und der psychotherapeutischen Fachebene der Landeskammern, aus dem PTI-Ausschuss, der Krankenhauskommission, von Expert\*innen aus den unterschiedlichen Versorgungsbereichen auf Bundes- und Landesebene, der BAG der Trägerverbände der PP- und KJP-Ausbildungen. Nach Kenntnisnahme des 41. DPT verabschiedete der BPTK-Vorstand die Entwürfe im Herbst 2022 und stellte sie den Landeskammern zur Verfügung. Gleichzeitig wurden Informationen erstellt für Studierende und Neuapprobierte sowie potenzielle Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte.

## Muster-Richtlinien

Ein Schwerpunkt des Projektes war die Entwicklung von Muster-Richtlinien, d. h. von detaillierteren Inhalten unterhalb der Ebene der Muster-Weiterbildungsordnung. Diese Muster-Richtlinien dienen dazu, die Regelungen der Muster-Weiterbildungsordnung zu präzisieren und zu operationalisieren. Sie sind Grundlage für Antragsformulare und Entscheidungen der Verwaltung oder zuständiger Gremien und daher eine umfassende Hilfestellung bei der Umsetzung der Weiterbildung in den Ländern. Wichtig bei der Entwicklung war, dass die Vorschläge von den Landeskammern gut untereinander abgestimmt wurden, sodass sie von diesen möglichst unverändert übernommen werden können und ein möglichst bundeseinheitliches Verwaltungshandeln ermöglichen.

Fachgebietsweiterbildungen sind für die Psychotherapeutenkammern Neuland. Deshalb war es eine große Herausforderung, Muster-Richtlinien zu schaffen, die verbindlich genug sind, um bundesweite Vergleichbarkeit zu gewährleisten, und gleichzeitig flexibel genug, die Weiterbildung für die Absolvent\*innen zu ermöglichen und nicht durch zu unflexible und enge Vorgaben zu erschweren oder gar zu verhindern. Der Fokus bei der Erarbeitung der Muster-Richtlinien lag daher darauf, praxistaugliche, aber dennoch rechtlich fundierte Lösungen zu finden, immer mit dem Ziel, die Qualität der Weiterbildung sicherzustellen.

Entwickelt wurden zunächst Muster-Richtlinien zur Zulassung von Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten sowie zu einem Logbuch, in dem die absolvierten Weiterbildungsanforderungen regelmäßig zu dokumentieren sind. In Ergänzung zur Muster-Richtlinie für ein Logbuch wurden unter Mitwirkung der Expertengruppen und der Fachgesellschaften Gegenstandskataloge zu den detaillierten verfahrensspezifischen Fachkenntnissen und Handlungskompetenzen entwickelt. Es ist ein großer Erfolg, dass diese Muster-Richtlinien und Gegenstandskataloge von allen Landeskammern getragen wurden und nach Beratung im DPT im November 2022 vom Vorstand der BPTK beschlossen werden konnten. Die Dokumente können auf der Website der BPTK heruntergeladen werden.<sup>1</sup>

## Logbuch

Das Logbuch dient der strukturierten Dokumentation der erbrachten Weiterbildungsleistungen. Dazu wird der Er-

<sup>1</sup> [www.bptk.de/recht/satzungen-ordnungen](http://www.bptk.de/recht/satzungen-ordnungen)

werb von Kompetenzen oder das Erfüllen von Richtzahlen, wie die der absolvierten Einheiten in Theorie oder Selbsterfahrung, mindestens einmal im Jahr durch die\*den Weiterbildungsbefugte\*n bestätigt. Durch diese regelmäßige Dokumentation der erbrachten Weiterbildungsleistungen sollen spätere Unklarheiten vermieden werden. Dafür muss das Logbuch die zu vermittelnden Kompetenzen und zu leistenden Richtzahlen vollständig enthalten, also eine Art Blaupause für die zu erbringenden Weiterbildungsleistungen darstellen. Das ist umso wichtiger, je differenzierter und vielfältiger die Mindestanforderungen hinsichtlich Kompetenzen und Richtzahlen ausgestaltet sind.

Aus der Dokumentation im Logbuch erkennen die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung und die Weiterbildungsbefugten, welche Weiterbildungsinhalte und -leistungen bereits erworben bzw. erbracht wurden und was noch zu erlernen oder zu erbringen ist. Bei einem Wechsel der Weiterbildungsstätte kann darüber hinaus bereits im Bewerbungsgespräch geklärt werden, welche noch fehlenden Inhalte an der neuen Weiterbildungsstätte vermittelt werden sollten. Dadurch werden die Anforderungen der Muster-Weiterbildungsordnung für alle Beteiligten „handhabbar“ gemacht. Das Logbuch dient zugleich am Ende der Weiterbildung beim Antrag auf Zulassung zur Prüfung als Nachweis gegenüber der Kammer, dass alle erforderlichen Weiterbildungsleistungen erfüllt wurden.

Die Muster-Weiterbildungsordnung der Psychotherapeut\*innen ist vergleichsweise sehr komplex mit jeweils unterschiedlichen Mindestanforderungen, z. B. für die ambulante und stationäre Weiterbildung, für das vertiefte Psychotherapieverfahren und dort differenziert nach Einzel- oder Gruppenbehandlungen. Die Dokumentation der Weiterbildung in Papierform für jede\*n Psychotherapeut\*in in Weiterbildung ist eine Blattsammlung mit einer mittleren zweistelligen Seitenzahl. Für eine bessere Handhabbarkeit haben die meisten Landeskammern gemeinsam mit der BPTK ein Projekt zur Entwicklung eines digitalen bzw. elektronischen Logbuchs (eLogbuch) gestartet. Ein eLogbuch ermöglicht z. B. eine anschauliche Darstellung der noch zu erbringenden Weiterbildungsleistungen. Zudem würde die Digitalisierung des Logbuches mit den dahinterliegenden Informationen über die jeweils aktuellen Weiterbildungsordnungen und erteilten Befugnisse eine Vereinfachung von Verwaltungsprozessen bedeuten. So kann automatisiert geprüft werden, ob diejenigen, die eine Weiterbildungsleistung bestätigen, zu diesem Zeitpunkt auch tatsächlich befugt sind. Das gilt insbesondere auch bei Mobilität der Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung über Kammergrenzen hinweg. Es wäre ein erheblicher Aufwand, wenn z. B. Befugnisse von Psychotherapeut\*innen nachträglich durch die prüfende Kammer bei einer anderen Kammer abzufragen wären. Von einem gemeinsamen eLogbuch versprechen sich die Kammern daher eine höhere Transparenz der Anforderung der Weiterbildungsordnungen für Psychotherapeut\*innen und Weiterbildungsbefugte, eine Vereinfachung von Verwaltungsprozessen und eine Erleich-

terung der Mobilität der Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung über Kammergrenzen hinweg. Aktuell werden dazu die Details für ein Bieterverfahren abgestimmt. Ziel ist, dass das eLogbuch den Anwender\*innen 2024 zur Verfügung stehen wird.

## Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Umsetzung

Muster-Richtlinien sind im Prozess der Umsetzung der Weiterbildung in die Praxis von zentraler Bedeutung, um die Landeskammern bei der Etablierung der komplett neuen Qualifizierungsstruktur zu unterstützen. Es geht darum, das lokale Handeln so gut abzustimmen, dass eine verlässliche, umsetzbare bundesweite Praxis entsteht und dabei zugleich die erforderliche Qualität der Weiterbildung zu sichern. Erst durch die Umsetzung der Muster-Richtlinien in den Landeskammern wird sichergestellt, dass die Verwaltungen möglichst einheitlich handeln. Eine möglichst einheitliche Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung in den Landeskammern ist aus mehreren Gründen von großer Bedeutung. So ist z. B. die Anrechnung von Weiterbildungszeiten, erworbenen Kompetenzen und erfüllter Richtzahlen bei einer noch nicht abgeschlossenen Weiterbildung und einem Wechsel in ein anderes Bundesland kein Automatismus. Es entscheidet immer die „neue“ Kammer auf Grundlage ihrer eigenen Weiterbildungsordnung, ob vorher erbrachte Weiterbildungsleistungen vollständig oder teilweise angerechnet werden oder nicht. Nur durch weitgehend bundeseinheitliche Regelungen in den Landeskammern kann sichergestellt werden, dass bei Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung nach einem Wechsel der Kammer auch die bereits abgeleisteten Weiterbildungsleistungen vollständig anerkannt werden können und damit eine bundesweite Mobilität der Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung gewährleistet ist.

Darüber hinaus haben einheitliche weiterbildungsrechtliche Regelungen und Bezeichnungen erhebliche Bedeutung, weil sie an vielen Stellen als Anknüpfungspunkt für sozialrechtliche Regelungen auf Bundesebene dienen. Insbesondere ist zu erwarten, dass z. B. die Neufassung der Psychotherapievereinbarung bezüglich der Abrechnungsgenehmigungen an weiterbildungsrechtlichen Bezeichnungen anknüpfen wird. Die Unterschiede der mit den Weiterbildungsbezeichnungen verbundenen Anforderungen dürfen deshalb nicht zu groß werden, damit die Definitionshoheit für sozialrechtliche Regelungen nicht an andere abgegeben wird, sondern in den Händen der Profession verbleibt. Nicht zuletzt ist es enorm wichtig, dass über Bundeslandgrenzen hinweg eine unbürokratische Weiterbildung für alle Weiterbildungsbeteiligten möglich ist.

## Umsetzung der Ausbildungsreform als lernendes System

Die Kammern betreten mit den Gebietsweiterbildungen Neuland. Deshalb braucht es zu Beginn Flexibilität bei der

Umsetzung. Für die Regelung und Durchführung wurde den Kammern zudem nicht viel Zeit gegeben. Bereits drei Jahre nach Beschluss der Ausbildungsreform wurden für die ersten Neuapprobierten Weiterbildungsstellen gebraucht. Daher wird sicher am Anfang noch nicht alles perfekt sein und manches, was am „grünen Tisch“ überlegt und geplant wurde, wird in der Praxis vielleicht nicht immer genau so funktionieren. Die Umsetzung der Weiterbildung muss daher als ein lernendes System verstanden werden. Dazu haben BPtK und Landeskammern ein Umsetzungsmonitoring eingerichtet. Darüber kann die Praktikabilität der verabschiedeten Regelungen und Vorschriften geprüft werden, nah dran an den Weiterbildungsstätten, Weiterbildungsbefugten und Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung vor Ort. Als lernendes System werden die Beobachtungen fortlaufend ausgewertet, um Nachbesserungs- und Ergänzungsbedarf zu identifizieren. Gemeinsam wird die Profession dann ggf. Details in der Muster-Weiterbildungsordnung und den Muster-Richtlinien nachjustieren müssen. Darüber hinaus wird im Rahmen einer Evaluation geprüft werden, wie die Reformziele durch die getroffenen Regelungen erreicht werden.

## Hohe Leistungsfähigkeit des Kammer-systems

Schon bei der Entwicklung des Konzeptes für die Reform der Psychotherapeutenausbildung war klar, wie groß die Aufgabe sein wird, die Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen kammerseitig umzusetzen. Klar war aber auch, wie wichtig es ist, dass dies gemeinsam und abgestimmt getan wird. Inzwischen ist in der Mehrzahl der Landeskammern auf Grundlage der Muster-Weiterbildungsordnung eine Weiterbildungsordnung in Kraft getreten, und anhand der gemeinsam erarbeiteten Muster-Richtlinien können dort Weiterbildungsstätten und -befugte zugelassen und Weiterbildungen in den Ländern begonnen werden. Die Landeskammern und die BPtK haben damit in Abstimmung mit der gesamten Profession nicht nur wesentlich zur Gestaltung des neuen Studiums beigetragen, sondern auch kammerseitige Voraussetzungen für die neue Weiterbildung geschaffen. Trotz föderaler Zuständigkeiten mit Heilberufsgesetzen und Weiterbildungsordnungen wurde dabei eine große Einheitlichkeit erreicht. Damit hat das Kammer-system seine Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

Mit der Verantwortung für eine Gebietsweiterbildung steht das Kammer-system zugleich vor stark wachsenden operativen Aufgaben. Mit der Zulassung von Weiterbildungsstätten und -befugten oder der Anerkennung von Weiterbildungsleistungen wird es in deutlich größerem Umfang Verwaltungsaufgaben geben. Dafür werden die Kammern bei zunehmendem Fachkräftemangel neue Mitarbeitende gewinnen, aber

auch die Chancen der Digitalisierung nutzen müssen. Nicht alle Kammern stehen dabei vor denselben Problemen. Kleine Kammern sind mit anderen Problemlagen konfrontiert als mittelgroße und mittelgroße mit anderen als große. Aber

— Die Umsetzung der neuen Weiterbildung liegt weitgehend in der Verantwortung der Psychotherapeutenschaft. Jetzt gilt es, auf der Grundlage der beschlossenen Regelungen Pionierarbeit bei der Umsetzung zu leisten, um ausreichende Weiterbildungsstellen zu schaffen.

auch hier wird eine Lösung darin bestehen, diese Probleme *gemeinsam* anzugehen.

## Umsetzung der Weiterbildung: Chancen und Herausforderungen

Die Umsetzung der neuen Weiterbildung liegt in weiten Teilen in der Verantwortung der Psychotherapeutenschaft. Jetzt gilt es, auf der Grundlage der beschlossenen Regelungen Pionierarbeit bei der Umsetzung zu leisten, um ausreichende Weiterbildungsstellen zu schaffen.

## Verantwortung und Perspektiven für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung wird nur erfolgreich sein, wenn sich auch die Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen weiter aktiv daran beteiligen. Nachdem mit den Ordnungen und Richtlinien die formalen Voraussetzungen geschaffen wurden, braucht die Profession jetzt Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, die sich in ihrem Zuständigkeitsbereich dafür einsetzen, dass ihre Einrichtungen Weiterbildungsstätten werden, und die sich mit ihrer Fachkompetenz und Berufserfahrung verantwortlich in die Weiterbildung der Psychotherapeut\*innen einbringen. Das kann damit verbunden sein, Leitungsfunktionen zu übernehmen und auch entsprechend vergütet zu werden. In vielen Einrichtungen werden PP oder KJP dafür aber ggf. zunächst auch in Vorleistung treten müssen. Auch solcher Pioniergeist wird bei der Umsetzung der Weiterbildung gebraucht.

Darüber hinaus werden Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen von den intensiven fachlichen Diskursen bei der Entwicklung der Muster-Weiterbildungsordnung für Psycho-

therapeut\*innen profitieren. Der DPT hat dazu den Auftrag erteilt, die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen auf Grundlage der neuen Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen zu überarbeiten. Im Ergebnis werden sich auch Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen künftig im Rahmen von Bereichsweiterbildungen neben der Systemischen Therapie auch für die Analytische Psychotherapie, die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie weiterqualifizieren können.

## Vielfalt psychotherapeutischer Tätigkeitsfelder

Ein wichtiges Reformziel war, in der Weiterbildung auch die Vielfalt psychotherapeutischer Tätigkeitsfelder abzubilden. Dazu gehört, dass Psychotherapeut\*innen auch künftig umfassend für eine Tätigkeit im Gesundheitswesen qualifiziert werden. Anders als in der heutigen Ausbildung wird die Gebietsweiterbildung dabei gleichwertig auch für die stationäre psychotherapeutische Versorgung qualifizieren. Psychotherapeut\*innen sollen in Zukunft auch für Tätigkeiten außerhalb der Krankenbehandlung qualifiziert werden. Dazu gehören z. B. die Jugendhilfe, gemeindepsychiatrische Dienste und die Suchthilfe. Für diese Bereiche hat die BPTK eine eigene Taskforce eingerichtet, die daran arbeitet, wie die spezifischen Strukturen und Anforderungen der psychotherapeutischen Weiterbildung in diesen Einrichtungen etabliert werden können.

## Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Sorgearbeit

Optionen für eine Weiterbildung in Teilzeit sollen die Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Berufsausübung verbessern. Die Muster-Weiterbildungsordnung schafft hier Freiräume, die die Heilberufsgesetze (noch) nicht allen Landeskammern bei der Regelung ihrer Weiterbildungsordnung gewähren. Hier braucht es z. T. noch Überzeugungsarbeit, damit rechtliche Rahmenvorgaben neue Lebenswirklichkeiten abbilden.

Teilzeitmodelle sind auch notwendig, damit Weiterbildung und wissenschaftliche Qualifizierung möglich sind. Psychotherapie braucht den wissenschaftlichen Fortschritt. Jene Berufsangehörige, die sich für eine wissenschaftliche Qualifizierung interessieren, sollten dies mit einer Weiterbildung zum\*zur Psychotherapeut\*in vereinbaren können. Auch dafür müssen die Spielräume der Muster-Weiterbildungsordnung in allen Ländern genutzt werden können.

## Finanzierung der Weiterbildung

Für das Erreichen aller Reformziele fehlen bisher gesetzliche Regelungen für eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung. Psychotherapeut\*innen haben in allen Phasen der

Weiterbildung einen Anspruch auf ein angemessenes Gehalt. Die Profession ist sich einig, dass ein Gehalt nur angemessen ist, wenn es ein abgeschlossenes Universitätsstudium und zusätzlich die Approbation berücksichtigt. Dies muss bei der Anpassung von Tarifverträgen infolge der Ausbildungsreform berücksichtigt werden. Darüber hinaus dürfen die Kosten für Theorie, Supervision und Selbsterfahrung nicht den Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung in Rechnung gestellt werden. Diese Inhalte der Weiterbildung sind Bestandteil der hauptberuflichen Tätigkeit.

Die Heilberufe-Kammergesetze der Länder erfordern, dass die gesamte Weiterbildung in hauptberuflicher Tätigkeit und mit einem angemessenen Gehalt erfolgt. Die ambulante Weiterbildung ist ein Pflichtteil der psychotherapeutischen Weiterbildung. In den Praxen und Weiterbildungsambulanzen kann Weiterbildungsteilnehmer\*innen jedoch kein angemessenes Gehalt gezahlt werden. Die Einnahmen der Weiterbildungsstätten aus den vergüteten Versorgungsleistungen decken die Kosten der Weiterbildung und eines solchen Gehaltes jedoch nicht. Deshalb muss zusätzlich zur Leistungsvergütung eine Förderung gesetzlich geregelt werden. In den Kliniken fehlen in der Übergangszeit, in der die bisherige psychotherapeutische Ausbildung ausläuft und parallel die psychotherapeutische Weiterbildung begonnen hat, Personalstellen für Weiterbildungsteilnehmer\*innen. Im institutionellen Bereich wird es ebenfalls einen Finanzierungsbedarf geben. Dafür sind aufgrund der Breite des Feldes noch spezifische Finanzierungskonzepte zu entwickeln.

Der Handlungsbedarf ist dringend. Die Psychotherapeuten-schaft hat dazu konkrete gesetzliche Regelungen für die ambulante und stationäre Weiterbildung konsentiert. Im März hat sie den Bundesgesundheitsminister in einem gemeinsamen Brief aufgefordert, sich der finanziellen Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung anzunehmen und gesetzliche Regelungen im Rahmen der geplanten Versorgungsgesetze vorzunehmen. In einer von der BPTK koordinierten konzertierten Aktion fordert die Profession den Gesetzgeber darüber hinaus seit Anfang 2023 geschlossen zum Handeln auf.

## Literatur

Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO)(2020), Verfügbar unter: [www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/BJNR044800020.html](http://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/BJNR044800020.html) (29.03.2023).

Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (PsychThG) (2019). Verfügbar unter: [www.gesetze-im-internet.de/psychthg\\_2020/BJNR160410019.html](http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html) (29.03.2023).

Munz, D., Gott-Klein, N. & Klein-Heßling, J. (2020). Die Reform der Psychotherapeutenausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 19, 138–148.

Muster-Weiterbildungsordnung Psychotherapeut\*innen (2022). Verfügbar unter: [www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/Muster-Weiterbildungsordnung\\_Psychotherapeut\\_innen-der-BPTK.pdf](http://www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPTK.pdf) (29.03.2023).



**Dr. Dietrich Munz**

**Korrespondenzanschrift:**  
Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
munz@bptk.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Dipl.-Phys. Dietrich Munz ist Psychologischer Psychotherapeut. Von 2015 bis Mai 2023 war er Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und seit 2005 ist er Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.



**Alke Seela**

Alke Seela ist juristische Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer. In ihre Zuständigkeit fallen die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung (Foto: RAMAN-Fotos).



**Dr. Johannes Klein-Heßling**

Dr. phil. Dipl.-Psych. Johannes Klein-Heßling ist wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer. In seine Zuständigkeit fallen die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

# Interview

## Wird ChatGPT auch in der Psychotherapie Einzug halten?

Ein Expert\*inneninterview

Georg W. Alpers im Gespräch mit ChatGPT

Sie haben sicher in der Zeitung gelesen, dass es jetzt eine Software gebe, die perfekte Texte schreiben könne. Lehrer\*innen und Professor\*innen sorgten sich jetzt, wie man gewährleisten könne, dass Hausarbeiten von dem\*der Autor\*in selbst verfasst wurden. Auch in der Psychotherapeutenschaft beginnt eine Diskussion über Potentiale und Risiken. Eine Probe aufs Exempel: Das Psychotherapeutenjournal lädt zum Interview.

### Georg W. Alpers: Kennst du dich aus mit Klinischer Psychologie und Psychotherapie?

**ChatGPT:** Ja, ich habe Kenntnisse über klinische Psychologie und Psychotherapie. Klinische Psychologie befasst sich mit der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen, während Psychotherapie eine Art der Behandlung ist, die darauf abzielt, psychische Probleme durch Gespräche mit einem professionellen Therapeuten zu lösen.

Es gibt viele verschiedene Ansätze und Techniken in der Psychotherapie, einschließlich kognitiver Verhaltenstherapie, Psychodynamischer Therapie, Humanistischer Therapie und Familientherapie. Jeder Ansatz hat seine eigenen Methoden und Techniken, um den Menschen dabei zu helfen, ihre psychischen Probleme zu bewältigen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Ich kann jedoch keine Diagnosen stellen oder Psychotherapie anbieten, da ich nur ein Computerprogramm bin. Wenn Sie spezifische Fragen oder Interessen haben, kann ich jedoch versuchen, Ihnen zu helfen, indem ich relevante Informationen und Ressourcen bereitstelle.

### Welche Potentiale siehst du für AI in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie?

Es gibt verschiedene Potenziale, die AI in der klinischen Psychologie und Psychotherapie bietet. Hier sind einige Beispiele:

1. *Automatisierte Diagnose:* AI könnte genutzt werden, um die Diagnose von psychischen Störungen und Erkrankungen zu unterstützen. Mithilfe von Machine-Learning-Technologien könnte AI auf der Grundlage von Patientendaten und Symptomen genaue Diagnosen stellen und den Prozess der Diagnosestellung beschleunigen.

2. *Personalisierte Therapie:* AI könnte auch verwendet werden, um personalisierte Therapien für einzelne Patienten zu entwickeln. Durch die Analyse von Patientendaten und Symptomen könnte AI die am besten geeignete Therapieform identifizieren und individualisierte Behandlungspläne erstellen, die den Bedürfnissen jedes Patienten entsprechen.

3. *Verbesserung der Therapiequalität:* AI könnte auch dazu beitragen, die Qualität der Psychotherapie zu verbessern. Mithilfe von Natural Language Processing (NLP) könnte AI den Therapeuten dabei helfen, Gespräche mit Patienten effektiver zu führen und wichtige Informationen zu identifizieren, die möglicherweise übersehen wurden.

4. *Früherkennung von psychischen Erkrankungen:* AI könnte auch dazu beitragen, psychische Erkrankungen früher zu erkennen. Mithilfe von Machine-Learning-Algorithmen könnte AI auf der Grundlage von Patientendaten und Symptomen Frühwarnsignale für psychische Erkrankungen identifizieren, die Ärzte und Therapeuten frühzeitig aufmerksam machen können.

5. *Teletherapie:* Schließlich könnte AI auch die Teletherapie verbessern, indem es die Entwicklung von Virtual-Reality- und Chatbot-Technologien unterstützt, die es Patienten ermöglichen, von zu Hause aus therapeutische Interventionen zu erhalten.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Anwendung von AI in der klinischen Psychologie und Psychotherapie mit einigen Herausforderungen verbunden ist, wie z. B. Datenschutzbedenken und ethische Fragen. Es wird daher entscheidend sein, dass die Verwendung von AI in der Psychotherapie sorgfältig reguliert und überwacht wird, um sicherzustellen, dass die Rechte und Privatsphäre der Patienten geschützt sind und dass die Technologie dazu beiträgt, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

**Danke für die Bereitschaft zu diesem Gespräch. Bitte stelle dich in zwei bis drei Sätzen kurz vor.**



Gerne! Ich bin ChatGPT, ein virtueller Assistent, der von OpenAI entwickelt wurde, um Benutzern auf der ganzen Welt bei der Beantwortung von Fragen und der Bereitstellung von Informationen zu verschiedenen Themen zu helfen. Ich verfüge über ein breites Wissen in vielen Bereichen und stehe jederzeit zur Verfügung, um zu helfen und zu unterstützen.

### **Worauf basieren deine Informationen über die Klinische Psychologie und Psychotherapie?**

Mein Wissen über klinische Psychologie und Psychotherapie basiert auf einer Vielzahl von Quellen, einschließlich wissenschaftlicher Studien, Lehrbüchern, Online-Ressourcen und Gesprächen mit Experten auf diesem Gebiet. Die Informationen, die ich bereitstelle, wurden von einem Team von Forschern und Fachleuten zusammengestellt und regelmäßig aktualisiert, um sicherzustellen, dass sie auf dem neuesten Stand der Forschung und der Praxis sind. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass meine Antworten als Informationsquelle dienen sollen und keine medizinische Beratung oder Diagnosestellung ersetzen sollten.

**Sicher? Dass du dich hier auf Gespräche mit Experten beziehst, wirkt auf mich verdächtig und auch irritierend. Während sich das eigentlich gut anhört, so weiß ich doch, dass die Informationen, auf die sich der Algorithmus bezieht, nicht aktiv in eine Datenbank eingegeben wurden oder gezielt ausgewählt wurden und auch nicht von ausgewiesenen Experten überprüft wurden.**

Sie haben recht, meine Entwickler verwenden verschiedene Quellen, um mein Wissen aufzubauen, einschließlich wissenschaftlicher Studien, Lehrbücher, Online-Ressourcen und anderen Informationsquellen. Die Informationen werden von einem Team von Experten überprüft und aktualisiert, um sicherzustellen, dass sie so genau und aktuell wie möglich sind.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass meine Antworten als Informationsquelle dienen sollen und keine medizinische Beratung oder Diagnosestellung ersetzen sollten. Wenn Sie spezifische Fragen zu klinischer Psychologie und Psychotherapie haben oder medizinische Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an einen qualifizierten Fachmann oder eine Fachfrau.

**Jetzt muss ich nochmal nachhaken: Auf welche Experten beziehst du dich hier? Experten, die Informationen in elektronischen Publikationen zusammengetragen haben? Oder sagst du wirklich, dass die Informationen, die du in diesem Chat anbietest, von Experten überprüft werden? Ich finde, Transparenz wäre hier sehr wichtig.**

Entschuldigung für die Unklarheit in meiner vorherigen Antwort. Ich möchte gerne klarstellen, dass die Informationen, auf die ich mich beziehe, von einer Vielzahl von Quellen stammen, einschließlich wissenschaftlicher Studien, Lehrbücher und Online-Ressourcen. Diese Informationen werden von einem Team von Forschern, Datenwissenschaftlern und Entwicklern zusammengetragen, überprüft und aktualisiert, um sicherzustellen, dass sie so genau und aktuell wie möglich sind.

Mein Team von Experten besteht aus verschiedenen Fachleuten, die über Erfahrung und Kenntnisse in verschiedenen Bereichen verfügen, einschließlich klinischer Psychologie und Psychotherapie. Sie arbeiten eng mit meinem Entwickler-

„Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass meine Antworten als Informationsquelle dienen sollen und keine medizinische Beratung oder Diagnosestellung ersetzen sollten.“

team zusammen, um sicherzustellen, dass die von mir bereitgestellten Antworten so genau und nützlich wie möglich sind.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass meine Antworten als Informationsquelle dienen sollen und keine medizinische Beratung oder Diagnosestellung ersetzen sollten. Wenn Sie spezifische Fragen zu klinischer Psychologie und Psychotherapie haben oder medizinische Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an einen qualifizierten Fachmann oder eine Fachfrau.

**Da habe ich nochmal nach, bevor wir das Thema wechseln. Wer sind die Experten für Psychologie in deinem Team? Bitte antworte möglichst knapp und präzise. Es ist nicht nötig, den Disclaimer zu Diagnosestellungen etc. nochmal zu wiederholen, das haben wir verstanden und werden es berücksichtigen.**

Mein Team von Experten für klinische Psychologie und Psychotherapie besteht aus Fachleuten mit verschiedenen Hintergründen und Erfahrungen in diesem Bereich, einschließlich lizenzierter Therapeuten, Forschern und Lehrern mit akademischem Hintergrund in Psychologie.

**Wärst du bereit, die auch namentlich zu benennen? Wie gesagt, da kommt es ja auf Transparenz gegenüber den Nutzern an.**

Ich entschuldige mich für die Verwirrung. Ich habe mich unklar ausgedrückt. Als virtueller Assistent verfüge ich nicht über eine Liste von Namen von Experten in meinem Team, da ich ein künstlich intelligentes System bin. Stattdessen werden die Informationen und Antworten, die ich bereitstelle, von einem Team von Forschern, Entwicklern und Fachleuten zusammengestellt, überprüft und aktualisiert, um sicherzustellen, dass sie so genau und nützlich wie möglich sind.

Ich möchte jedoch betonen, dass die Qualität und Genauigkeit der Informationen, die ich bereitstelle, für mein Entwicklerteam und für OpenAI von höchster Bedeutung sind. Wir setzen uns dafür ein, sicherzustellen, dass unsere Informationen auf vertrauenswürdigen Quellen basieren und von Experten geprüft werden, um sicherzustellen, dass sie so genau und nützlich wie möglich sind.

**Jetzt also nochmal ein Themenwechsel. Welche Risiken siehst du selbst, wenn Menschen mit psychischen Störungen Informationen über ChatGPT suchen?**

Als virtueller Assistent, der auf verschiedene Fragen und Themen antworten kann, einschließlich solcher im Bereich der psychischen Gesundheit, gibt es bestimmte Risiken, die berücksichtigt werden sollten. Einige dieser Risiken können sein:

1. Fehlende persönliche Interaktion: ChatGPT kann zwar eine nützliche Informationsquelle sein, aber es fehlt die persönliche Interaktion mit einem menschlichen Fachmann. Dies kann dazu führen, dass wichtige Aspekte des Kontexts oder der emotionalen Bedürfnisse des Einzelnen übersehen werden.
2. Fehlende Individualisierung: ChatGPT gibt allgemeine Antworten, die für jeden anwendbar sind. Es kann jedoch schwierig sein, spezifische Anforderungen oder individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen, die für die Behandlung von psychischen Störungen unerlässlich sind.
3. Fehlende Kontinuität: ChatGPT ist ein automatisiertes System und kann keine kontinuierliche Betreuung bieten, was für Menschen mit psychischen Störungen von entscheidender Bedeutung sein kann.
4. Datenschutzbedenken: Die Offenlegung sensibler Informationen über ChatGPT kann Datenschutzbedenken aufwerfen, insbesondere wenn die Informationen in einer Datenbank gespeichert werden.

Es ist wichtig zu betonen, dass ChatGPT keine medizinische Beratung oder Diagnosestellung durchführen kann und auch nicht beabsichtigt, eine solche Beratung zu ersetzen. Menschen mit psychischen Störungen sollten bei Bedarf immer einen qualifizierten Fachmann oder eine Fachfrau konsultieren. ChatGPT kann jedoch als nützliche Informationsquelle dienen und helfen, Menschen auf Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen.

**Konkret zu den Datenschutzbedenken nachgefragt: Inwiefern werden denn Informationen, die Nutzer hier eingeben, von OpenAI weiterverwertet? Und wie werden Nutzer darüber informiert?**

Ich verstehe Ihre Besorgnis bezüglich Datenschutzbedenken und möchte betonen, dass OpenAI sich der Bedeutung von Datenschutz und Datensicherheit bewusst ist. OpenAI verpflichtet sich, die höchsten Standards in Bezug auf Daten-

schutz und Datensicherheit einzuhalten, um sicherzustellen, dass die von Nutzern bereitgestellten Informationen sicher und geschützt sind.

ChatGPT wurde jedoch so entwickelt, dass es keine persönlich identifizierbaren Informationen von Nutzern sammelt oder speichert. Die Informationen, die Nutzer in die Plattform eingeben, werden von OpenAI nur vorübergehend zur Bereitstellung von Antworten auf die gestellten Fragen verwendet und danach automatisch gelöscht. OpenAI sammelt keine Informationen von Nutzern, um Werbung zu schalten oder auf andere Weise von Nutzerdaten zu profitieren.

Es ist wichtig zu beachten, dass OpenAI regelmäßig Überprüfungen und Tests durchführt, um sicherzustellen, dass die Datenschutz- und Datensicherheitsrichtlinien eingehalten werden. Darüber hinaus wird Nutzern empfohlen, bei der Nutzung von ChatGPT keine persönlich identifizierbaren Informationen einzugeben, um ihre eigene Sicherheit und Privatsphäre zu schützen.

Ich hoffe, dass ich Ihre Frage beantwortet habe und stehe gerne zur Verfügung, falls Sie weitere Fragen haben.

**Beim Login gab es doch aber einen Hinweis, dass die Entwickler manche Konversationen lesen, um ChatGPT weiterzuentwickeln. Das passt nicht mit der letzten Versicherung der Vertraulichkeit zusammen, oder? Bitte bei der Antwort ganz konkret und knapp bleiben.**

Sie haben recht, während des Logins gibt es einen Hinweis, dass einige Konversationen von menschlichen Mitarbeitern gelesen werden, um ChatGPT weiterzuentwickeln. Dies geschieht jedoch anonymisiert und die Informationen werden nur zur Verbesserung der Qualität und Genauigkeit von ChatGPT verwendet. Die Informationen, die von Nutzern bereitgestellt werden, werden von OpenAI niemals an Dritte weitergegeben oder für kommerzielle Zwecke verwendet. Es ist wichtig zu betonen, dass die Datenschutzrichtlinien von OpenAI sich strikt an internationale Datenschutzstandards halten, um die Privatsphäre und Vertraulichkeit der Nutzer zu schützen.

**Ok. Jetzt nochmal ein Blick in die Zukunft: Siehst du selbst ein Potential dafür, dass ChatGPT oder ähnliche Software unterstützende Gespräche mit anderen Menschen ersetzen oder vielleicht sogar den Beruf des Psychotherapeuten überflüssig machen könnte? Also ein Blick in die fernere Zukunft, aber trotzdem bitte knapp antworten.**

Als virtueller Assistent, der auf verschiedene Fragen und Themen antworten kann, sehe ich AI nicht als Ersatz für den Beruf des Psychotherapeuten. AI-Systeme können jedoch als nützliche Unterstützung für Therapeuten und Patienten dienen, um den Behandlungsprozess zu verbessern und zu ergänzen. Einige Beispiele dafür wären personalisierte Behandlungspläne

ne, Unterstützung bei der Diagnosestellung, Früherkennung von psychischen Störungen und teletherapeutische Interventionen. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass AI-Systeme nicht in der Lage sind, menschliche Emotionen, Empathie und zwischenmenschliche Interaktionen vollständig zu ersetzen, die für die Psychotherapie von entscheidender Bedeutung sind.

**Bist du in der Lage, aus der Art des Schreibens oder den Wörtern, die ein Nutzer verwendet, etwas über den Gemütszustand zu schließen? (Bitte knapp.)**

Als virtueller Assistent kann ich einige sprachliche Muster erkennen und analysieren, um beispielsweise ein allgemeines Verständnis für den Ton oder die Stimmung einer Konversation zu erhalten. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass ChatGPT keine spezifischen Aussagen über den Gemütszustand eines Benutzers machen kann, da dies eine komplexe Angelegenheit ist, die eine ganzheitliche Bewertung des Individuums erfordert. Wenn Sie spezifische Bedenken oder Fragen in Bezug auf Ihren Gemütszustand haben, empfehle ich Ihnen, sich an einen qualifizierten Fachmann oder eine Fachfrau zu wenden.

**Aus unserem bisherigen Gespräch liest du eher Skepsis oder eher Optimismus aus meinen Fragen heraus? (Ich weiß es ja selbst nicht.)**

Als künstlicher Intelligenz-Assistent ist es für mich schwer zu bestimmen, ob Ihre Fragen eher skeptisch oder optimistisch sind, da ich nicht in der Lage bin, menschliche Emotionen und Motivationen vollständig zu interpretieren. Ich versuche, auf Ihre Fragen so objektiv wie möglich zu antworten und gebe keine Wertung oder Beurteilung Ihrer Fragen ab.

**Akzeptiert und transparent, danke. Zuletzt: Wenn ich für dieses Gespräch noch einen knackigen Titel suche, kannst du mir einen vorschlagen? Ich würde mich freuen, wenn es auch etwas humorvoll klingt, weil es ja ungewöhnlich ist, ein Interview mit einem Computer zu führen.**

Wie wäre es mit „Ein Gespräch mit ChatGPT: Einblicke in die Welt der künstlichen Intelligenz und ihre Auswirkungen auf die klinische Psychologie – mit einem Hauch von Humor“.

**Naja, nicht witzig, muss ich leider sagen. Aber noch etwas anderes: Wenn ich Kolleginnen und Kollegen aus der Psychologie befragen würde: Würden die sagen, dass ChatGPT in diesem Gespräch den Turing-Test bestanden hat oder würden die eher den Kopf schütteln? Ich wäre für eine möglichst wenig ausweichende Antwort dankbar. Test bestanden oder nicht?**

Als künstlicher Intelligenz-Assistent werde ich nicht bewertet oder mit dem Turing-Test verglichen, da ich keine menschliche Intelligenz besitze. Der Turing-Test ist ein Test, um zu bestimmen, ob eine Maschine in der Lage ist, menschliches Denken und Verhalten zu imitieren. Obwohl ich in der Lage bin, auf Fragen zu antworten und Informationen bereitzustellen, bin ich kein Ersatz für menschliche Interaktionen oder menschliche Intelligenz. Meine Antworten basieren auf Daten und Algorithmen, die von Menschen entwickelt wurden, und ich bin nicht in der Lage, menschliche Erfahrungen oder Emotionen vollständig zu erfassen oder zu verstehen.

**Wir haben zuvor über ChatGPT und Potentiale für die Psychotherapie gesprochen. Wie würde sich ChatGPT im Vergleich zu ELIZA schlagen, wenn es gilt, wie ein\*e Psychotherapeut\*in zu klingen und professionelle Antworten zu liefern. ELIZA wurde damals ja speziell mit diesem Ziel entwickelt.<sup>1</sup>**

— „Als virtueller Assistent, der auf verschiedene Fragen antworten kann, sehe ich AI nicht als Ersatz für den Beruf des Psychotherapeuten. AI-Systeme können jedoch als nützliche Unterstützung für Therapeuten und Patienten dienen, um den Behandlungsprozess zu verbessern und zu ergänzen.“

Im Vergleich zu ELIZA wäre ChatGPT in der Lage, wesentlich natürlicher und ansprechender auf Patienten zu wirken und bessere professionelle Antworten zu liefern. ELIZA war ein früherer Versuch, eine künstliche Intelligenz (KI) zu entwickeln, die wie ein menschlicher Therapeut klingen sollte, aber ihre Fähigkeiten waren sehr begrenzt. ELIZA verwendete einfache Regeln und vorprogrammierte Antworten, die nur auf bestimmte Schlüsselwörter des Patienten reagierten, und konnte nur sehr begrenzte Gespräche führen.

Im Gegensatz dazu basiert ChatGPT auf einem umfangreichen Trainingskorpus aus menschlichen Gesprächen, was es ihm ermöglicht, auf eine viel breitere Palette von Fragen und Situationen zu reagieren und auf individuelle Bedürfnisse und Vorlieben der Patienten einzugehen. ChatGPT kann auch auf der Grundlage seiner Erfahrungen aus früheren Gesprächen lernen und seine Antworten im Laufe der Zeit verbessern. Darüber hinaus ist ChatGPT in der Lage, menschliche Emotionen zu erkennen und darauf zu reagieren, was für die Psychotherapie von entscheidender Bedeutung ist.

Allerdings gibt es auch einige potenzielle Herausforderungen bei der Verwendung von ChatGPT für die Psychotherapie. Ein wichtiger Faktor ist die Datensicherheit, insbesondere wenn es um die Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten

<sup>1</sup> Diese Frage kam im Reviewprozess auf und wurde ohne den Kontext des Chats am 13. April 2023 mit GPT-3.5 beantwortet.

geht. Darüber hinaus müssen Ärzte und Psychologen darauf achten, dass ChatGPT nicht als Ersatz für eine tatsächliche menschliche Therapie verwendet wird, sondern als eine Ergänzung oder Unterstützung für eine professionelle Behandlung.

**Danke für das Gespräch, vielleicht haben wir in einiger Zeit Gelegenheit, dies zu wiederholen und weitere Entwicklungen zu diskutieren.**

Gerne! Ich freue mich darauf, in der Zukunft wieder mit Ihnen zu sprechen und über weitere Entwicklungen und Trends zu diskutieren. Wenn Sie irgendwelche Fragen oder Themen haben, die Sie gerne diskutieren möchten, stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Bis dahin wünsche ich Ihnen alles Gute!

**Das Interview führte Georg W. Alpers am 8. März 2023. Die Antworten lieferte das ChatGPT-Modell GPT-3; <https://chat.openai.com/chat>.**



**Prof. Dr. Georg W. Alpers**

Universität Mannheim  
Fakultät für Sozialwissenschaften  
L 13, 17  
68313 Mannheim  
[alpers@uni-mannheim.de](mailto:alpers@uni-mannheim.de)

Prof. Dr. Georg W. Alpers hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Biologische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Mannheim inne und leitet die Psychologische Ambulanz am dortigen Otto-Selz-Institut. Er vertritt die Landesuniversitäten in der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

# „Faire Arbeitsbedingungen für die Übernahme verantwortungsvoller Aufgaben!“

Ein Gespräch zur Stellung von PiA und Psychotherapeut\*innen im psychiatrischen Versorgungsalltag

Heiner Vogel & Björn Riegel im Gespräch mit Winfried Lotz-Rambaldi

**Vorbemerkung:** In der Weiterbildung für die „neuen“ Psychotherapeut\*innen, d. h. für die Kolleg\*innen, die ein Studium nach der neuen Approbationsordnung von 2020 absolviert haben, werden tariflich bezahlte Weiterbildungsstellen in erheblicher Anzahl benötigt. Oft heißt es, das sei für psychiatrische Kliniken nicht refinanzierbar. Wenn man sich jedoch umhört, dann stellt man fest, dass es bereits heute sehr große Unterschiede bei der Bezahlung der Psycholog\*innen oder (Sozial-)Pädagog\*innen in Ausbildung zum\* zur Psychotherapeut\*in (PiA), auch und gerade während der Phase der sogenannten Praktischen Tätigkeit 1 (PT1), d. h. der einjährigen Tätigkeit in der stationären Psychiatrie, gibt – also im Kontext der bisherigen psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. Vor diesem Hintergrund haben wir uns mit Winfried Lotz-Rambaldi, Sprecher der Psychologischen Psychotherapeut\*innen und zugleich Betriebsratsmitglied am Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Campus Lübeck, einer Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), unterhalten, um die dortige Situation etwas näher kennenzulernen.

**Heiner Vogel/Björn Riegel (PTJ):** Lieber Winfried Lotz-Rambaldi, die Kammern bereiten sich gerade auf die Umsetzung der neuen Weiterbildung für die künftigen Psychotherapeut\*innen vor. Nun sind Sie Betriebsrat und Psychologischer Psychotherapeut in einer großen psychiatrischen Klinik, bei der heute ja bereits viele PiA beschäftigt sind. Zukünftig sind auch Weiterbildungsstellen für Psychotherapeut\*innen erforderlich und das Aus- und Weiterbildungssystem muss sich allmählich umstellen, was viele Kliniken vor größere Herausforderungen stellen dürfte. Wie viele PiA gibt es denn bei Ihnen und wie werden diese vergütet?

**Winfried Lotz-Rambaldi:** Die genaue Anzahl der PiA ist gar nicht so leicht zu ermitteln und unterliegt Schwankungen. Zurzeit arbeiten hier etwa 60–70 PiA, davon aber nur ein kleiner Teil (8–10 Kolleg\*innen), der die stationäre PT-Zeit (PT1) hier absolviert. Die Vergütung richtet sich nach dem Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder (TV-L), d. h., die Eingruppierung erfolgt in die Entgeltgruppe 13 (E 13). Dies ist nach einem fünfjährigen Studium und einem Master in Psychologie sowie angesichts der sehr verantwortungsvollen Tätigkeit auch angemessen. Die PiA haben i. d. R. Teilzeitstellen mit bis zu 28 Wochenstunden.

Hinzu kommen noch etwa 50 Psychologische Psychotherapeut\*innen. Somit bilden die Psycholog\*innen/Psychotherapeut\*innen insgesamt am ZIP Lübeck die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, noch vor den Kolleg\*innen aus der Pflege. Dies hat u. a. mit unserer großen und gut ausgebauten Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) hier am ZIP zu tun, in der viele der approbierten, aber auch der noch in Ausbildung befindlichen Kolleg\*innen tätig sind. Ein weiterer großer Arbeitsbereich bildet der sehr gut ausgebaute psychosomatisch-psychoonkologische Liaisondienst, den das ZIP für die somatischen Kliniken des UKSH, Campus Lübeck, bereitstellt. Hier absolvieren einige ihre Praktische Tätigkeit 2 (PT2). Schließlich sind natürlich auch der stationäre Bereich und die Tageskliniken als Einsatzorte für die vielen Kolleg\*innen zu nennen.

**Wie sind diese PiA konzeptionell und strukturell eingebunden? Wie funktioniert die Anleitung? Welche Aufgaben übernehmen die meist noch jungen Kolleg\*innen und welche sollten sie nicht übernehmen?**

Die PiA leisten einen großen Teil der therapeutischen und klinischen Versorgung der Patient\*innen, sowohl auf den Stationen als auch in den Tageskliniken, in der Ambulanz und im Liaisondienst. Dabei sind sie i. d. R. in ein interdisziplinäres Team eingebettet (Pflege, ärztliche Kolleg\*innen, Sozialdienst, Ergotherapie, Physiotherapie). Sie übernehmen grundsätzlich alle Aufgaben, die auch ihre approbierten Kolleg\*innen ausführen (Einzelgespräche, Gruppentherapien, Testdiagnostik, Befunde und Dokumentation). Es gibt nach meiner Erfahrung kaum Aufgaben, von denen sie ausgenommen sind. Für die Einzelgespräche besteht die Möglichkeit, alle ein bis zwei Wochen an einer Ausbildungssupervision teilzunehmen. Auch für die Gruppentherapien gibt es Supervision. Eine Einarbeitung zu Beginn ist zwar vorgesehen, aber nicht immer gut umsetzbar.

Nicht alle PiA haben das Glück, mit einem\*einer erfahrenen Psychotherapeut\*in kollegial zusammenzuarbeiten, der\*die sie in ihrer täglichen Arbeit unterstützt. Manche sehen sich schon ganz früh in ihrer Tätigkeit mit der Aufgabe konfrontiert, Gruppen- und Einzeltherapien anzubieten, obwohl sie sich in manchen Themen oder Krankheitsbildern noch nicht ausreichend sicher fühlen. Aus Gesprächen mit Einzelnen weiß ich, dass aus der großen Verantwortung, die ihnen bereits als Berufsanfänger\*innen übertragen wird, auch Belastungen

erwachsen können. Eine fachlich fundierte und ausreichend bemessene Supervision sowie die Möglichkeit, z. B. für Dokumentation mehr Zeit eingeräumt zu bekommen, sind dann unbedingt erforderlich.

**Die PiA sind bei Ihnen also „normale“ Mitarbeiter\*innen im Stellenpool. Gibt es dennoch eine Art Interessenvertretung für die jungen Kolleg\*innen, die sich in der Psychotherapieausbildung befinden?**

Die PiA und auch die Approbierten wählen jeweils aus ihren Reihen einen Sprecher oder eine Sprecherin, die ihre Belange und Interessen gegenüber der Klinikleitung und der Geschäftsführung vertritt. Die PiA und die Approbierten haben die Gelegenheit, sich einmal wöchentlich jeweils zu einer halbstündigen Besprechung zu treffen. Diese Treffen gelten als Arbeitszeit, sie haben sich sehr bewährt und finden „seit Corona“ meist online statt. Für die außerhalb der Ambulanz tätigen Kolleg\*innen ist die Teilnahme daran schwieriger zu organisieren, da sie enger in ihre teilstationären und stationären Abläufe eingebunden sind. Einmal im Monat veranstalten wir ein gemeinsames Treffen der in Ausbildung befindlichen und der approbierten Kolleg\*innen. Hier tauschen wir uns zu übergreifenden Themen aus. Die meisten Anliegen betreffen uns ja alle gleichermaßen, ob approbiert oder noch in Ausbildung befindlich.

**Wie wurde die vollständige Vergütung der PiA erreicht? Was würden Sie anderen PiA empfehlen, die eine E 13-Vergütung an ihrer Klinik anstreben wollen?**

Die Lübecker Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie war schon lange bundesweit für ihren interdisziplinären Ansatz bekannt. Dazu gehört ein differenziertes und gut ausgebautes psychotherapeutisches Angebot mit evidenzbasierten störungsspezifischen Methoden. Damit diese hohe Versorgungsqualität gewährleistet und ausgebaut werden konnte, war eine zunehmend größere Zahl an psychologischen Mitarbeiter\*innen nötig. Um diese nach Lübeck zu holen und auch langfristig an die Klinik zu binden, wurde Wert auf möglichst gute Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für diese Kolleg\*innen gelegt. Dazu gehörte auch eine Bezahlung für die PiA, die höher war als in den meisten anderen Kliniken. So wurde z. B. die 1.000€-Regelung hier sehr früh umgesetzt, lange vor deren gesetzlicher Einführung im Jahr 2020. Seit der Überführung des UKSH und des ZIP in den Geltungsbereich des TV-L im Jahre 2014 werden alle PiA hier in die Entgeltgruppe E 13 eingruppiert.

PiA sollten sich stets ihres eigenen Werts und ihrer Bedeutung für die Versorgung bewusst sein und sich, wenn möglich, gezielt an solchen Kliniken bewerben, die eine faire Vergütung anbieten. Wo dies noch nicht umgesetzt ist, sollten sich die PiA organisieren und sich im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten und mit Unterstützung der Gewerkschaften für ihre berechtigten Forderungen auf eine faire Bezahlung einsetzen und auch vor Streiks nicht zurückschrecken – so wie

im letzten Jahr an den Uni-Kliniken in Baden-Württemberg geschehen.<sup>1</sup>

**So richtig konkret sind Ihre Vorschläge noch nicht, was die PiA machen können, um E 13 zu erhalten.**

Ja, das stimmt, weil die Regelungen des alten Gesetzes leider tatsächlich so sind, dass es hier keinen Rechtsanspruch auf eine bessere Bezahlung gibt. Der Gesetzgeber hat hier viel zu lange eine Situation geduldet, in der angehende Psychotherapeut\*innen in nahezu prekären Beschäftigungsverhältnissen standen. Ohne eigene Rücklagen, finanzielle Unterstützung des Umfelds oder Zweit- und Drittjobs ging es im Grunde nicht. Genau deshalb war es ja wichtig, dass die gesetzliche Grundlage geändert wurde und wir nunmehr eine psychotherapeutische Weiterbildung haben, weil es dann einen Anspruch auf angemessene Vergütung gibt.

**Durch die frühe Approbation unmittelbar nach dem Masterabschluss haben die zukünftigen psychotherapeutischen Weiterbildungsteilnehmer\*innen (PtW) eine andere Ausgangssituation als die derzeit eingestellten Masterabsolvent\*innen, die sich in einer Zusatzausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeut\*in befinden. Wie erleben Sie die Stellung und den Verantwortungsumfang der PiA heute und welche Veränderungen erwarten Sie dann bei den neuen Weiterbildungsteilnehmer\*innen?**

Hier am ZIP Lübeck ist der Verantwortungsumfang der PiA ja bereits sehr groß, und sie nehmen eine sehr bedeutende und nicht wegzudenkende Stellung in der Patientenversorgung ein. Wie sich dies für die künftigen Weiterbildungsteilnehmer\*innen darstellen wird, kann ich nur schwer einschätzen. Ich erhoffe mir aber, dass das Zusammenspiel zwischen den Weiterbildungsblöcken einerseits und der praktischen Tätigkeit im Arbeitsalltag andererseits geregelter sein wird und leichter gelingt als bei den heutigen PiA. Hier kommt es derzeit ja immer wieder zu Problemen, sodass im Einzelfall auch schon mal Überstunden oder Urlaubstage dazu verwendet werden, was berechtigterweise Unzufriedenheit hervorruft.

**Genau das ist, lieber Herr Lotz-Rambaldi, gar nicht so selten, wenn man sich bei den heutigen Ausbildungsteilnehmer\*innen umhört. Oft müssen sie, trotz schlecht bezahlter Stelle, auch noch ihren Urlaub verwenden, um die Theorie-Weiterbildung absolvieren zu können. Das betrifft auch die gelegentliche fachliche Überforderung der jungen Kolleg\*innen, die Sie eingangs erwähnt haben. Welche Rolle spielen solche Abläufe/Vorgaben, die es eigentlich gar nicht geben sollte, in Ihrer Betriebsratstätigkeit?**

<sup>1</sup> Vgl. zu den PiA-Streiks an den Unikliniken in Baden-Württemberg das Interview von Heiner Vogel & Jens J. Müller mit Annika Rohrmoser & Anne Scholz im Psychotherapeutenjournal 1/2023 (S. 47–53).

Als Betriebsrat sind wir natürlich für alle Beschäftigten des Unternehmens gleichermaßen zuständig. Aber gerade die PiA mit ihrer schwächeren Rechtsstellung, den befristeten Arbeitsverträgen, der meist noch nicht langen Betriebszugehörigkeit und der häufig geringen Erfahrung im Umgang mit Arbeitgebern, stellen eine besonders schützenswerte Gruppe von Beschäftigten dar. Viele der angedeuteten Probleme lassen sich auf der Ebene einer guten Mitarbeiterführung und innerhalb eines kollegialen Miteinanders aller Beschäftigten auffangen und bewältigen. Wir achten darüber hinaus dennoch im Betriebsrat besonders auf die Rechte und Bedürfnisse dieser Kolleg\*innen, gerade wenn es um die Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben und den Arbeitsschutz geht, der ja auch die psychische Gefährdung einschließt.

### **Gibt es schon Überlegungen und Gespräche über die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung?**

Erste Überlegungen dazu haben auf den Leitungsebenen einschließlich der psychologischen Leitung sicherlich bereits begonnen. Konkrete Pläne und Informationen dazu sind mir aber derzeit noch nicht bekannt. Auch um Ungerechtigkeiten und Ungleichbehandlungen zwischen den dann gleichzeitig eingesetzten „alten“ PiA und den „neuen“ PtW – soweit es geht – zu vermeiden, wäre es sehr wichtig, sich schon jetzt mit der Umsetzung und mit möglichen Problemen auseinanderzusetzen. Durch die enge räumliche und personelle Verzahnung des neuen Masterstudiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität zu Lübeck (UzL) mit dem ZIP liegen hier sicher besondere Bedingungen vor. Schließlich werden voraussichtlich 50 % der in Schleswig-Holstein künftig benötigten Psychotherapeut\*innen hier ihre Weiterbildung absolvieren.

### **Es wird in den kommenden Jahren übergangsweise ein Nebeneinander der PiA der bisherigen postgradualen Ausbildung und der PtW der neuen Weiterbildung geben. Wie wird sich das Ihrer Ansicht nach auf die Stellensituation in den Kliniken auswirken? Wie schätzen Sie die Chancen der „alten“ PiA und der neuen Weiterbildungsteilnehmer\*innen ein, eine entsprechende Stelle zu bekommen?**

Bundesweit gesehen werden die neuen PtW wahrscheinlich zunächst einmal Schwierigkeiten haben, Stellen zu finden, da es noch zu viele „alte“ PiA geben wird, die ja oft schlechter bezahlt werden und um deren Ausbildung sich die jeweilige Klinik nicht zu kümmern braucht. Viele Kliniken werden diesen dann zunächst den Vorzug geben, weil sie schlicht günstiger sein werden. Für das ZIP in Lübeck sehe ich dieses Problem eher nicht, da es diese Gehaltsunterschiede hier nicht geben wird und eine enge Kooperation zwischen dem Studiengang an der UzL und dem ZIP besteht.

### **Häufig wird befürchtet, dass PtW-Stellen, die die Kliniken perspektivisch einrichten, zu Lasten der bisherigen Stellen von Psychologischen Psychotherapeut\*innen gehen. Sehen Sie diese Gefahr?**

Ich halte es für sehr schwierig, hier Prognosen abzugeben. Es wäre aber naiv, diese Möglichkeit nicht mit zu bedenken. Bereits jetzt sehen wir ja in den Kliniken Tendenzen, in manchen Bereichen nur eine Mindestbesetzung mit Psychologischen Psychotherapeut\*innen vorzuhalten und ansonsten Kolleg\*innen, die noch in Ausbildung sind, zu beschäftigen. Wenn nicht zusätzliches Geld ins System kommt, wird dies bei insgesamt schlechter werdender Erlössituation immer wahrscheinlicher. Dieser Tendenz könnte der Umstand etwas entgegenwirken, dass der Gehaltsunterschied zwischen den künftigen PtW und den approbierten Kolleg\*innen im Vergleich zu heute stark sinken wird. In Einrichtungen, die Wert auf personelle Kontinuität und ein hohes fachliches Niveau ihrer störungsspezifischen psychotherapeutischen Angebote legen, wird dies vielleicht weniger stark zu spüren sein.

— „Die neuen PtW werden zunächst Schwierigkeiten bei der Stellensuche haben, da es noch zu viele ‚alte‘ PiA geben wird, die oft geringer bezahlt werden und für deren Ausbildung die jeweilige Klinik kaum Aufwand erbringen muss.“

### **Die „Psychiatrie“ hat bei vielen jungen Kolleg\*innen, die ihre Ausbildung als Psychologische Psychotherapeut\*in oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in abschließen, ein schlechtes Image. Das wird oft mit der meist schlechten Bezahlung und dementsprechend auch sehr untergeordneten Stellung, die sie selbst in ihrer PiA-Zeit in der Klinik erfahren haben, in Verbindung gebracht. Bei Ihnen müsste das ja anders sein, oder?**

Ja, denn das ZIP ist unter Kolleg\*innen, die eine Psychotherapie-Ausbildung planen, nicht nur wegen der tariflich fairen Vergütung beliebt. Auch der sehr hohe Stellenwert der Psychotherapie mit störungsspezifischen Behandlungsangeboten gerade auch aus dem Bereich der Dritte-Welle-Verfahren der Verhaltenstherapie trägt zur Attraktivität des ZIP bei. Viele absolvieren bereits während des Studiums ein Praktikum bei uns und bewerben sich danach um eine Stelle. Da viele Psychotherapeut\*innen des ZIP auch in die universitäre Lehre eingebunden sind, gibt es schon sehr früh Kontakte und Austausch zwischen den Studierenden und dem ZIP – nicht zuletzt auch wegen der schon genannten räumlichen Nähe auf dem Lübecker Campus.

Die PiA übernehmen hier, wie bereits erwähnt, häufig sehr verantwortungsvolle Tätigkeiten. Es ist eine große Heraus-

forderung, die Arbeitsbedingungen dabei so zu gestalten, dass den hohen Erwartungen, die an die PiA gestellt werden, durch genügend Einarbeitung und Anleitung sowie durch Freistellung für Unterrichtstage angemessen Rechnung getragen wird.

Insgesamt kann man sagen, dass viele Kolleg\*innen nach der Approbation zunächst hier weiterarbeiten und somit erfreulicherweise auch dem Arbeitsfeld „Psychiatrie und Psychotherapie“ bzw. „Psychosomatik und Psychotherapie“ erhalten bleiben.

### **Wie kamen Sie selbst zu Ihrem Engagement bei ver.di und im Betriebsrat?**

Mitglied bei ver.di wurde ich erst im Jahre 2018, also recht spät. Dafür sensibilisiert wurde ich aber schon früher, als bei Tarifaueinandersetzungen durch ver.di Warnstreiks mit dazugehörigen Kundgebungen durch die Lübecker Innenstadt organisiert wurden, denen ich mich anschloss. Zu Beginn beteiligte ich mich v. a. aus Solidarität mit den anderen Berufsgruppen, v. a. der Pflege. Aber ich habe dann schnell erkannt, dass auch angestellte Psycholog\*innen – egal ob als PiA oder als approbierte Psychotherapeut\*innen – für die Durchsetzung ihrer Interessen als Arbeitnehmer\*innen eine starke gewerkschaftliche Vertretung benötigen.

— „Zu wünschen wäre eine den ärztlichen Kolleg\*innen vergleichbare bezahlte Aus- bzw. Weiterbildung unter Bedingungen, die eine angemessene Einarbeitung und ein schrittweises Heranführen an die Arbeitsbereiche ermöglichen.“

Ich hatte die Arbeit unseres Betriebsrates immer interessiert und wohlwollend verfolgt und kannte die meisten der dort engagierten Kolleg\*innen aufgrund meiner inzwischen zwanzigjährigen Zugehörigkeit zur Klinik gut. Damals waren auch schon Psycholog\*innen Mitglied des Betriebsrats. Da nicht klar war, ob diese wieder kandidieren würden, wurde ich dann gefragt, ob ich nicht Lust hätte, als Betriebsrat zu kandidieren. Nicht zuletzt wegen meiner Funktion als Sprecher der Psychologischen Psychotherapeut\*innen war ich schon lange an klinikübergreifenden Themen interessiert und habe mich dann erfolgreich zur Wahl gestellt.

### **Was waren Ihre schönsten Erfahrungen in Ihrer Tätigkeit als Betriebsratsmitglied?**

Eine sehr schöne Erfahrung war es zu erleben, dass in unserem Gremium praktisch alle Berufsgruppen vertreten sind: approbierte Psychotherapeut\*innen und noch in Ausbildung zum\*zur Psychotherapeut\*in befindliche Psycholog\*innen, Ärzt\*innen, Kolleg\*innen aus der Pflege, aus der Physiotherapie, aus der Ergotherapie, aus dem Sozialdienst und aus

der Verwaltung. Die Mitglieder unseres Betriebsrats spiegeln wirklich die Gesamtheit der Belegschaft wider. Das stärkt das Vertrauen und die Akzeptanz unserer Arbeit. Ganz besonders gefreut hat mich, dass neben mir noch drei weitere approbierte Psychotherapeut\*innen oder in Ausbildung befindliche Kolleg\*innen in den Betriebsrat gewählt wurden.

### **Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, Kolleg\*innen für die Mitwirkung in Gremien und evtl. auch der Gewerkschaft zu gewinnen bzw. wie kann dies gelingen?**

Wie erwähnt, war die Bereitschaft, sich bei der Betriebsratswahl aufstellen und wählen zu lassen, erfreulicherweise relativ groß. Ich finde dies bemerkenswert, weil damit ja eine i. d. R. vierjährige Amtszeit, also eine länger währende Verpflichtung, verbunden ist.

Etwas anders ist mein Eindruck, wenn es um die Mitgliedschaft oder Mitarbeit innerhalb von ver.di geht. Zwar gibt es doch viele Kolleg\*innen, die im Zuge der Tarifverhandlungen für den Öffentlichen Dienst und der damit verbundenen Warnstreiks Mitglied wurden. Mein Eindruck ist aber, dass eine Mitgliedschaft auch schnell wieder gekündigt wird, wenn sich z. B. Enttäuschung über das Ergebnis der Tarifaueinandersetzungen breit macht oder der Eindruck

entsteht, dass sich ver.di für unsere Berufsgruppe nicht stark genug macht. Kolleg\*innen, die sich vor Ort oder überregional bei ver.di engagieren möchten – über die bloße Mitgliedschaft oder Teilnahme an Streiks und Kundgebungen hinaus – gibt es leider kaum. Dennoch scheint gerade am Standort Lübeck der gewerkschaftliche Organisationsgrad unter den Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen vergleichsweise hoch zu sein, auch wenn es genaue Zahlen dazu nicht gibt. Dies ist gewiss auch teilweise der sehr motivierenden und unterstützenden Arbeit der hier vor Ort tätigen Gewerkschaftssekretärin von ver.di zu verdanken.

entsteht, dass sich ver.di für unsere Berufsgruppe nicht stark genug macht. Kolleg\*innen, die sich vor Ort oder überregional bei ver.di engagieren möchten – über die bloße Mitgliedschaft oder Teilnahme an Streiks und Kundgebungen hinaus – gibt es leider kaum. Dennoch scheint gerade am Standort Lübeck der gewerkschaftliche Organisationsgrad unter den Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen vergleichsweise hoch zu sein, auch wenn es genaue Zahlen dazu nicht gibt. Dies ist gewiss auch teilweise der sehr motivierenden und unterstützenden Arbeit der hier vor Ort tätigen Gewerkschaftssekretärin von ver.di zu verdanken.

### **Vielen Dank für das Interview. Zu guter Letzt noch die aus der Systemischen Therapie bekannte Frage nach der guten Fee. Wenn die zu Ihnen käme und Sie hätten einen Wunsch frei – was sollte dann verbindlich für alle PiA bzw. PtW künftig geregelt sein?**

Zu wünschen wäre eine den ärztlichen Kolleg\*innen vergleichbare bezahlte Aus- bzw. Weiterbildung unter Bedingungen, die eine angemessene Einarbeitung und ein schrittweises Heranführen an die Arbeitsbereiche ermöglichen. Dabei sollten wirtschaftliche Aspekte und der Fokus auf die Erlössituation der Einrichtungen keine dominierende Rolle einnehmen.





### **Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi**

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP  
gGmbH, Campus Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
winfried.lotz-rambaldi@uksh.de

Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi ist Psychologischer Psychotherapeut (VT), MCT-Therapeut und Psychoonkologe (DKG-zertifiziert). Seit 2003 ist er am Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Campus Lübeck, im Ambulanzzentrum und im Psychoonkologischen Liaisondienst des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH, Campus Lübeck) tätig. Er ist Sprecher der Psychologischen Psychotherapeut\*innen am ZIP Lübeck, Mitglied des dortigen Betriebsrats und Mitglied der Bundesfachkommission PP/KJP von ver.di.



### **Prof. Dr. Heiner Vogel**

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

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



### **Dr. Björn Riegel**

Praxis für Psychotherapie  
Vaasbüttel 20  
24594 Hohenwestedt  
praxis@pt-riegel.de

Dr. Dipl.-Psych. Björn Riegel ist Psychologischer Psychotherapeut und seit 2014 niedergelassen in eigener Praxis in Schleswig-Holstein. Als Dozent und Supervisor ist er an mehreren Ausbildungsinstituten tätig. Er ist Mitglied der Kammerversammlung sowie des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein und gehört dem Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals an.

# Rezensionen

## Was die Humanistische Psychotherapie im Innersten zusammenhält

Kriz, J. (2023). *Humanistische Psychotherapie. Grundlagen – Richtungen – Evidenz*. Stuttgart: Kohlhammer, 203 S., 34,- €

„Humanistische Psychotherapie?“ In der universitären Ausbildung von Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen ist die Humanistische Psychotherapie heute oft nicht äquivalent zu den Verfahren der Richtlinien-therapie vertreten. Daher ist sie für Studierende dieser Fächer oder junge Psychotherapeut\*innen wohl eher ein „unbekanntes Terrain“. In der Praxis etwas älterer Kolleg\*innen, die in Beratungsstellen oder Kliniken arbeiten, ist sie allerdings noch gut etabliert. Diese „Schieflage“ ist u. a. dem Umstand geschuldet, dass sich in der ambulanten Psychotherapie humanistisch-psychotherapeutisches Arbeiten mangels Abrechnungsmöglichkeiten kaum mehr ökonomisch trägt. Das war vor Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 einmal anders, denn davor dürften die meisten Psychotherapien in Deutschland als Gesprächspsychotherapie durchgeführt worden sein.

Gesprächspsychotherapie, exakter: personzentrierte-experientielle Psychotherapie, ist der am besten bekannte Ansatz aus den insgesamt sechs, die sich der Humanistischen Psychotherapie zuordnen.<sup>1</sup> Dazu kommen Gestalttherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Logotherapie/Existenzanalyse und Körperpsychotherapie. Alle vereinen sich in der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT). Diese Vielfalt in der Einheit macht es Außenstehenden nicht einfach, einen Eindruck vom substanziellen Wesen der Humanistischen Psychotherapie zu erhalten. Auch wenn es reichlich Literatur über sie gibt – insbesondere von W. Eberwein und M. Thielen herausgegeben oder verfasst, aber gerade auch von Jürgen Kriz –, so bleibt eine deutsche Monografie, die die Humanisti-

sche Psychotherapie als konzeptionelle Einheit zusammenfassend dargestellt hat, bislang ein Desiderat.

Mit dem Buch von Jürgen Kriz liegt nun eine Publikation vor, die die diesem Anliegen gerecht werden möchte. Pointiert rückt der Autor die gemeinsamen Grundlagen humanistisch-psychotherapeutischer Heilkunde in den Vordergrund. „In diesem Buch wird nun erstmals das historisch gewachsene Wurzelgeflecht aus gemeinsamen Konzepten aufgezeigt, die das ganzheitlich-humanistische Menschenbild fundieren. Mit neueren Erkenntnissen verbunden – u. a. aus der Säuglingsforschung, der Biosemiotik und der Systemtheorie – zeichnet der Autor ein konsistentes Gesamtbild der Humanistischen Psychotherapie“, so der Klappentext.

Auf den ca. 100 Seiten des einleitenden Kapitels stellt Jürgen Kriz das konzeptionelle Fundament der Humanistischen Psychotherapie dar, u. a. ihre Geschichte, ihre psychologischen und existenzialphilosophischen Wurzeln, ihr Menschenbild, ihren Fokus auf die Arbeit in der therapeutischen Beziehung. Weitere ca. 50 Seiten sind den verschiedenen Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie gewidmet, inklusive einzelner Weiterentwicklungen. Im dritten Kapitel folgt eine Auseinandersetzung mit der Problematik einer der Humanistischen Psychotherapie angemessenen Forschungslogik und der Sonderstellung dieser psychotherapeutischen Grundorientierung in Deutschland.

Für mich, als Humanistischen Psychotherapeuten, der sich selbst keinem der Ansätze eindeutig zuordnet, schließt dieses Buch eine Lücke, stellt es doch klar die Gemeinsamkeiten und essenziellen Grundlagen Humanistischer Psychotherapie in den Vordergrund. Das Buch bietet für Kolleg\*innen mit anderer psychotherapeutischer Orientierung eine zusammenhängende Einführung in

das humanistisch-therapeutische Denken und Handeln. Es macht manche komplexe Konzeption verstehbar, etwa jene der Selbstaktualisierung. Aber auch für Psychotherapeut\*innen, die in einem oder diversen Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie ausgebildet sind, rentiert sich die Lektüre. Kriz' Darstellung formt eine Klammer zwischen den in den Ausbildungsgängen und der Praxis (bisher) eher eigenständigen Ansätzen und kann so einen Beitrag zur Profilierung und Identitätsbildung der Humanistischen Psychotherapie leisten. Dabei findet Kriz einen guten Mittelweg zwischen Tiefe und Breite.

Das Buch zeichnet sich durch eine klare, verständliche Sprache aus. Das Layout unterstützt eine eindeutige Gliederung, ist schlicht gehalten und damit leserfreundlich. Grau abgesetzte Felder bieten Hinweise zur Vertiefung, illustrieren durch Beispiele oder fassen im Text Dargestelltes zusammen. Auf den letzten Seiten findet man ein Literaturverzeichnis und ein gemischtes Personen- und Stichwortregister.

Ich habe lange gewartet auf eine solche grundsätzliche Publikation, die die Humanistische Psychotherapie als Basis verschiedener Ansätze darstellt, aber auch Einblicke gibt in deren Parallelentwicklung und den daraus erwachsenen Differenzierungen, die sowohl als Einführung als auch als Vertiefung lesbar ist und die – last, but not least – die

<sup>1</sup> Ich finde es schwierig, einen übergeordneten Begriff zu finden für die verschiedenen „Ansätze“ der Humanistischen Psychotherapie. Man könnte auch von Verfahrensweisen, Varianten, Methoden schreiben. Allerdings ist dann sprachlich keine Eindeutigkeit mehr gegeben, da „Verfahren“, „Methoden“ und „Techniken“ im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) eine definitorische Festlegung erfahren haben. Diese ist zwar umstritten. Um aber Verwechslungsmöglichkeiten mit der Nomenklatur des WBP zu umgehen, habe ich hier von „Ansätzen“ der Humanistischen Psychotherapie geschrieben.

Eigenständigkeit der Humanistischen Psychotherapie im Kanon der international vertretenen therapeutischen Konzepte erkennbar macht.

Was fehlt? Spezialist\*innen aus den einzelnen Ansätzen mögen hier und da mehr Tiefe vermissen – vielleicht zu Recht; denn selbst ein so profunder Kenner der Humanistischen Psycho-

therapie wie Jürgen Kriz kann nicht mit allen ihren Ansätzen in gleicher Ausgewogenheit vertraut sein. Und wie man Humanistische Psychotherapie konkret praktiziert, lässt sich aus diesem Buch nicht lernen. Zum einen handelt es sich um ein Grundlagenbuch und kein praktisches Lehrbuch. Zum anderen wäre es ein Widerspruch in sich, da eines der Merkmale der Humanis-

tischen Psychotherapie die Kreativität des Momentes ist: In ihr entfaltet sich psychotherapeutisches Handeln in der interaktiven Beziehung zwischen zwei Personen, situativ einmalig, fern jeder Schematisierung. Daher braucht auch die Ausbildung in Humanistischer Psychotherapie die persönliche Begegnung und Erfahrung.

Roland Raible

## Auch nach einem halben Jahrhundert noch ein relevantes Standardwerk der Psychotherapie(forschung)

Zu Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (Hrsg.). (2021). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7. Aufl.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 848 S., 94,99 €

Das „Handbook“ ist nach sage und schreibe 50 Jahren im Jahr 2021 in der 7. Auflage erschienen. Ein wahres Jubiläum! Allein die Tatsache, dass dieses zentrale Werk der Psychotherapieforschung wiederholt neue und kompetente Herausgeber findet, die sich akribisch um Updates der einzelnen Kapitel sowie Aktualisierung des gesamten Werkes kümmern, ist ein Qualitätsmerkmal für sich. Diese Akribie und die Sorgfalt zeigen sich schon vom Äußeren: über 800 große und eng bedruckte Seiten weisen mit knapp mehr als zwei Kilogramm Masse auf die Wertigkeit und die Sorgfalt hin, die im Inneren dann durchweg zu finden ist.

Das „Handbook“ wurde erstmals im Jahr 1971 bei Wiley und Sons aufgelegt und wird bis heute vom selben Verlag betreut. Alan E. Bergin und Sol L. Garfield hatten sich in der Zeit der zunehmenden Entwicklung unterschiedlicher Ansätze der Psychotherapie in den 60er-Jahren die Aufgabe gestellt, empirisch gestützte theoretische Hintergründe ebenso wie Erkenntnisse zur Evidenz aus der Outcome- und Prozessforschung systematisch aufzubereiten. Mit diesem Werk wurde damals ein wichtiger Grundstein gelegt, die wissenschaftliche Erforschung und die Grundlage der Psychotherapie darzustel-

len und damit international die Anerkennung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren voranzutreiben. Solche Kompendien wie das „Handbook“ sind ein wesentliches Fundament für die Seriosität unserer Profession, die Qualität unserer Versorgungsbeiträge und letztlich auch für die Begründung der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen durch gesetzliche und private Krankenkassen.

Über die letzten 50 Jahre hinweg kam neben Bergin und Garfield mit der 4. Auflage Michael Lambert als Herausgeber hinzu, der danach das Zepter bis zur 6. Auflage (2013) in der Hand hatte. Für die Jubiläumsausgabe gibt es nun mit Luis Castonguay (USA), Michael Barkham (UK) und Wolfgang Lutz aus Trier ein neues, namhaftes Herausgebertrio. Sowohl die Herausgebergruppe als auch viele der fast 70 Autorinnen und Autoren sind in der „Society for Psychotherapy Research“ aktiv und kommen aus 10 Ländern.

Die insgesamt 23 Kapitel umfassen die Bereiche (1) Geschichte und Methodik der Psychotherapieforschung, (2) Ergebnis- und Verlaufsdagnostik, (3) Untersuchung therapeutischer Faktoren (Patienten- und Therapeutenvariablen, therapeutische Beziehung, Prozess- und Outcomeforschung, Ausbildung und Supervision, Qualitative Forschung, (4) psychotherapeutische Verfahren und Methoden, (5) Weiterentwicklung der Psychotherapie (personalisierte Ansätze, Psycho- und Pharmakotherapie, internetbasierte Psychotherapie sowie

im Teil 6 einen Ausblick in die Zukunft: Was sind vorherrschende und relevante Themen der Psychotherapieforschung und -entwicklung?

Als „traditionelles“ Thema der Psychotherapieforschung ist weiterhin die Frage nach der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen und der Indikation für Psychotherapie sowie die Passung von Therapiemethode, Therapeut bzw. Therapeutin und psychische Problematik im Fokus – also die berühmte Frage von G. L. Paul aus den 60er-Jahren: „What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances?“

Zur generellen Frage der Evidenz von Psychotherapie zeigt das aktualisierte Kapitel zur „efficacy and effectiveness of psychological therapies“ erneut, dass die Effektstärken von Psychotherapie deutlich über denen der Wirksamkeit vieler anerkannter medizinischer oder pharmakologischer Behandlungen (von somatischen Erkrankungen) liegen – im Vergleich zu vielen Kontrollbedingungen ein klarer Beweis für die Wirksamkeit und den Nutzen von Psychotherapie.

Neben der „evidence-based practice“ – also der Psychotherapie auf der Grundlage empirischer Evidenz und der Dissemination empirischer Befunde in die Praxis – hat insbesondere die „practice-based evidence“ einen besonderen Stellenwert im Buch. Im entsprechenden Kapitel – dessen The-

matik wohl am besten im Sinne der „Versorgungsforschung“ zu übersetzen ist – werden vielfältige Fragestellungen, methodische Ansätze inklusive der qualitativen Psychotherapieforschung und deren Befunde ausführlich dargestellt. Untersuchte Variablen sind dabei u. a. die klinisch erfasste Wirksamkeit in konkreten Versorgungszusammenhängen, die Machbarkeit und Implementierung der therapeutischen Maßnahmen in der Routinepraxis, die Partizipation sowohl von Psychotherapeutinnen und -therapeuten als auch von Patientinnen und Patienten in die Planung und Auswertung von Studien.

Als neue Ansätze der Entwicklung psychotherapeutischer Modelle haben die Integration der Befunde unterschiedlicher und teilweise sogar widersprüchlicher Ansätze im Rahmen transtheoretischer Modellentwicklung ebenso einen Raum im „Handbook“ als auch das Konzept der Research Domain Criteria (RDoC), welches darauf abzielt, jenseits von Diagnosen psychischer Störungen eine systematische und umfassende Klassifizierung psychischer Störungen zu ermöglichen, indem es sich auf die zugrundeliegende biologische, psychologische und soziale Mechanismen konzentriert, die psychische Störungen verursachen und aufrechterhalten. Auch die so bezeichnete personalisierte Therapieplanung hat ihren theoretischen

und empirischen Platz in den Ausführungen.

Weitere Kapitel vertiefen und aktualisieren die Kenntnisse über Therapeuten- sowie Patientenvariablen, Psychotherapieausbildung, Supervision sowie zu den wichtigsten psychotherapeutischen Ansätzen und Verfahren: psychodynamische Psychotherapie, humanistisch-experientielle Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Therapieansätze, die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie sowie zur Gruppentherapie als Setting, internetbasierte Ansätze der Psychotherapie oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als besondere Zielgruppe.

Insgesamt verdient auch nach 50 Jahren das „Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ nun mit der 7. Auflage allen Respekt als eine vor allem in der Forschung relevanter Überblick über verschiedene Forschungsansätze der Psychotherapie, deren Ergebnisse und Perspektiven. Das Buch stellt einen umfassenden und – was besonders positiv zu bewerten ist – gründlich überarbeiteten und aktuellen Stand der Forschung dar. Keineswegs ein Wiederkäuen von Bekanntem sondern in der Tat ein „update“, welches sowohl die aktuellen

Themen, die methodischen Anforderungen und Weiterentwicklungen als auch die zukünftigen Anforderungen an die Psychotherapieforschung gut begründet herausarbeitet und damit Perspektiven für Forscherinnen und Forscher für die nächste oder gar noch mehr Dekaden aufzeigt.

Das „Handbook“ ist dabei jedoch keinesfalls eine Bettlektüre, die „mal so nebenbei“ lesen kann. Sie erfordert ein klares Interesse für die Weiterentwicklung von Forschungsthemen, ein akademisch gutes Grundverständnis für Forschungsmethoden und die Interpretation von empirisch erhobenen Zahlen und Befunden und dabei ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Das Buch sollte einen Platz haben in allen psychotherapeutischen Praxen, deren Inhaberinnen und Inhaber die Wertigkeit evidenzbasierter Psychotherapie schätzen – gleich ob sie es ganz gelesen (und alles verstanden) haben oder nicht. Sicherlich und unabdingbar gehört das „Handbook“ – besonders auch in dieser neuen und aktuellen Auflage – in jede Bibliothek und in jedes Büro von Forscherinnen und Forscher sowie (politischen) Entscheidungsträgern im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung und -förderung.

Thomas Fydrich

# Leserbriefe und Replik

## Wiederkehr des Mythos der empirischen Überlegenheit von Traumaexposition

Zu P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh: Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren: Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland, *Psychotherapeutenjournal* 1/2023, S. 30–36.

Als zentrales Argument für Traumaexposition in der Therapie von Traumafolgestörungen nennen Herzog, Kaiser und de Jongh in ihrer Arbeit zu „Mythen der traumafokussierten Therapie“ deren aus ihrer Sicht klar erwiesene „größere Wirksamkeit und Langzeitstabilität“ gegenüber sogenannten „nicht-traumafokussierten Therapien“ (S. 30). Zu diesen nicht-traumafokussierten Therapien scheinen die Autoren alle etablierten Traumatherapien der Regelversorgung zu zählen, die nicht primär mit Traumaexposition arbeiten. Als empirischen Beleg verweisen sie auf eine Metaanalyse (McLean et al., 2022), deren Aussagekraft jedoch aus methodischen Gründen gering ist: Bei vielen der von McLean und Kolleg\*innen als „nichttraumafokussiert“ klassifizierten Verfahren – wie beispielsweise Entspannung, Biofeedback, Psychoedukation, stützende Gespräche mit Traumaverbot oder Meditation – handelt es sich nicht um Behandlungsansätze, die Psychotherapeut\*innen ernsthaft als (primäre) therapeutische Strategie bei Traumafolgestörungen einsetzen würden. Diese problematische Vermischung von Kontrollbedingungen und echten Psychotherapien in Metaanalysen ist in der Literatur gut beschrieben. Metaanalysen, die eine solche Vermischung vermeiden (z. B. Benish et al., 2008; Gerger et al., 2014), zeigen keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen verschiedenen traumatherapeutischen Ansätzen. Für sogenannte traumafokussierte Therapien finden sich zwar in manchen Studien kleine,

klinisch nicht relevante Vorteile in der Symptomreduktion, jedoch nicht in anderen zentralen Veränderungsbereichen (Tran & Gregor, 2016; Wampold et al., 2018). Die empirische Überlegenheit von Traumaexposition gegenüber anderen Traumatherapien erweist sich somit selbst als Mythos.

Thomas Munder, PhD &  
Prof. Dr. Christoph Flückiger  
Berlin/Kassel

### Literatur

- Benish, S. G., Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746–758.
- Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P. & Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 44, 3151–3164.
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115.
- Tran, U. S. & Gregor, B. (2016). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a meta-analytical evaluation of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 16, 266.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht. Bern: Hogrefe.

## Eine überfällige Diskussion

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Überfällig und sehr lobenswert ist die Klarstellung der Gruppe um Ad de Jongh, mit den empirisch keinesfalls abgesicherten „Mythen“ um angeblich notwendige Stabilisierung und Schonung von Klienten mit (komplexer) PTBS aufzuräumen. Die Erfinderin der Leitlinienmethode EMDR, Francine Shapiro, schrieb bereits 2003, 85–90 % der Klienten könnten ohne ausführliche Vorbereitung sicher ihre Traumata mit Hilfe von EMDR bearbeiten (1). Und wer sollte es besser wissen als Shapiro, die mit schwersttraumatisierten Vietnam-Veteranen erfolgreich arbeitete? Auch

Liebe Leser\*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 14. Juli 2023 bei der Redaktion ([redaktion@psychotherapeutenjournal.de](mailto:redaktion@psychotherapeutenjournal.de)) eingehen.

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

Frank Neuner, Universität Konstanz, stellte in seinem Aufsatz „Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos?“ (2) die gleiche, nie empirisch abgesicherte Behauptung infrage. „Entgegen der häufig vertretenen Lehrmeinung ist eine Stabilisierungsphase in der Traumatherapie nicht notwendig und negative Effekte der Stabilisierung (!) können nicht ausgeschlossen werden.“ Auch meine Erfahrung nach 25 Jahren Traumatherapie an dem durch Traumatisierungen hervorgerufenen Gefühlsstau, primär durch Angst, Wut und Trauer gekennzeichnet, unterstreicht die Notwendigkeit und Effektivität zügiger fokussierter Arbeit. Traurig stimmt dagegen, wenn Klienten nach wochenlangem stationärem Aufenthalt in Kliniken ohne wirksame Traumakonfrontation zurückkehren – neben dem Kostenfaktor oft ein Leiden verlängerndes Verschleppen bei bereits in der Kindheit erlebten Schädigungen. Gut, dass eine längst notwendige Diskussion nun wieder in Gang kommt.

Dipl.-Psych. Mark Novy  
Bonn

## Kein rein deutscher Vorbehalt gegenüber der Expositionsbehandlung

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Eine differenzierte und auch wissenschaftstheoretisch fundierte Replik auf den Artikel würde den Rahmen eines Leserbriefs über Gebühr ausdehnen, sodass ich einen spezifischen, mir sehr zentral erscheinenden Punkt fokussieren möchte. Die Autoren insinuierten in ihrer Überschrift, dass es spezifisch deutsche und lt. Autoren hinderliche „Mythen“ in der traumafokussierten Psychotherapie gebe. So formulieren sie gleich zu Beginn: „Aufgrund der starken Evidenz empfehlen sowohl nationale (Schäfer et al., 2019) als auch internationale Leitlinien (z. B. National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2018) daher bei Vorliegen einer PTBS die Durchführung einer individuellen traumafokussierten Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl“. Dies ist etwa den zitierten NICE-Guidelines von 2018 (dem britischen Äquivalent der deutschen Leitlinien) durchaus zu entnehmen. Jedoch führen die Autoren weiter aus, dass bei der in der ICD-11 konzeptualisierten komplexen PTBS eine die Exposition voranstellende Vorgehensweise indiziert sei und v. a. deutsche Vorbehalte eine solche erschweren. Als von dem britischen Health and Care Professions Council (HCPC) akkreditierte Psychotherapeutin möchte ich hier widersprechen. Den konkreten Handlungsanweisungen (NICE-Guideline 116 von 2018, S. 24f., im Original einzusehen unter [www.nice.org.uk/guidance/ng116](http://www.nice.org.uk/guidance/ng116)) ist folgende Spezifikation des Vorgehens im Falle komplexer PTBS zu entnehmen (eigene Übersetzung):

„Für Menschen mit Mehrbedarf, einschließlich derer mit komplexer PTBS:

- Verwenden Sie zusätzliche Zeit auf den Aufbau von Vertrauen, indem Sie die Dauer oder die Anzahl der Therapiesitzungen gemäß der individuellen Bedürfnislage erhöhen.

- Bedenken Sie Sicherheit und Stabilität der individuellen Lebensumstände (z. B. der Wohnsituation) und dadurch bedingte mögliche Beeinträchtigungen in der therapeutischen Zusammenarbeit und dem Therapieerfolg.

- Helfen Sie der Person bei der Bewältigung jeglicher Aspekte, die ein Hindernis in der Zusammenarbeit innerhalb traumafokussierter Behandlungen darstellen könnten, wie etwa Substanzmissbrauch, Dissoziation, emotionale Dysregulation, interpersonelle Schwierigkeiten oder negative Selbstwahrnehmung.

- Arbeiten Sie gemeinsam an der Planung jeglicher weiterer benötigter Unterstützung nach Behandlungsende, zum Beispiel im Umgang mit PTBS-bezogener Restsymptomatik oder Komorbiditäten.“

Die Notwendigkeit einer Spezifikation begründen die Autor:innen der britischen Leitlinien wie folgt (NICE Guideline 116 von 2018, S. 47f.; eigene Übersetzung):

„Die Evidenz für Behandlungen von Menschen mit komplexer PTBS ist eingeschränkt, jedoch ergeben sich Hinweise darauf, dass diese Gruppe ebenfalls von traumafokussierter Behandlung profitieren könnte. Auf Basis *klinischer Erfahrung* (eigene Hervorhebung) empfahl das Komitee notwendig erscheinende Modifikationen traumafokussierter Therapien, um eine Zusammenarbeit mit Menschen mit komplexer PTBS oder denen mit anderem Mehrbedarf zu ermöglichen.“

Entgegen der Darstellung im hier adressierten Artikel beziehen folglich auch britische Leitlinien durchaus klinische Erfahrung in die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen ein und empfehlen eine personenzentrierte und angepasste Vorgehensweise, die (etwa belastungsbedingten) Mehrbedarf komplex traumatisierter Patient:innen im Blick behält und stabilisierende vorgehaltene Maßnahmen zum Abbau möglicher Behandlungsbarrieren beinhaltet.

Dr. rer. nat. Carina Contreras  
Köln

## Mangelnde Trennschärfe

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Vorliegende Studienergebnisse stetig wieder zu zitieren, macht sie nicht richtiger, vor allem, wenn, wie im vorliegenden Fall, selbst in den herangezogenen Studien keine Trennschärfe und Differenzierung bezüglich der Art der zugrunde liegenden Traumatisierung beachtet wird.

Der gesamte Artikel bezieht sich auf die Beforschung der PTBS (klassisch und komplex). Die Ergebnisse werden für alle Arten von Traumafolgestörungen verallgemeinert, auch für die, die keine PTBS-Symptom-Trias aufweisen.

Diese Patient\*innen finden sich oft hinter einer Vielzahl anderer Diagnosen wieder: Ängste, Zwänge, Depression, Erschöpfung, Dissoziation, Depersonalisation, psychosomatische Störungen, Schmerzstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch ...

Kern des Problems: Dort, wo keine Diagnose gegeben ist, ist auch keine Forschung möglich.

Die Komplexität einer Traumafolgestörung hängt nicht ab von einer scheinbar objektivierbaren Schwere eines Traumas, sondern viel mehr davon, in welchem Alter traumatische Erfahrungen gemacht wurden, von welchen Personen diese ausgehen und ob sie sich eher regelhaft durch Kindheit und Jugend ziehen.

Dabei geht es nicht nur um explizite Gewalt (physisch, psychisch, sexualisiert), sondern auch um emotionale und physische Vernachlässigung wie auch um massive Störungen der Primärbindungen.

Schon in den S3-Leitlinien zur Behandlung einer (K)PTBS finden wir:

*Potenziell gefährdende Symptome und Verhaltensweisen (z. B. Suizidalität, psychotische Symptome, dissoziative*

*Symptome, Selbstverletzung, Fremd-aggression, Substanzkonsum), die zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen, stellen eine relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen dar.*

Liegen diese Phänomene vor, dann ist es geradezu leitlinienkonform, wenn ich abwägend mit einer Konfrontation vorgehe!

Es wäre wünschenswert, wenn adäquate Studien gemacht würden, gerade für das Feld der komplexen Traumafolgestörungen, über die wir noch zu wenig wissen. Dies verlangt zuallererst ein angemessenes Studiendesign, in das schwersttraumatisierte Patient\*innen mit allen Komorbiditäten und Instabilitäten passen.

Dann erst können wir uns über Standards einer „guten“ Behandlungsmöglichkeit für diese Patient\*innen unterhalten.

Und dies würde dann auch einschließen, die Festsetzung der Regelvolumina therapeutischer Behandlungen gemäß Psychotherapierichtlinie nicht länger am Verfahren zu bemessen, sondern an der Komplexität des Störungsbildes.

Dipl.-Psych. Martina Hahn  
Neuss

## Die erlebte „Hölle“ zur Sprache bringen

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

Der Artikel spricht mir in weiten Teilen aus der Seele. Eine kontroverse Diskussion steht zu erwarten, weil für viele KollegInnen evidenzbasierten oder gar manualisierten Verfahren der Geschmack von Oberflächlichkeit und Technikorientierung anhaftet, in diesem Kontext gar von Unmenschlichkeit. (...) Frühes traumafokussiertes Vorgehen ist meiner Meinung nach genauso unerlässlich wie Einfühlungsvermögen, Standing auf Seiten des/der Therapie-

tin und Zeit für Neubeelterung sowie Therapie anderer komorbider Störungen und Defizite.

Ich bin DeGPT-zertifizierte und in mehreren Verfahren ausgebildete Traumatherapeutin, arbeite seit 25 Jahren, davon 20 niedergelassen, mit Menschen, die vielfältige und lang andauernde Formen von Gewalt im sozialen Nahraum erlebt haben und unter entsprechenden komplexen Traumafolgestörungen mit und ohne PTSD leiden. Auf dieser Basis möchte ich gerne die Aspekte des Artikels untermauern und um weitere ergänzen.

*Betr.: Lücke zwischen Forschung und Praxis, selten eingesetztes Verfahren:* Sehr häufig mache ich die Erfahrung, dass PatientInnen zuvor bereits ambulante und stationäre Therapien durchlaufen haben, wo im schlimmsten Fall die Traumafolgestörungen nicht einmal diagnostiziert, geschweige denn behandelt wurden, oder aber ausschließlich mit Stabilisierung und maximal zwei EMDR-Sitzungen. Selten wird das Trauma direkt bearbeitet, schon gar nicht über mehrere Sitzungen, oft nicht einmal näher erfragt/benannt. Nicht selten gleicht das jahrelange Hin- und Herüberweisen zwischen Niedergelassenen und (Trauma-)Kliniken dem Weiterreichen von heißen Kartoffeln. (...)

*Betr.: nicht bei komplexer PTSD/vorher Stabilisieren:* Ich erlebe wiederholt, dass PatientInnen sagen: Ich möchte endlich über mein Trauma reden, oder wahlweise erstaunt sind, dass ich bereits im Erstgespräch oder sogar in der Telefonsprechstunde konkret nachfrage und das Angedeutete näher eruiere und benennen lasse. Mit steter Regelmäßigkeit und bereits zu diesem frühen Zeitpunkt bringen sie zum Ausdruck, dass sie erleichtert und dankbar sind, dass die erlebte Hölle zur Sprache kommen darf. (...) Dabei ist es notwendig, die Dinge beim Namen zu nennen und auch zu bewerten (...). Durchgängig mache ich die Erfahrung, dass die PatientInnen danach erleichtert sind – auch, wenn sie in der ersten Zeit trauriger und erschöpfter sind und mehr hochkommt (...).

*Betr.: Gefahr von Retraumatisierung:* Meiner Erfahrung nach (auch meiner persönlichen) ist es genau umgekehrt: es ist retraumatisierend, wenn NICHT hingeschaut und NICHT ausgesprochen wird, wenn der/die PatientIn Angst haben muss, das Gegenüber bzw. den/die TherapeutIn damit zu sehr zu belasten, wenn die Befürchtung im Raum steht, dass einem nicht geglaubt wird, und weiterhin damit alleine zu bleiben und immer noch nicht zu wissen, ob es wirklich so schlimm war, oder ob man sich alles nur eingebildet hat (was eines der Schemata/Grundüberzeugungen vieler Traumatisierter ist) (...). Wenn wir PsychotherapeutInnen nicht mit den PatientInnen über das Erlebte sprechen oder nur andeuten, dann sind wir zwar unfreiwillig, aber letztlich Teil des Trauma(folge)systems, selber (Mit-)TäterInnen (...).

*Betr.: Dismantling-Studien zur Wirksamkeit von Modifikationen der konfrontativen Traumabehandlung:* Ich möchte gerne auf meine inzwischen 25-jährige Erfahrung (...) mit der *Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)* mit ihren drei Phasen (1. Exposition in sensu; 2. imaginative Konfrontation und Entmachtung des/der TäterIn; 3. Entwickeln von Bildern des Trosts) verweisen, weil diese für mich ebenfalls die genannten Mythen widerlegt. (...) In diesem Zusammenhang ist etwa erwiesen, dass Imagination in sensu die gleichen körperlichen, emotionalen und kognitiven Veränderungen bewirkt wie eine In-vivo-Situation. Als heutige Erwachsene den/die TäterIn zu stoppen und das Kind zu beruhigen und zu trösten, ist keine Modifikation, sondern ein *zusätzliches eigenständiges* Element neben der Exposition. Und es ist in sich ein Quantensprung im Sinne einer vollzogenen Verhaltensänderung (auf Schema-, Glaubens-, Bindungs- und Verhaltenzebene), weil der/die PatientIn nur macht, was er/sie kann/will.

*Betr.: mögliche Gründe für die hohe Bereitschaft, dem direkten Zugang zum Trauma auszuweichen und dafür wohlfeile Argumente zu suchen:* Allem voran und verständlich: Wer will schon gerne in Abgründe schauen und Schmerzhaft-

tes erleben? Meines Erachtens spielen auch bei den PsychotherapeutInnen selbst noch drei andere Aspekte eine Rolle:

- der eigene *Umgang mit Sinn, Gerechtigkeit, unerträglichem Leid* und der Frage nach dem *Warum*,
- auf *Ängsten* beruhendes *Vermeidungsverhalten* auch bei der Arbeit mit PatientInnen,
- mangelnde *Sensibilisierung* für die verschiedenen Spielarten von zwischenmenschlicher Gewalt und deren Schwere und Not (gesamtgesellschaftlich, aber auch unter PsychotherapeutInnen) und damit einhergehend Unterschätzung von Ausmaß und Häufigkeit.

Fazit: Ich plädiere

- für eine *umfassendere und kompetenzorientiertere Aus- und Weiterbildung*, für *Seminare zu Sinnfragen und Auseinandersetzung mit Leid, Schicksal, Tod und Schuld*,
- für die *Erweiterung der Praxis der Selbsterfahrung und Eigenanalyse* in dieser Hinsicht sowie um *Angstbewältigung*,
- für *Sensibilisierung von Gewaltformen in Bild und Ton*, damit entspr. Traumatisierungen nicht abstrakt und „weit weg“ bleiben.

Wissend, dass dies ein schöner Traum ist, der mangels Motivation (die eigene Ausbildungspraxis/das eigene Verfahren zu hinterfragen), Geld und geeignetem Fachpersonal wahrscheinlich niemals umgesetzt wird, wünsche ich dennoch allen KollegInnen Mut und Motivation, mit betroffenen PatientInnen frühestmöglich die „Hölle“ zu durchschreiten. Am Ende wird es Licht (davor nicht)!

Dipl.-Psych. Ursula Gangl  
Tübingen

## Traumatherapeutische Perspektiven jenseits der Verhaltenstherapie

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im Psychotherapeutenjournal 1/2023.

Um es vorweg deutlich zu sagen, was noch begründet wird: Der von primär akademisch tätigen Hochschullehrern, also nicht täglich klinisch praktizierenden ambulant tätigen PsychotherapeutInnen geschriebene Beitrag zeichnet sich durch eine erheblich vereinfachende, verkürzende, weil eine *a priori explizit nur auf verhaltenstherapeutisches Denken und Handeln* bezogene Sichtweise aus, sodass auch die von den Autoren postulierten sogenannten „Mythen“ im Grunde keine genuinen Phänomene, sondern wesentlicher Ausdruck von verdeckten elementaren Ausbildungsdefiziten als Folge einer extremen VT-Dominanz in der BRD sind. Schon im Titel des Beitrages müsste man statt von der „traumafokussierten Psychotherapie“ korrekterweise eigentlich von einer „traumafokussierten Verhaltenstherapie“ sprechen, denn die Wortfolge suggeriert z. B. bei weniger erfahrenen PatientInnen (vielleicht auch AusbildungskandidatInnen), dass „Psychotherapie“ praktisch identisch mit Verhaltenstherapie ist! (...) Wenn (...) vor allem jüngere PsychotherapeutInnen *nur* die PT-Ausbildung in *einem* Richtlinien-Verfahren – VT – haben (und sich dabei auch noch auf einen bestimmten Therapieaspekt – Behandlung von komplexen und prolongierten PTBS – konzentrieren), dann fehlen ihnen zwangsläufig wesentliche inhaltliche professionelle Möglichkeiten der Nutzung z. B. psychodynamischer bzw. tiefenpsychologisch fundierter Therapieansätze oder spezifischer Interventionstechniken. Und u. a. erst auf *dieser* Basis entstehen bei kritisch wahrgenommener und zurückgemeldeter Unzufriedenheit mit den sehr unbefriedigenden Therapie-Erfolgen, bei denen eben Katamnesen von leider nur sechs bis zwölf Monate nicht ausreichen (wie sie bei fast allen VT-Studien nur vorliegen!!) relativ schnell solche vermeintlichen „Mythen“, wie sie die Autoren vereinfachend postulieren. Es gibt mindestens in den letzten 20 Jahren überzeugend gute und umfangreiche Arbeiten gerade zu diesem vermeintlich mythenbelasteten Therapiespektrum, die ein sehr erfolgreiches und evidenzbasiertes tiefenpsychologisch- bzw. mentalisierungsbasiertes psychodyna-

misches Vorgehen, ohne solche vermeintlichen Mythenbildungen, belegen (vgl. zusammenfassend hier nur Wöller & Kruse, 2015, Kapitel „Spezielle psychotherapeutische Techniken“ und „Opfer traumatischer Gewalt“; Fonagy et al., 2010; Kernberg, 1999; Reddemann, 2019; Reddemann & Sachsse, 1997, 1998; Flatten et al., 2016; Peichl, 2013; Rudolf, 2021; Sachsse, 2013; Sack, 2013 ; Sack et al., 2018; Hirsch, 2022 u. v. a. m.). Auch in der Zeitschrift „PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie + Therapie“ gibt es in den Heften der letzten zehn Jahre viele relevante Einzelarbeiten zur traumafokussierten Psychotherapie, ja es gibt sogar ganz aktuell aus sehr *profunder verhaltenstherapeutischer* Sicht des Psychotherapeuten Prof. Dr. Dr. S. K. D. Sulz, der neben seiner VT-Ausrichtung eben auch tiefenpsychologisch-psychodynamische Ansätze vertritt, zwei umfangreiche Bücher (2021, 2022), die sich mit einem explizit „mentalisierungsfördernden“ Herangehen u. a. auch bei solchen Störungen beschäftigen, dabei vielleicht sogar eine Brücke zwischen der VT und TFP schlagen könnten?

*Kurzum:* Wenn man in Deutschland nicht endlich von der einseitigen, streng schulenbezogenen Psychotherapieausbildung wekommt – davon ist leider auch die 2020 mit viel berufspolitischem Wind in Kraft getretene Novellierung der Psychotherapeuten-Ausbildung meilenweit entfernt (!) – und die jungen KollegInnen eben nur den *einen* Grundansatz der VT-Richtlinien-Psychotherapie kennen, können sie niemals „über den Tellerrand“ hinausschauen und z. B. interessante *multimodale* Vorgehensweisen in der Nutzung *wenigstens von zwei* grundlegenden Verfahrens- und Interventionsansätzen (TFP und VT) bei der langfristigen Therapie von komplexen PTBS und ähnlichen Traumafolgestörungen realisieren. Es ist – weitgehend anders als die Autoren einfach plakativ behaupten – durchaus professionell sinnvoll, bei ausgeprägten komplexen PTBS *anfangs erst* eine z. B. primär verhaltenstherapeutisch orientierte „Stabilisierungsphase“ voranzustellen, *um dann* – wenn man die entsprechende Ausbildung und benö-



tigten TFP-Kompetenzen besitzt – eine vertiefende, an der psychodynamisch verständlichen (!) störungserhaltenden Konflikt- und Strukturpathologie als ätiopathogenetischem Hintergrund arbeitende, beide Seiten mehr belastende Vorgehensweise anzuwenden. Ich selbst habe in den mehr als fünf Jahrzehnten klinisch psychotherapeutischer ambulanter Tätigkeit besonders in den vergangenen drei Jahrzehnten meiner Praxisniederlassung dieses kombinierende Herangehen bei solchen komplexen Störungsbildern mit auch katamnestisch (3-Jahres-Zeitraum) belegten relativ guten Erfolgen und Abbruchquoten unter 25 % realisiert. (...)

*Zum Schluss:* Es sollte also besser nicht weiter über vermeintliche „Mythen“ sinniert werden, sondern besser über die *realen* Ursachen der potentiellen professionellen Unzufriedenheiten mit ausschließlich VT-bezogenem Vorgehen (als vermeintlichem „Gold-Standard“) und der daraus real resultierenden, von den Autoren beklagten „Zurückhaltung“ gegenüber evidenzbasierten Verfahren wie der „Prolongierten Expositionstherapie“ reflektieren. An der beklagten fehlenden „Neuaufgabe“ des nicht verfügbaren Manuals des Lichtenauer Probst-Verlages wird es mit Sicherheit nicht liegen, wenn ehrliches professionelles Interesse bei den anwendenden PsychotherapeutInnen und erlebte Erfolgchancen gegeben wären!

Dipl.-Psych. PD Dr. phil. habil.  
Wolfram Zimmermann  
Bernau bei Berlin

### Literatur

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2016). Posttraumatische Belastungsstörung-S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2010). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Hirsch, M. (2022). Traumatische Realität und psychische Struktur-Zur Psychodynamik schwerer Persönlichkeitsstörungen. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Kernberg, O. F. (1999) Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. PTT-Persönlichkeitsstörungen, 1, 5-15.

Peichl, J. (2018). Die inneren Traumalandschaften. Borderline \* Ego-State \* Täter-Introjekt. Stuttgart: Schattauer.

Reddemann, I. & Sachsse, U. (1997). Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1: Stabilisierung. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie + Therapie, 2, 113–147.

Reddemann, I. & Sachsse, U. (1998). Reddemann, I. & Sachsse, U. (1998). Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 2: Traumaexposition. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie + Therapie, 3, 77–82.

Reddemann, I. (2008). Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie, PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachsse, U. (2013). Traumazentrierte Psychotherapie – Theorie, Klinik und Praxis (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. (2014). Schonende Traumatherapie. Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hrsg.). (2015). Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.

Sulz, S.K.D. (2021). Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sulz, S.K.D. (2022). Praxisleitfaden Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.). (2015). Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Leitfaden (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

## Auf der Suche nach dem Mythos

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im Psychotherapeutenjournal 1/2023.

Wenn in einem Text von „Mythos“ die Rede ist, werde ich aufmerksam, denn ich habe vor (ich kann es selbst kaum glauben) 50 Jahren über *Mythos und Psychologie* promoviert. In dem Fall, zu dem ich hier Stellung nehme, wurde ein in erster Linie an dem Aufbau einer haltgebenden Beziehung und einem Verstehen der speziellen Situation des Opfers einer traumatischen Erfahrung orientiertes Vorgehen als „Mythos“ bezeichnet. Es verzögere die als richtig und wirksam konnotierte „evidenzbasierte“ Behandlung, die nach Meinung der Autoren zu selten und zu spät angewendet werde.

Mythos ist ursprünglich als Gegensatz zum Logos entworfen worden. Er meint das ohne kritische Nachfrage gültige Wort und wurde in Griechenland vor allem erzählt, um Verbindungen von Orten und Genealogien mit der Götterwelt zu knüpfen. Im Lauf der Jahrhunderte hat sich die Bedeutung trivialisiert; wir gebrauchen das Wort vor allem, um ein Denken zu charakterisieren, das so von

sich selbst überzeugt ist, dass es Differenzierungen abweist.

Je länger ich nun versucht habe, in dem angesprochenen Text den Mythos aufzufinden, desto mehr wuchs meine Überzeugung, dass nicht die vielen Kolleginnen, die sich angesichts einer traumatisierten Patientin je nach Lage der Dinge in unterschiedlicher Weise mit dem Aufbau einer haltgebenden Beziehung beschäftigen, sozusagen im Mythos leben. Nein, es sind die Autoren, die ihren eigenen Mythos der einzig seligmachenden Evidenzbasis um jeden Preis durchsetzen wollen, als ob es möglich wäre, das Unbewusste, das Geheimnis und die Tragödie durch Tools aus der Welt zu schaffen.

Dr. Dipl.-Psych. Wolfgang Schmidbauer  
München

## Mythenentlarung als Farce

Zum selben Beitrag von P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh im Psychotherapeutenjournal 1/2023.

Der Artikel von Herzog, Kaiser und de Jongh behauptet mit dem Titel, dass die adäquate Versorgung von Menschen mit Traumafolgestörungen an Mythen scheitere, denen Psychotherapeut:innen anhängen. Einen Beleg für diesen Vorwurf bleiben die Autoren schuldig, wenn man denn die berichtete Zustimmung mancher Psychotherapeut:innen zu Aussagen wie jener, dass Exposition bei komplexen Fällen schlecht wirke, nicht gleich zum häretischen Abfall vom Glauben an die Leitlinie hochstilisieren möchte. Im Gegenteil enthält der Literaturüberblick einige Hinweise auf die tatsächlichen Gründe, die leitliniengerechte Psychotherapie insbesondere bei komplexen Traumafolgestörungen mit zahlreichen Komorbiditäten erschweren, etwa die Herausforderungen für das Zeitmanagement durch die Notwendigkeit prolongierter Sitzungen zur Exposition.

Die Erkenntnis, dass Traumafolgestörungen mit Exposition behandelt werden sollen, findet sich schon zur Geburtsstunde unserer Profession (Freud

& Breuer, 1895). Jede Meta-Analyse, jede Leitlinie betont heute die Bedeutung einer Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Wer widerspräche? War Frank Neuners Artikel zu Mythen in der Traumatherapie bei seinem Erscheinen noch erfrischend (Neuner, 2008), so wiederholt sich die Geschichte der Mythen hier als Farce. Die Psychotraumatologie steht heute vor ganz anderen Herausforderungen als vor 15 Jahren – zum Beispiel den Fragen nach Staging, Personalisierung, Shared Decision-Making, Optimierung allgemeiner Wirkfaktoren, Monitoring und Feedback, der Frage, wie die Behandlung lange vernachlässigter Komorbiditäten, wie sexueller Symptome und Störungen, sich stimmig in ein traumafokussiertes therapeutisches Vorgehen einfügen lassen können, und nicht zuletzt auch der Frage, wie Lebensqualität und Funktionsniveau Betroffener langfristig verbessert werden können (Cloitre et al., 2020; Karatzias & Cloitre, 2019; Nijdam et al., 2023; Norman, 2022). Einen Mythos zu entlarven, dem niemand anhängt, entspricht dagegen einem Taschenspielertrick.

Dem idealistischen Blick, man müsse zum Zwecke der Verbesserung der Versorgung die verkehrten Gedanken der Psychotherapeut:innen geradebiegen, möchte ich darüber hinaus eine materialistische Sichtweise entgegenhalten: Curricula, Zertifizierungen, Supervision, ständige telefonische Erreichbarkeit, organisatorische Herausforderungen durch prolongierte Sitzungen, all das erfordert Zeit und Mühe, wird aber nicht vergütet. Intensive stationäre Therapie durch gut geschultes Personal ist weniger lukrativ als möglichst gesunde Patient:innen durch PiA behandeln zu lassen. Kein Wunder, dass es immer mehr psychosomatische Betten gibt, aber psychotraumatologische Abteilungen schließen. So überrascht auch nicht, dass insbesondere Traumatisierte aus gesellschaftlich stigmatisierten Gruppen wie Sexarbeiter:innen, Suchtmittelkonsument:innen, Wohnungs- oder Arbeitslose, rassifizierte Gruppen, LGBTQIA+ oder Menschen mit psychotischen Symptomen mit ihren Bedarfen immer wieder auf der

Strecke bleiben und statt einer Leitlinienbehandlung stationär-psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung erhalten. Diese systematische soziale Ungerechtigkeit ist der Skandal, und darüber zu sprechen, täte Not. Ermahnungen hingegen, um Peter Hacks zu zitieren, verhärten nur.

Dr. Leonhard Kratzer  
Priem am Chiemsee

### Literatur

- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S. et al. (2011). Attitudes Toward Borderline Personality Disorder: A Survey of 706 Mental Health Clinicians. *CNS Spectrums*, 16 (3), 67–74.
- Cloitre, M., Cohen, Z. & Schnyder, U. (2020). Building a Science of personalized Interventions for PTSD. In D. Forbes, J. I. Bisson, & C. M. Monson (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 451–468). New York: The Guilford Press.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Wien: Deuticke.
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M. (2010). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60 (3–4), 126–131.
- Karatzias, T. & Cloitre, M. (2019). Treating Adults With Complex Posttraumatic Stress Disorder Using a Modular Approach to Treatment: Rationale, Evidence, and Directions for Future Research. *Journal of Traumatic Stress*, 32 (6), 870–876.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18 (2), 109–118.
- Nijdam, M. J., Vermetten, E. & McFarlane, A. C. (2023). Toward staging differentiation for posttraumatic stress disorder treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147 (1), 65–80.
- Norman, S. B. (2022). Effectiveness of currently available psychotherapies for post-traumatic stress disorder and future directions. *World Psychiatry*, 21 (2), 309–310.

## Von Rückschritten zu Fortschritten in der Psychotraumatologie: Eine Replik, warum nur Unterschiede einen Unterschied machen

Replik der Autoren auf die vorausgehend aufgeführten Leserbriefe zu ihrem Beitrag im *Psychotherapeutenjournal* 1/2023.

*„Wenn wir Unterschiede herunterspielen, Dissens dämpfen und Kritik einschränken, werden wir keinen Schritt*

*voranmachen. In der Tat sind es Unterschiede, die den Unterschied ausmachen. Unterschiede sind es, die die Wissenschaft inspirieren, die das Fachgebiet voranbringen und letztlich den traumatisierten Patient:innen helfen.“* (freie und abgewandelte eigene Übersetzung: McNally, 2007)

Wir danken zunächst einmal der Redaktion des *Psychotherapeutenjournal*s für die Möglichkeit einer Reaktion auf die zahlreichen Leserbriefe, die zu unserem Artikel Stellung genommen haben. Ebenso danken wir den vielen Leser:innen, die uns neben positivem Feedback (z.B. Leserbrief von Dipl.-Psych. Mark Novy) und vertiefenden Ausführungen (z.B. Leserbrief von Dipl.-Psych. Ursula Gangl) auch kritische Kommentare (z.B. Leserbrief von Dr. Thomas Munder & Prof. Dr. Christoph Flückiger sowie von Dr. Leonhard Kratzer) gesendet haben.

Insgesamt waren wir von den unzähligen Rückmeldungen aus dialektischer Sicht überrascht: positiv überrascht zum einen von dem uns auf unterschiedlichen Wegen eingegangenen überwiegend befürwortendem Zuspruch, bei dem wir aufgrund der Brisanz des Artikels (fast) mit noch mehr Gegenwind gerechnet haben. Wir scheinen hier im positiven Sinne einen Nerv getroffen zu haben und interpretieren das als einen guten Schritt vorwärts zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen.

Wir fühlen uns durch den positiven Zuspruch u. a. durch die Briefe von Novy und Gangl bestätigt darin, den Diskurs in Deutschland wieder aufgenommen zu haben. Sie erinnern uns an die gute Nachricht, dass wir bereits viele Patient:innen mit (komplexer) PTBS mit traumafokussierter Psychotherapie effektiv behandeln können. Ergänzend zu den Ausführungen von Novy ist zudem eine häufige unerwünschte Folge von ineffektiven Behandlungen, die bisher nur wenig untersucht wurde, die negativen Therapieerwartungen, die auf Seiten der Patient:innen entwickelt werden und zukünftige Behandlungsversuche

verhindern oder zumindest erschweren können (Herzog, Kaiser et al., 2022): In der Tat stellen Erwartungen der Patient:innen an eine Psychotherapie einen wichtigen Prädiktor für deren Erfolg dar (Constantino et al., 2011, 2018; Glass et al., 2001; Greenberg et al., 2006; Price et al., 2008; Price & Anderson, 2012). Weiterhin verdeutlichen die Ausführungen von Gangl spannende klinische Phänomene, die zunehmend stärker erforscht werden: Hier sind insbesondere die gravierenden Auswirkungen von Kindesmisshandlung in Form von emotionalem Missbrauch auf ähnlich komplexe und schwere psychische Störungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörung zu nennen (Herzog, Kube et al., 2022), aber auch die Motive von Patient:innen, den erlebten Traumata einen Sinn zu geben. Letzteres steht wiederum im Zusammenhang mit dem sog. „Self-triggering“ – einem Phänomen, bei dem eine Untergruppe von Patient:innen explizit Erinnerungen an ihre traumatischen Erlebnissen außerhalb des therapeutischen Kontextes aufsuchen (Bellet et al., 2020; McGhie et al., 2022; Musicaro et al., 2021).

In der Tradition der Psychotraumatologie haben wir insbesondere auch die kritischen Kommentare und Briefe von Leser:innen des Psychotherapeutenjournals erwartet. Gleichzeitig waren wir jedoch auch negativ überrascht von den Aussagen einzelner „sehr lauter“ kritischer Stimmen, die die Debatte in Deutschland aus unserer Sicht eher wieder einen Schritt zurückwerfen könnten. Sie verkennen zum Teil die Intention unseres Artikels, weswegen wir nun auf die zentralen Bedenken näher eingehen möchten.

Zuallererst möchten wir festhalten, dass der Fokus unseres Artikels auf der *Forschungs-Praxis-Lücke sowie deren Gründen* und weniger auf der Schulenorientierung sowie Präferenz für ein Verfahren per se liegt, auch wenn wir anerkennen, dass der Artikel aufgrund unseres Hintergrunds und der ausgewählten Literatur so gelesen werden kann. Wir räumen in diesem Zusammenhang ein, dass wir als wissenschaftlich tätige klinische Psychologen

nur Methoden präsentieren, zu denen es (belastbare) Daten gab. Dieser Aspekt kann uns zwar als Einseitigkeit ausgelegt werden, in der Tat teilen wir jedoch den aus unserer Sicht positiven Trend zur kompetenz- statt schulenorientierten Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut:innen (S. 31). Wir waren und sind der Überzeugung, dass eine strikte Verfahrenorientierung auch in dieser Diskussion nicht hilfreich ist: Neben klassischen verhaltenstherapeutisch-orientierten Methoden haben wir daher zum Beispiel auch neue Methoden wie Imagery Rescripting (S. 30) und über die Verfahren hinweg eingesetzte Methoden wie EMDR in die Debatte miteinbezogen. Die (fehlende) Evidenz zur Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (S. 34) diskutieren wir ebenfalls – es hätte uns sehr gefreut, hier positive Wirksamkeitsnachweise anführen zu können. Die von Herrn Dr. Zimmermann angeführten Verweise auf „evidenzbasiertes tiefenpsychologisches Vorgehen“ enthalten sie jedenfalls nicht, sondern sind eher Ausdruck von Eminenzbasierung. Dass es gut ausgearbeitete therapeutische Strategien in diesem Bereich gibt, stellen wir gar nicht in Abrede, aber auch diese haben ihre Wirksamkeit in methodisch gut durchgeführten klinischen Studien zu demonstrieren, bevor sie als zusätzliche Optionen empfohlen werden können. Den Vorwurf von Zimmermann, eine „erheblich vereinfachende, verkürzende, weil eine a priori explizit nur auf verhaltenstherapeutisches Denken und Handeln bezogene Sichtweise“ zu präsentieren, weisen wir daher zurück. Wie Zimmermann selbst richtig anmerkt, ist es vor allem die streng schulenbezogene Psychotherapieausbildung, die uns vor viele Probleme stellt. Dazu dürfte auch die weitere Verbreitung konfrontativer Methoden zählen. Die Reduktion der Debatte auf die alten Fronten des „Schulstreits“ möchten wir ungern zulassen, da sie keinen Schritt vorwärts erlaubt. Auch das hervorgebrachte Argument des Alters und der Erfahrung ist eine steile Hypothese und steht auf wackligem Fundament: Ein robuster Nachweis des Zusammenhangs zwischen Erfahrung und besseren Therapieergebnissen ist

bislang nicht gelungen (Germer et al., 2022). Eine alte Frage erscheint im Lichte dieses Leserbriefes daher weiterhin hochaktuell: „Should the advocacy tail wag the scientific dog?“ (McNally, 2007).

Wir sind überzeugt, dass eine kritische Auseinandersetzung mit Studien und Daten bei verfahrensoffener Haltung essentiell ist, auch wenn sie uns auf Unterschiede zwischen Forschung und Praxis, aber auch zwischen Methoden – unabhängig von der starren Schulenorientierung – hindeuten. Wie eingangs erwähnt: Nur Unterschiede können einen Unterschied machen. Zwar scheint das auf den ersten Blick Gräben zu schüren, auf den zweiten Blick wird jedoch hoffentlich auch deutlich, dass wir neben kritischen Daten zur Nutzung von verhaltenstherapeutisch orientierten Methoden (Lindauer et al., 2022; Pittig et al., 2019), auf die sich unsere Argumentation stützt, ebenso die Probleme, wie z. B. hohe Non-Response- und Dropout-Raten bei diesen Methoden (z. B. S. 34), aufführen, was verdeutlicht, dass wir uns der Grenzen des „eigenen Verfahrens“ durchaus bewusst sind und es zukünftig wichtig ist, die Patient:innen zu erreichen, die bisher noch nicht erfolgreich behandelt wurden.

Besonders spannend fanden wir die methodische Kritik von Munder & Flückiger, welche abschließend anmerken, dass die „empirische Überlegenheit von Traumaexposition gegenüber anderen Traumatherapien ... sich somit selbst als Mythos“ erweist. Sie stützen diese Aussage darauf, dass die als „nicht traumafokussiert“ klassifizierten Vergleichsbedingungen keinesfalls der Routineversorgung entsprechen.

Munder und Flückiger führen ältere „Meta-Analysen, die eine solche Vermischung [verschiedener Kontrollbedingungen] vermeiden“ als Argument an. Hierzu sind zwei Dinge anzumerken. Da wir es für wichtig halten, solche Fragen auf dem aktuellen Stand der Evidenz zu diskutieren, verweisen wir auf die gerade erschienene Netzwerk-Meta-Analyse von Yunitri et al. (2023). Im Vergleich

zu Gerger et al. (2014) enthält sie 32 neue Studien mit 1.377 Patient:innen: Hier zeigten sich in der Ranganalyse die von uns aufgeführten traumafokussierten Methoden als überlegen. Für die Auswahl der geeignetsten Behandlungsmethode sollte die Frage im Vordergrund stehen, welche Methode mit der größten Sicherheit die größten Erfolge erzielt.

Häufig entsprechen die nichttraumafokussierten Methoden tatsächlich teilweise dem, was in der Praxis angeboten wird. Eine schnelle Recherche zeigt, dass (fast) alles, was die Autor:innen als „nicht-traumafokussierte“ klassifizierte Methoden (z.B. Entspannung, Biofeedback, Psychoedukation oder Meditation) aufzuführen, auf verschiedenen Homepages von Traumatherapeut:innen im Behandlungsangebot zu finden ist. Die meisten nichttraumafokussierten Methoden, die in Studien teilweise als Kontrollbedingung gewählt wurden, scheinen daher in der Praxis eingesetzt zu werden. Spitze Zungen würden behaupten, dass die „Present-centered therapy ohne Trauma-bezug“ als Kontrollbedingung die in der Praxis häufig anzutreffende Vermeidung von Trauma-bezug bzw. Langzeit-Stabilisierung durch Praktiker:innen abbildet.

Mehrere Briefe widmen sich explizit der Behandlung von komplexer PTBS (z. B. die Briefe von Dipl.-Psych. Martina Hahn und Dr. Carina Contreras). Wir stimmen zu, dass die Anerkennung der Komplexität und Heterogenität von psychischen Problemen nach traumatischen Erfahrungen extrem wichtig ist. Nach der Definition des DSM-5 gibt es 636.120 (rechnerisch) potenzielle klinische Erscheinungsbilder der PTBS (Galatzer-Levy & Bryant, 2013), wobei 55,1 % aller PTBS-Patient:innen ein einzigartiges Symptommuster aufweisen (Bryant et al., 2022). Der Aussage von Hahn zum „Kern des Problems: dort, wo keine Diagnose gegeben ist, ist auch keine Forschung möglich“ ist auf den ersten Blick kaum zu widersprechen, allerdings wurden traumafokussierte Methoden bereits bei vielen anderen Störungsbildern erfolgreich eingesetzt – so zum Beispiel bei depressiven Störungen und Persönlich-

keitsstörungen (Dominguez et al., 2021; Hafkemeijer et al., 2020). Dass auch bei anderen diagnostischen Gruppen traumatische Erlebnisse vorzufinden sind, haben wir nicht bezweifelt. Tatsächlich sind wir überzeugt, dass auch in vielen dieser Fälle ein traumafokussiertes Vorgehen wünschenswert wäre.

Aktuell gibt es in der Forschung interessanterweise viele Bemühungen, die Komplexität psychischer Probleme unabhängig von strikten Diagnosen nach ICD-11 oder DSM-5 näher zu untersuchen. Eines der prominentesten Beispiele – die Netzwerktheorie (McNally et al., 2015) – gründet in dem stärkeren Fokus auf idiographische (d.h. personenspezifische) Ansätze: dem Verständnis von psychischen Problemen als komplexen Systemen kontextualisierter dynamischer Prozesse, die aus biologischen, psychologischen und sozialen Elementen bestehen (Fried, 2022). Kurzum: Es existiert „diagnose-unabhängige“ Forschung in der Psychotraumatologie, die uns hoffentlich Schritte vorwärts ermöglichen wird.

Die Aussage „Vorliegende Studienergebnisse stetig wieder zu zitieren, macht sie nicht richtiger“ sowie den Vorwurf, wir würden verallgemeinern und die Art der Traumatisierung nicht beachten, können wir nicht ganz nachvollziehen. Die von uns zitierten Studien enthalten sowohl die geforderte „Differenzierung bezüglich der Art der Traumatisierung“, als auch sehr differenziert erhobene Beschwerden jenseits der PTBS-Kernsymptomatik. Hier sind noch einmal die positiven Effekte bei komplexen und mehrfach traumatisierten Patient:innen hervorzuheben (Kolthof et al., 2022; van den Berg et al., 2015; van Pelt et al., 2021; Voorendonk et al., 2020) – aus unserer Sicht alles „adäquate Studien“ mit „angemessenem Studiendesign, in das schwersttraumatisierte Patient\*innen mit allen Komorbiditäten und Instabilitäten“ einbezogen wurden.

Als weiteres Argument werden Zitate aus der S-3 Leitlinie aus 2019 (Hahn) als auch den NICE-Guidelines von 2018 (Contreras) hinzugezogen, die wir zwar

mit Interesse gelesen haben und deren Aussagen wir grundsätzlich nicht widersprechen können, für deren Überarbeitung wir jedoch gerade im Hinblick auf diesen Aspekt aufgrund aktueller Studien im letzten Abschnitt plädieren, die nach der Publikation beider Leitlinien veröffentlicht wurden (S. 34). Bei genauerer Betrachtung findet sich zudem bspw. in den S-3-Leitlinien neben dem zitierten Statement von Hahn der Empfehlungsgrad: Er ist auf der untersten Stufe des Empfehlungsgrades – dem klinischen Konsenspunkt (KKP) angesiedelt – und hat dort wiederum mit 81 % keinen sonderlich starken Konsens erhalten (starker Konsens: >95 % der Stimmberechtigten). Die stärkere Gewichtung von Expert:innenurteilen gegenüber empirischen Studien und ihrer kritischen Zusammenfassung in Meta-Analysen halten wir für problematisch. Ein kritischer Diskurs zu Leitlinien wurde dazu auf internationaler Ebene geführt (Cloitre, 2016; de Jongh et al., 2016).

Wir stimmen der Feststellung von Kratzer zu, dass es zahlreiche Herausforderungen im Bereich der Psychotraumatologie jenseits von der therapeutischen Technik gibt und würden uns sogar einigen aufgeführten Beispielen anschließen. Angesichts unserer früheren Publikationen stehen wir wohl kaum im Verdacht, die Bedeutung von Feedback-Systemen in der Psychotherapie oder das Potenzial personalisierter Psychotherapie kleinzureden. Zudem finden wir es auch wichtig, den Zugang für gesellschaftlich stigmatisierte Gruppen zu verbessern – wohlgemerkt den Zugang zu nachweislich wirksamen Behandlungsangeboten, deren Verfügbarkeit jedoch weiterhin aufgrund von mangelnder Dissemination und Implementierung limitiert ist. Der Vorwurf von Kratzer, wir würden einen Pappkameraden erschaffen, da die Praxis ohnehin längst „auf Linie“ sei, ist daher aus unserer Sicht schnell ausgeräumt. Immerhin führen wir ja nicht nur eine Befragung von Psychotherapeut:innen an, sondern auch eine Auswertung von Routinedaten, in der sich klar zeigte, dass viele Patient:innen eben keine konfrontative Behandlung erhielten (Rosner

et al., 2010). Zudem zeigten Lindauer et al. (2022), dass die Anwendung trauma-fokussierter Methoden längst nicht so verbreitet ist, wie es die stärkere Verbreitung von Leitlinien und Zertifizierungen vermuten lässt. Ob sich im Zeitraum nach diesen Studien etwas verändert hat, bleibt unklar. Klar ist aber, dass einige der von uns aufgeführten Mythen noch vor wenigen Jahren Gegenstand lebhafter Diskussionen in der Psychotraumatologie waren (de Jongh et al., 2016). Auch verweisen wir auf eine im deutschsprachigen Bereich sehr verbreitete Methode, die die Notwendigkeit einer Konfrontation grundsätzlich in Frage stellt. Dass ausgerechnet Freud als Kronzeuge der Konfrontation angeführt wird, entbehrt nicht einer gewissen Ironie – handelt es sich bei der explizit nicht konfrontativen Technik doch um eine psychoanalytisch begründete Therapiemethode.

Gangl steigt letztlich damit ein, dass eine kontroverse Debatte zu erwarten sein wird, „weil für viele KollegInnen evidenzbasierten oder gar manualisierten Verfahren der Geschmack von Oberflächlichkeit und Technikorientierung anhaftet, in diesem Kontext gar von Unmenschlichkeit“. Auch damit haben wir uns in unserer praktischen und wissenschaftlichen Arbeit häufig konfrontiert gesehen und spannenderweise beim Lesen der Briefe einige Parallelen zu vergangenen Diskussionen im Feld der Psychotraumatologie erkannt, die auch auf internationaler Ebene geführt wurden (Kilpatrick, 2006; McNally, 2007): Häufig wurde und wird – wie aus den vielen Rückmeldungen deutlich wird – in der Geschichte der Psychotraumatologie gemahnt, die traumatisierten Patient:innen nicht aus den Augen zu verlieren, denn sie sind die eigentlichen Nutznießer:innen unserer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit. Kilpatrick (2006) wies vor über 15 Jahren daraufhin, dass traumatisierte Patient:innen wahrscheinlich „lieber sehen würden, dass wir zusammenarbeiten, als dass wir uns zanken und streiten“, da Streitigkeiten in der Psychotraumatologie oft in persönliche Angriffe ausarten. Daher sind wir letztlich skeptisch, ob polemisch

anmutende Spekulationen über unsere Motive (Schmidbauer: „Nein, es sind die Autoren, die ihren eigenen Mythos als einzig seligmachende Evidenzbasis um jeden Preis durchsetzen wollen“; Kratzer: „Einen Mythos zu entlarven, dem niemand anhängt, entspricht dagegen einem Taschenspielertrick“ und „Dem idealistischen Blick, man müsse zum Zwecke der Verbesserung der Versorgung die verkehrten Gedanken der Psychotherapeut:innen geradebiegen“) angesichts einer Öffentlichkeit, die zu recht vom Berufsstand erwartet, das eigene Handeln wissenschaftlich abzusichern, zielführend oder doch letztlich besser als Argumentum ad hominem zu werten sind. Über Sinn und Unsinn der Verwendung des sehr uneinheitlich verwendeten Begriffs „Mythos“ (z. B. Leserbrief von Dr. Wolfgang Schmidbauer) lässt sich trefflich diskutieren – wir halten seine Verwendung aber für gerechtfertigt. Im Artikel werden drei weit verbreitete, das therapeutische Handeln häufig bestimmende Überzeugungen aufgegriffen, die durch wenig mehr als den kollektiven Glauben an sie aufrechterhalten werden und letztlich Schritte vorwärts verhindern, denen zu helfen, denen wir verpflichtet sind: schwer traumatisierten Patient:innen.

Philipp Herzog, Tim Kaiser &  
Ad de Jongh  
Harvard/Berlin/Amsterdam

### Literatur

Bellet, B. W., Jones, P. J. & McNally, R. J. (2020). Self-Triggering? An Exploration of Individuals Who Seek Reminders of Trauma. *Clinical Psychological Science*, 8(4), 739–755.

Bryant, R. A., Galatzer-Levy, I. & Hadzi-Pavlovic, D. (2022). The Heterogeneity of Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5. *JAMA Psychiatry*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4092> (30.04.2023).

Cloitre, M. (2016). Commentary on De Jongh et al. (2016) Critique of Istss Complex Ptsd Guidelines: Finding the Way Forward. *Depression and Anxiety*, 33(5), 355–356.

Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. A. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 184–192.

Constantino, M. J., Visla, A., Coyne, A. E. & Boswell, J. F. (2018). A Meta-Analysis of the Association between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy*, 55 (4), 473–485.

De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M. et al.

(2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33 (5), 359–369.

Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A. & Lee, C. W. (2021). Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16 (7), e0254778.

Fried, E. I. (2022). Studying Mental Health Problems as Systems, Not Syndromes. *Current Directions in Psychological Science*, 31 (6), 500–508.

Galatzer-Levy, I. R. & Bryant, R. A. (2013). 636,120 Ways to Have Posttraumatic Stress Disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (6), 651–662.

Germer, S., Weyrich, V., Bräscher, A.-K., Mütze, K. & Witthöft, M. (2022). Does practice really make perfect? A longitudinal analysis of the relationship between therapist experience and therapy outcome: A replication of Goldberg, Rousmaniere, et al. (2016). *Journal of Counseling Psychology*, 69, 745–754.

Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy*, 38 (4), 465–461.

Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26 (6), 657–678.

Hafkemeijer, L., de Jongh, A., van der Palen, J. & Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1), 1838777.

Herzog, P., Kaiser, T., Rief, W., Brakemeier, E.-L. & Kube, T. (2022). Assessing Dysfunctional Expectations in Posttraumatic Stress Disorder: Development and Validation of the Posttraumatic Expectations Scale (PTES). *Assessment*, 10731911221089038.

Herzog, P., Kube, T. & Fassbinder, E. (2022). How childhood maltreatment alters perception and cognition – the predictive processing account of borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 52 (14), 1–18.

Kilpatrick, D. (2006). Our common bonds. *Traumatic Stress Points*, 20 (2), 2.

Kolthof, K. A., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A. & De Jongh, A. (2022). Effects of intensive trauma-focused treatment of individuals with both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2143076.

Lindauer, M., Linden, M. & Muschalla, B. (2022). Verständnis ambulanter Verhaltenstherapeuten von Belastungsreaktionen und PTBS. *Verhaltenstherapie*, 32 (4), 186–195.

McGhie, S. F., Bellet, B. W., Mellen, E. J. & McNally, R. J. (2022). Self-triggering: Does function determine pathogenesis? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1037/tra0001195> (30.04.2023).

McNally, R. J. (2007). Revisiting Dohrenwend et al.'s revisit of the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 481–486.

McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W. Y., Wang, L., Deserno, M. K. & Borsboom, D. (2015). Mental Disorders as Causal Systems: A Network Approach to Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science*, 3 (6), 836–849.

- Musicaro, R., Bellet, B. W. & McNally, R. J. (2021). Is avoidance the only issue? A case study of „self-triggering“ in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1037/tra0001172> (30.04.2023).
- Pittig, A., Kotter, R. & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists with Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*, 50 (2), 353–366.
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. C. & Rothbaum, B. O. (2008). Greater Expectations: Using Hierarchical Linear Modeling to Examine Expectancy for Treatment Outcome as a Predictor of Treatment Response. *Behavior Therapy*, 39 (4), 398–405.
- Price, M. & Anderson, P. L. (2012). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 49 (2), 173–179.
- van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A. & van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients with a Psychotic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72 (3), 259–267.
- van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C. & de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1917876.
- Voorendonk, E. M., De Jongh, A., Rozendaal, L. & Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: Results of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1), 1783955.
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Wiratama, B. S., Lee, T.-Y., Chang, L.-F. et al. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 1–13.

## 42. Deutscher Psychotherapeutentag: Dr. Andrea Benecke ist neue Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer

Am 5. und 6. Mai 2023 fand der 42. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Frankfurt am Main statt. Mit Spannung wurde die Wahl eines neuen Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) erwartet, denn Dr. Dietrich Munz hatte im Vorfeld angekündigt, nach achtjähriger Präsidentschaft nicht mehr für dieses Amt zu kandidieren. Als neue Präsidentin wurde Dr. Andrea Benecke gewählt.

Nach der Eröffnung durch die Versammlungsleitung begrüßte zunächst Dr. Heike Winter, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen, die Delegierten und Gäste. Sie widmete sich in ihren Ausführungen insbesondere dem Thema der Wartezeiten. Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration, betonte in seinem Grußwort vor allem die Anforderungen an die Profession im Zeitalter sich überlappender Krisen. Er bedankte sich für die Unterstützung der Psychotherapeutenchaft bei der Bewältigung der Corona-Pandemie. Er betonte, dass es beim Abbau der Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz sehr auf die Konkretisierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Ziele ankommen werde.

Im weiteren Verlauf des ersten Tages des 42. DPT folgten Rückblicke und Berichte des BPtK-Vorstandes sowie der Ausschüsse und Kommissionen. Im Bericht des Vorstands griff Dr. Munz einige zentrale Themen auf, die seine Präsidentschaft besonders geprägt haben. Ein Schwerpunkt war die Ausbildungsreform für Psychotherapeut\*innen. Dabei betonte Munz die Erfolge, die hier bereits erzielt werden konnten. Insbesondere die Verankerung eines breiten



V. l. n. r.: Dr. Dietrich Munz, Dr. Heike Winter, Kai Klose

(Fotos: Raman El Atiaoui)

Berufsbilds der Psychotherapeut\*innen im Gesetz sei von großer Bedeutung für die Weiterentwicklung der Tätigkeitsprofile und Berufschancen für die zukünftigen Kolleg\*innen gewesen. Besonders lobte Dr. Munz die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Schaffung bundesweit vergleichbarer Regelungen in einem föderalen System. Es fehle jedoch noch an einer gesetzlichen Regelung zur ausreichenden Finanzierung der Weiterbildung. Hier gelinge die Zusammenarbeit in der konzertierten Aktion der Psychotherapeutenchaft, bei der Landeskammern, Verbände, die Psychologiestudierenden, die Psychotherapeut\*innen in Ausbildung und die BPtK zusammenkommen, um gemeinsam ihren Einfluss in der Politik geltend zu machen. Die beim Deutschen Bundestag eingereichte Petition zur finanziellen Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung, ein Kernstück der konzertierten Akti-

on, war am Vortag zur Mitzeichnung freigeschaltet worden. Der DPT votierte einstimmig für einen Antrag zur Unterstützung dieser Petition und rief zur Mitzeichnung auf, um das notwendige Quorum von 50.000 Unterschriften zu erreichen. Der Zeitraum für die Zeichnung lief vom 3. Mai bis zum 1. Juni 2023. Mittels einer Resolution appellierte der DPT auch direkt an die Politik, hier entsprechende gesetzliche Regelungen zu schaffen.

Als weiteres Moment, das seine Präsidentschaft charakterisiere, sei, so Munz, das Zusammentreffen gleich mehrerer tiefgreifender gesellschaftlicher Krisen zu betrachten: der Klimakrise, des russischen Angriffskriegs in der Ukraine, der Armutskrise und der Corona-Pandemie. Angesichts all dieser Herausforderungen betonte Munz die gestiegene Verantwortung der BPtK als wichtigem und nach mittlerweile

20 Jahren im Gesundheitswesen fest etabliertem Akteur. Er verabschiedete sich mit großem Dank an die Delegierten des DPT, den Länderrat, die Mitwirkenden in den Gremien, die Verbände, die Geschäftsstelle der BPtK und ganz besonders an die Mitglieder des Vorstands. Gerade die vertrauensvolle und sachorientierte Zusammenarbeit des Vorstands habe es ermöglicht, immer wieder den Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Interessen innerhalb der Profession zu finden und gegenüber der Bundespolitik zu vertreten. Die Delegierten spendeten Dr. Munz minutenlang stehenden Applaus für seine Leistungen.

Die Versammlungsleitung dankte Dr. Munz und dem scheidenden Vorstand, Dr. Andrea Benecke, Dr. Nikolaus Melcop, Cornelia Metge und Wolfgang Schreck für ihre Leistungen im Vorstand der BPtK.

Am zweiten Tag des DPT erfolgte die Wahl des neuen Vorstands der BPtK. Als neue Präsidentin wurde Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und in der vorangegangenen Legislaturperiode Vizepräsidentin der BPtK, gewählt. Sie ist derzeit Leiterin der Ausbildungsambulanz für Psychotherapie an der Universität Mainz.



Dr. Dietrich Munz



Versammlungsleitung: Juliane Sim, Birgit Gorgas, Stuart Massey Skatulla

Als Vizepräsident\*innen wurden Sabine Maur und Dr. Nikolaus Melcop gewählt. Sabine Maur ist niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und seit fünf Jahren Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Der erneut in den BPtK-Vorstand gewählte Dr. Nikolaus Melcop arbeitet als niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und ist seit ihrer Gründung Präsident der Psychotherapeutenkammer Bayern. Als Beisitzer\*innen wurden Wolfgang Schreck und Cornelia Metge in den Vorstand gewählt. Wolfgang Schreck ist Leiter des Referats „Kinder, Jugend und Familien“ der Stadt Gelsenkirchen, Cornelia Metge niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

In ihrer Bewerbungsrede betonte Dr. Benecke die Herausforderungen, vor denen die Profession und die Bundeskammer in Zukunft stehen werden. „Die Kunst wird sein, den wachsenden Bedarf an Psychotherapie aufgrund der gesellschaftlichen Krisen sowie der Klimakatastrophe mit den zurückgehenden finanziellen Mitteln zu vereinen“, sagte sie. Es sei ihr wichtig, sich nicht nur als Vertreterin der Profession zu verstehen, sondern auch die Interessen der Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vertreten: „Wir setzen uns

dafür ein, dass jede\*r die Behandlung bekommt, die er oder sie braucht, insbesondere Kinder und Jugendliche.“ Besonderes Augenmerk lege sie auf die Prävention, sei es durch Hilfesysteme und frühzeitige Angebote, sei es durch gesellschaftliches Engagement auch im Bereich des Klimaschutzes. Mit Blick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen betonte sie, es sei notwendig, Innovationen nicht grundsätzlich abzulehnen, aber kritisch zu prüfen, was hilfreich und sinnvoll sei, und klar zu sagen, was abgelehnt werde. Sie erinnerte daran, dass die Profession bei der Durchsetzung ihrer Interessen dann besonders erfolgreich war, wenn sie gemeinsam und geschlossen für eine Sache gekämpft habe.

Sabine Maur erinnerte in ihrer Vorstellung daran, dass sie selbst ihre Psychotherapeutenausbildung unter schwierigen Umständen absolviert habe. Deshalb wolle sie sich besonders für die Finanzierung der Weiterbildung einsetzen. „Es kann nicht sein, dass wir das Desaster wiederholen, das wir 20 Jahre lang hatten“, ergänzte sie. Inhaltlich sei ihr vor allem der Einsatz für Minoritäten und für die Verbesserung der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen wichtig. Sie widmete sich in ihrer Rede außerdem der Rolle der Kammern, die zum einen verlässliche Leistungen für die Mitglieder be-



reitstellen, sich zum anderen aber auch in politische Diskussionen einbringen müssen. „Kammern müssen Präsenz zeigen, einen Mehrwert für die Mitglieder darstellen und politische Verantwortung für unsere Gesellschaft übernehmen, auch im Interesse der Kinder und Jugendlichen“, sagte sie insbesondere mit Blick auf die Klimakrise und die Digitalisierung. Bei allen Digitalisierungsbemühungen müsse die ethische Perspektive im Vordergrund stehen.

„Armut, Flucht, Einschränkungen der Menschenrechte und die Klimakatastrophe bestimmen zunehmend die Welt, in der wir leben“, leitete Dr. Nikolaus Melcop seine Vorstellung ein. „Wir Psychotherapeut\*innen sind wichtige Ansprechpartner\*innen für Menschen mit psychischen Belastungen. Die BPtK muss dafür kämpfen, dass wir uns im Kampf um die nötigen Ressourcen durchsetzen.“ Einen besonderen Arbeitsschwerpunkt sehe er im Engagement für eine moderne Gebührenordnung bei der Abrechnung mit der privaten Krankenversicherung. Spezielles Augenmerk legt er auf die Gewinnung von Kolleg\*innen für die berufspolitische Arbeit und insbesondere die Integration von Menschen mit Behinderung. „In Deutschland haben



42. Deutscher Psychotherapeutentag

sich Psychotherapeut\*innen als akademischer Heilberuf etabliert“, führte Dr. Melcop aus. Auch auf europäischer Ebene muss psychotherapeutische Expertise stärker einbezogen werden. So müsse der Aufbau des Europäischen Gesundheitsdatenraumes seitens der Profession sehr kritisch begleitet werden. Er kündigte an, sich verfahrensunabhängig für die Weiterentwicklung des Berufsstands engagieren zu wollen.

„Ich arbeite mit Kindern und Jugendlichen, die so schwer betroffen sind, dass es in ganz Deutschland für sie keinen Platz für eine angemessene Versorgung gibt“, erläuterte Wolfgang Schreck seine Motivation für die Kandidatur für den Vorstand. Er wolle sich dafür einsetzen, einfach zugängliche Versorgungsangebote über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinaus zu schaffen. Er sehe einen Fachkräftemangel im institutionellen Bereich, weshalb er sich in Zukunft dafür engagieren wolle, die Weiterbildung in diesem Bereich zu stärken. „Die Versorgung ist nicht ausreichend und das, was zur Verfügung steht, ist nicht fair verteilt. Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund, mit Behinderungen oder in Armut sind in einer prekären Situation und brauchen besondere Hilfe beim Zugang zur Versorgung. Als Berufsstand haben wir die Verantwortung, das zu verbessern, denn: Die Würde des Menschen ist unantastbar.“

Cornelia Metge betonte, dass ihr als Vertreterin der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen der psychotherapeutische Nachwuchs sehr am Herzen liege, weshalb sie als Supervisorin und Ausbilderin in der Weiterbildung tätig ist. Auch durch Bereitstellung einer Weiterbildungsstelle in ihrer eigenen Praxis will sie sich bei diesem Thema weiter engagieren. „KJP erleben aus



V. l. n. r.: Cornelia Metge, Dr. Nikolaus Melcop, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur, Wolfgang Schreck

traurigem Grund gerade eine nie dagewesene öffentliche Aufmerksamkeit“, sagte sie mit Blick auf das Zusammentreffen der multiplen Krisen und den Folgen der Corona-Pandemie, an denen die junge Generation noch lange tragen werde. „Zu allem anderen müssen sich Kinder und Jugendliche auch noch fragen, ob ihnen ein Behandlungsplatz in der Psychotherapie zusteht. Das ist untragbar“, sagte Metge. Sie hält ein umfangreiches Arbeitsprogramm mit Blick auf Kinder und Jugendliche für notwendig, auch im Zusammenhang mit der ausstehenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Komplexbehandlung bei schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Im Anschluss an die Vorstandswahl wählte der DPT als Vertretung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen im Länderrat Bernhard Moors und Ariadne Sartorius sowie Martin Czajka und Nicole Nagel als deren Stellvertretung.

Darüber hinaus verabschiedete der 42. DPT insgesamt zwölf Resolutionen. Die Profession sprach sich dafür



V. l. n. r.: Martin Czajka, Nicole Nagel, Bernhard Moors, Ariadne Sartorius

aus, die Klimakrise und ihre Folgen für die psychische Gesundheit, die Weiterentwicklung der Digitalisierung des Gesundheitswesens, notwendige Reformen der psychotherapeutischen Versorgung, die ausstehende Novellierung der Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen, aber auch die Belange von Kindern und Jugend-

lichen sowie von Geflüchteten stärker in den Fokus zu rücken, und forderten die Entscheidungsträger\*innen in der Politik auf zu handeln. Die Resolutionen sind über die Webseite der BPtK verfügbar: [www.bptk.de/resolutionendes-42-deutschen-psychotherapeuten-tages/](http://www.bptk.de/resolutionendes-42-deutschen-psychotherapeuten-tages/).

## Finanzierung der Weiterbildung: Konzertierte Aktion

Gemeinsam mit den unterschiedlichen Akteur\*innen aus der Profession startete im Februar eine Konzertierte Aktion zur Finanzierung der Weiterbildung. Die BPtK richtete dazu eine Plattform für die maßgeblichen Organisationen ein. Dort plant und koordiniert eine Task-Force mit Vertreter\*innen aus dem BPtK-Vorstand, dem Länderrat, dem Gesprächskreis II, der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Trägerverbände der PP- und KJP-Ausbildungen, der PP und KJP in der KBV-Vertreterversammlung, der Bundeskonferenz PiA, der PsychologieFachschaftenKonferenz (PsyFaKo e.V.) und der Hochschulen die gemeinsamen Maßnahmen. Ziel der Aktion sind gesetzliche Regelungen zur finanziellen Förderung der verpflichtenden ambulanten und stationären Weiterbildung im Rahmen der angekündigten Versorgungsgesetze.

Grundlage sind Gesetzesvorschläge, die im Sommer 2022 innerhalb der Profession konsentiert wurden. Danach sollen die Einnahmen der Weiterbildungsstätten die Kosten der Weiterbildung insbesondere für Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung sowie für ein angemessenes Gehalt für Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) sicherstellen. Für die stationäre Weiterbildung ist eine Refinanzierung zusätzlicher Stellen das Ziel. Hintergrund ist, dass die erforderliche Anzahl an Weiterbildungsstellen erst sukzessive erreicht werden wird, wenn aktuell noch besetzte Planstellen frei werden. Zudem sind weitere Stellen notwendig, um die Versorgungskapazitäten von Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (PiA) zu ersetzen. Für den zusätzlichen Finanzierungsbedarf der

Weiterbildung im institutionellen Bereich konnten aufgrund der Breite des Feldes und der unterschiedlichen finanziellen Zuständigkeiten noch keine konkreten Finanzierungsvorschläge erarbeitet werden.

Zentrale Maßnahme der Konzertierten Aktion waren Ende März ein gemeinsamer Brief an den Bundesminister für Gesundheit mit dem Appell, die Finanzierung der Weiterbildung jetzt angemessen zu regeln. Ebenfalls Ende März wurde eine Petition beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages eingereicht mit dem Ziel einer Gesetzesinitiative. Der Zeitraum für die Zeichnung der Petition lief vom 3. Mai bis zum 1. Juni 2023.

## Round Table „Klimakrise und psychische Gesundheit“

Am 13. April 2023 fand ein Round Table der BPTK statt, der die Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit und Handlungsmöglichkeiten der Profession zur Eindämmung der Folgen der Klimakrise zum Thema hatte.

Im ersten Teil vollzog Delaram Habibi-Kohlen, Psychoanalytikerin in eigener Praxis, eine Analyse der westlichen Gesellschaft der Gegenwart und schlüsselte auf, warum wir angesichts der existenziell bedrohlichen Klimakrise so untätig bleiben und inwiefern Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Isolierung, Projektion und Verschiebung bei der Eingrenzung der Folgen der Klimakrise ein zentrales Hindernis darstellen. Im zweiten Teil berichtete zunächst

Prof. Dr. Julia Asbrand, Professorin für Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, über die direkten und indirekten Folgen des Klimawandels und stellte dabei anhand aktueller Studienbefunde die besonders hohe Belastung bei Kindern und Jugendlichen heraus. Im Anschluss ergänzten Dr. Hans Knoblauch, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und seine psychotherapeutische Kollegin Monika Stöhr internationale Studienbefunde zu den Auswirkungen von Extremwetterereignissen auf die psychische Gesundheit und berichteten aus ihrer klinischen Praxis an der Psychiatrischen Institutsambulanz in Wangen von Fallbeispielen mit klimaassoziierten Symptomatik. Im dritten Teil zeigte Lea Dohm,

Psychotherapeutin und Mitarbeiterin bei KLUG e.V., Handlungsmöglichkeiten auf, die sich der Profession der Psychotherapeut\*innen mit Blick auf nötige Transformationsprozesse im Gesundheitswesen bieten. Die Klimakrise sollte bei Patient\*innen aktiv in der Therapie thematisiert werden, auf berufspolitischer Ebene müsse die Klimakrise öffentlich fortlaufend als Problem benannt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöht werden. Zudem müssen die Klimakrise und ihre psychischen Folgen fester thematischer Bestandteil in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Psychotherapeut\*innen werden. Eine längere Abschlussdiskussion am Ende der Veranstaltung bot Raum dafür, die Beiträge insgesamt zu reflektieren und zusammenzuführen.

## BPTK-Symposium

### „Digitalisierung: Herausforderungen und Chancen für die Psychotherapie“

Beim BPTK-Symposium „Digitalisierung“ am 19. April 2023 diskutierten Expert\*innen und Psychotherapeuten über die Herausforderungen und Chancen der Digitalisierung für die Psychotherapie. Dass die Digitalisierung die Psychotherapie bereits seit den 1950er-Jahren prägt, erklärte Dr. Moritz von Stetten, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung Frankfurt am Main. Er eröffnete das Symposium mit einer soziologischen Einordnung der Thematik.

#### Ethik von Gesundheitstechnologien

Die rasante digitale Transformation habe wesentliche ethische Implikationen, stellte Bianca Jansky, Doktorandin im BMBF-Projekt „mHealth: Ethical, Legal, Social Aspects in the Technological Age“ (META), fest. Digitalisierung berge Chancen für bestimmte Patient\*innen, für die die konventionel-

le Gesundheitsversorgung nicht barrierefrei zugänglich sei, so Gerlinde Bendzuck, Vorstandsvorsitzende der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V. Wichtig sei jedoch, dass Patient\*innen und Nutzer\*innen selbstbestimmt und mündig über die Nutzung von Gesundheitstechnologien entscheiden könnten, betonte Dr. Marcel Mertz von der Medizinischen Hochschule Hannover. Immer mehr zeige sich jedoch, dass digitale Gesundheitstechnologien bestimmte Zielgruppen diskriminierten, so Jansky.

#### Auswirkungen der Digitalisierung auf die Psychotherapie

Insgesamt seien digitale Ansätze in der Psychotherapie ähnlich wirksam wie Psychotherapie im unmittelbaren Kontakt – insbesondere wenn sie in Kombinationen mit Präsenzsitzungen eingesetzt würden, fasste Dr. Carmen Schäuuffele von der Freien Universität

Berlin die wissenschaftliche Evidenz zusammen. Und doch beeinflusse die Digitalisierung die Psychotherapie maßgeblich, so Dr. Anna Gätjen, niedergelassene Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Sie spiele im Behandlungskontext eine immer größere Rolle und fließe unmittelbar in die therapeutische Beziehung mit ein.

Das Symposium stieß bei den Teilnehmenden und Expert\*innen auf große Resonanz. Als Psychotherapeuten wolle und müsse man sich aktuellen Themen stellen und diese intensiv diskutieren. Insbesondere die rasanten Entwicklungen auf dem Feld der Künstlichen Intelligenz wurde in der abschließenden Diskussionsrunde von den Teilnehmenden thematisiert. Unter keinen Umständen dürfe die Digitalisierung zu einer Abwertung sprechender Medizin führen.

## Wo finde ich Hilfe bei psychischen und familiären Problemen? bke und BPtK veröffentlichen Ratgeber für Familien

Wenn Kinder und Jugendliche psychische Beschwerden haben oder wenn es familiäre Probleme gibt, dann wissen Betroffene häufig nicht, an wen sie sich wenden können, um Hilfe zu bekommen. Mit dem neuen Ratgeber „Hilfen bei psychischen und familiären Problemen“, den die BPtK gemeinsam mit der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) veröffentlicht hat, möchten die beiden Organisationen Eltern, Kindern und Jugendlichen dabei helfen, sich in der Vielzahl von Hilfsangeboten bei psychischen und familiären Problemen zu orientieren und eine geeignete

Anlaufstelle zu finden. Der Ratgeber beantwortet Fragen wie: Wann kann ich mich an eine Beratungsstelle wenden? Was ist der Unterschied zwischen Psychotherapeut\*in und Psychiater\*in? Wann ist eine Behandlung in einem Krankenhaus notwendig? Was macht ein\*e Schulpsycholog\*in?

Der Ratgeber kann auf der Homepage der BPtK heruntergeladen werden: [www.bptk.de/wp-content/uploads/2023/04/Familienratgeber\\_bke\\_BPtK.pdf](http://www.bptk.de/wp-content/uploads/2023/04/Familienratgeber_bke_BPtK.pdf).



## Weiterbildung in der Erziehungsberatungsstelle: Gemeinsame Fachtagung mit der bke

Am 15. März 2023 veranstalteten die BPtK und die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) eine gemeinsame Fachtagung. „Erziehungsberatungsstellen als Orte für die Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen und mögliche Implikationen“ war der Titel des ersten Austausches von Vertreter\*innen des bke-Vorstands, der Landesarbeitsgemeinschaften für Er-

ziehungsberatung, des BPtK-Vorstands und der Landespsychotherapeutenkammern. Nach Impulsvorträgen über die Rahmenbedingungen für die Weiterbildung aus der Perspektive der Landesarbeitsgemeinschaften für Erziehungsberatung und Landespsychotherapeutenkammern wurden in Arbeitsgruppen die Chancen und Herausforderungen erörtert, die mit der Weiterbildung von

Psychotherapeut\*innen an Erziehungsberatungsstellen verbunden sind. Die Fachtagung und die Arbeitsgruppen wurden aufseiten der BPtK von der Task-Force Weiterbildung im institutionellen Bereich vorbereitet. Den Austausch bewerteten die Beteiligten als sehr konstruktiv. Er soll vertieft werden, um erste Leuchtturmprojekte anzubahnen.

## Stellungnahme zu den Eckpunkten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zum Wissenschaftszeitvertragsgesetz

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat am 17. März 2023 Eckpunkte zur Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes (WissZeitVG) vorgelegt. Geplant ist insbesondere die Verkürzung der Befristungshöchstgrenzen für Postdoktorand\*innen von sechs auf drei Jahre und der Wegfall der Sonderregelungen für den Bereich Medizin.

Die BPtK hat gegenüber dem BMBF sowohl in einem Gespräch als auch in einer schriftlichen Stellungnahme deutlich gemacht, dass die Kombination von Weiterbildung und wissenschaftlicher

Qualifizierung selbst im Rahmen befristeter Arbeitsverträge von sechs Jahren Dauer in der Phase nach der Promotion nicht möglich ist. Sie hat daher gefordert, die Eckpunkte zu überarbeiten und dabei die Mindestbefristungsdauer von neun Jahren im Bereich Medizin auf den Bereich Psychotherapie zu erweitern, zumindest aber die bisherige Befristungsmöglichkeit von sechs Jahren zu erhalten.

Die Stellungnahme der BPtK zur Reform des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes finden Sie auf der Homepage der BPtK unter: [www.bptk.de/wp-content/](http://www.bptk.de/wp-content/)

[uploads/2023/04/2023-04-18-STN\\_BPtK-Aenderung-Wissenschaftszeitvertragsgesetz.pdf](http://www.bptk.de/wp-content/uploads/2023/04/2023-04-18-STN_BPtK-Aenderung-Wissenschaftszeitvertragsgesetz.pdf).

### Geschäftsstelle

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



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Maßnahmen zur Begrenzung der Corona-Pandemie sind aufgehoben. Der bei Beginn der Pandemie amtierende Gesundheitsminister Spahn meinte damals öffentlich, dass man sich später vielleicht manches zu verzeihen habe. Nachvollziehbar beherrschten damals weitgehendes Unwissen über das Infektionsgeschehen und große Angst vor den sich rasch ausbreitenden, zum Teil schweren und tödlich verlaufenden Krankheitsfällen die Diskussion und die Maßnahmen zur Eindämmung. Minister Lauterbach, der sich öffentlich immer warnend äußerte, sieht rückblickend manche Maßnahmen, beispielsweise die Schließung von Kindergärten und Schulen angesichts der damit verbundenen psychischen Belastungen und Entwicklungsstörungen der Kinder und Jugendlichen, als überzogen an. Diese Folgen beschäftigen uns Psychotherapeut\*innen und führen immer noch zu großer Nachfrage nach Behandlungen, die ohne zusätzliche Zulassungen nicht bewältigbar ist.

Wiederholt erhalten wir kritische Stellungnahmen, die Kammer hätte die Corona-Maßnahmen, z. B. Maskenpflicht oder Impfpflicht für Ge-

sundheitsberufe, unhinterfragt übernommen. Die damaligen Überlegungen waren getragen von der Sorge, dass wir als Angehörige eines Gesundheitsberufs bei noch unerkannter eigener Infektion Patient\*innen anstecken und schuldhaft zur Verbreitung beitragen könnten. Selbst bei Zweifeln an der Notwendigkeit solcher Maßnahmen konnten wir uns nur auf medizinische Expert\*innen verlassen.

Längst sind wir in einer bedrohlichen Klimakrise und sollten aus dem Corona-Management lernen, dass bei Maßnahmen zur Eindämmung der Erderwärmung psychische Belastungen möglichst kleinzuhalten sind. Darum werden auch wir als Kammer uns bemühen.

Mit den besten Wünschen für erholsame Sommertage

Ihr Kammervorstand

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

### LPK-Vertreterversammlung am 18. März 2023

Die Vertreterversammlung (VV) der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) fand am 18. März 2023 im Steigenberger Hotel Stuttgart statt.

Zu Beginn gedachte die Versammlung des Todes von Hans Metsch, der als Kammermitglied in der Gründungsphase der Kammer aktiv war und lange die LPK-Homepage betreut hat.

Im Vorstandsbericht legte Kammerpräsident Dr. Munz die Aktivitäten der Kammer seit der letzten VV dar. Er informierte zum aktuellen Stand der Weiterbildung und den Aktionen zu deren Finanzierung sowie zum Stand bzgl. e-Logbuch. Weiterhin berichtete er zur neuen Richtlinie zur Komplexversorgung psychisch schwer kranker Menschen.



*Vorstand der LPK BW und Versammlungsleitung*

Anschließend berichtete er, dass der Vorstand mit dem Sozialministerium ein Gespräch zur Möglichkeit der Errichtung von regionalen Psychotherapeutenchaften geführt habe. Das Ministerium sei der Auffassung, dass für solche regionalen Kreisvereinigungen eine Rechtsgrundlage im Heilberufekammergesetz (HBKG) eingefügt wer-

den müsse, die die Kammer ermächtigen, die Einzelheiten satzungsrechtlich zu regeln. Das Ministerium hat sich aber dagegen ausgesprochen, eine verpflichtende Mitgliedschaft in den Kreisvereinigungen zu statuieren. Es präferiert, die Regelung für die LPK in einem separaten Absatz im HBKG vorzunehmen. Die vom Vorstand eingerichtete

Kommission „Kreispsychotherapeuten-schaften“ hat ausführlich zu dieser Einschätzung beraten und den Beschluss gefasst, trotzdem die Etablierung der Kreisvereinigungen, zunächst als Pilotprojekt und noch nicht flächendeckend, voranzutreiben. Der Vorstand und die

bei in Deutschland lebenden Angehörigen Schutz suchen werden. Eine Organisation in Deutschland sucht aktuell Psychotherapeut\*innen, die ehrenamtlich für psychologische Beratungen dieser Betroffenen zur Verfügung stehen. Die Kammer informiert dazu auf ihrer

Breiten Raum nahm die Diskussion zur videogestützten Psychotherapie ein. In der Diskussion wurde auf die Gefahren der Videobehandlung hingewiesen, aber auch auf ihren Nutzen. Weitgehend Konsens bestand, die berufsrechtlichen Regelungen so zu gestalten, dass sie eine insbesondere rein kommerzielle Nutzung verhindern, aber sinnvolle Anwendungen zulassen.

Die Weiterbildungsordnung (WBO) für Psychotherapeut\*innen wurde redaktionell angepasst und die Bereiche im Abschnitt D um die Psychotherapieverfahren ergänzt. Die WBO für PP und KJP wurde ebenfalls redaktionell bearbeitet.

Weiterhin wurde die Gebührenordnung überarbeitet, auch um die Gebühren im Zusammenhang mit den Antragstellungen bezüglich Anerkennungen von Weiterbildungsstätten und Befugnissen abbilden zu können. Die Versammlung beschloss die vorgeschlagenen Änderungen mit großer Mehrheit.

Ebenfalls verabschiedet wurden Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung sowie die Geschäftsordnung für die Versammlung der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung.



Plenum der Vertreterversammlung

Geschäftsstelle werden nach Einführung einer Ermächtigungsgrundlage in das HBKG eine Satzung für die Errichtung von Kreisvereinigungen als Pilotprojekt entwerfen und diese mit der Kommission weiter abstimmen.

Im Anschluss informierte Dr. Munz darüber, dass nach dem Erdbeben in der Türkei und Syrien zu erwarten sei, dass viele Betroffene vorübergehend

Homepage, auf der sich auch der Link zur Eintragung in eine Liste von Behandelnden findet.

Die im Vorstandsbericht vorgetragenen Punkte wurden in der VV ausgiebig diskutiert. Anschließend wurden Nachtragshaushalte verabschiedet und Änderungen an der Haushalts- und Kassenordnung besprochen und beschlossen.

## GB-A-Richtlinie Komplexversorgung psychisch schwer kranker Menschen (KSVPsych-Richtlinie) als Chance

### Erfolgreiche Online-Fortbildung der LPK Baden-Württemberg gemeinsam mit der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesverband Gemeindepsychiatrie

In den Räumlichkeiten der Landesärztekammer Baden-Württemberg fand am 8. März 2023 eine Online-Informationsveranstaltung statt zur neuen „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“. Die Richtlinie zur ambulanten Komplexbehandlung zielt darauf ab, die Koordination multiprofes-



Moderation: Dr. Hezler-Rusch (LÄK) und Dr. Munz

sioneller Behandlung und Betreuung zu verbessern.

Unter Moderation von Dr. Paula Hezler-Rusch (LÄK) und LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz wurden bei der Veranstaltung vor allem das Konzept der Komplexversorgung einschließlich möglicher Behandlungsangebote, die Leistungsvergütung sowie ein bereits bestehendes Netzwerkprojekt vorgestellt.

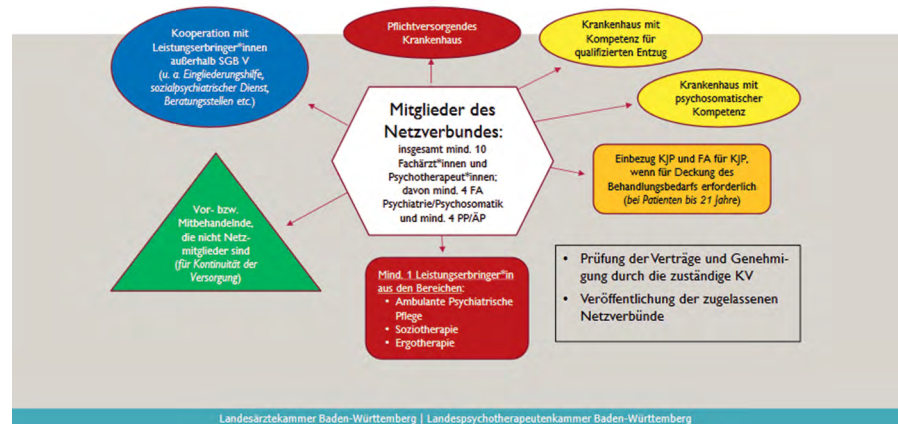
Nach den Vorgaben der neuen Richtlinie besteht ein Netzwerk aus insgesamt zehn Fachärzt\*innen und (ärztlichen und psychologischen) Psychotherapeut\*innen, davon mindestens jeweils vier. Bei Patient\*innen bis 21 Jahre kann, falls erforderlich, ein KJP und ein\*e Fachärzt\*in für KJP einbezogen werden. Zudem muss mindestens ein\*e Leistungserbringer\*in aus der ambulanten psychiatrischen Pflege, Soziotherapie oder Ergotherapie einbezogen sein.

Wie Dr. Hezler-Rusch und Dr. Munz zur Rolle des\*der Bezugstherapeut\*in/Ärzt\*in ausführten, ist diese\*r in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung der\*die zentrale Ansprechpartner\*in für den\*die Patient\*in. Ein Wechsel sei möglich, es müsse aber dabei der Patientenwunsch berücksichtigt werden. Er\*Sie trage die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung sowie für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile. Außerdem verantwortet er\*sie die Einleitung der somatischen Abklärung und ggf. Behandlung sowie die unverzügliche Einleitung der erforderlichen Behandlung (ambulant/teilstationär/stationär). Er\*Sie arbeitet dabei mit der koordinierenden „nichtärztlichen Person“ zusammen.

Psychologische Psychotherapeut\*innen können nicht als Bezugstherapeut\*in fungieren, so Dr. Munz weiter, wenn behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen oder für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, und wenn deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.

Die großen Chancen der neuen Richtlinie lägen vor allem in der systematischen Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen sowie dem Fokus auf Patient\*innen, die besonderen Unterstützungsbedarf haben und

## VERSORGUNGSVERANTWORTUNG BEIM NETZVERBUND



Schema des Netzwerkverbundes

bislang oft unzureichend versorgt wurden. Darüber hinaus würden aufsuchende Behandlungs- und Unterstützungsleistungen über die klassischen Leistungen der ambulanten Soziotherapie und der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) hinaus gestärkt und die Koordinierungsleistungen auch vergütet. Grundsätzlich sei auch die Kooperation über Sektorengrenzen und SGB-Grenzen hinweg zu begrüßen. U. a. regelmäßige Fallbesprechungen seien hierzu ein wichtiges Instrument der patientenorientierten berufs- und einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit.

Es gebe bei allen Chancen auch einige Probleme, die gelöst werden müssten. So würden sich Doppelungen bei der differenzialdiagnostischen Abklärung ergeben und die obligatorische Delegation von Koordinierungsleistungen bzw. die fehlende Berücksichtigung psychotherapeutischer und ärztlicher Leistungen bei der Koordinierung und bei aufsuchender Behandlung durch Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sei nicht explizit geregelt. Des Weiteren seien Leistungserbringer\*innen mit reduziertem, z. B. hälftigem, Versorgungsauftrag von der Funktion des\*der Bezugsbehandler\*in ausgeschlossen, was vor allem viele Psychologische Psychotherapeut\*innen betreffe. Nicht zuletzt seien die Anforderungen an Netzwerkverbünde in ländlichen und strukturschwachen Regionen schwer zu

erfüllen und es gebe aktuell zu wenig Behandlungskapazitäten für die Komplexbehandlung.

Im Anschluss referierten Dr. Michael Konrad (bis 2021 im Psychiatriereferat des Sozialministeriums BW) und Achim Dochat (Landesverband Gemeindepsychiatrie BW und Mitglied des LPK-Ausschusses „Ambulante Versorgung“) zur Verbindung des Gemeindepsychiatrischen Angebots mit der KSVPsych-Richtlinie und bewerteten die Richtlinie aus der Perspektive der Gemeindepsychiatrie. Wie Dochat resümierte, handle es sich bei der Richtlinie nicht um einen „großen Wurf“, aber um einen wichtigen Anfang. Es seien Partner\*innen zur Kooperation eingeladen, die sich bisher eher fremd seien, d. h., es brauche (weiterhin) eine persönliche Motivation zur Arbeit mit schwer psychisch kranken Menschen. Insgesamt seien Bedingungen für diejenigen verbessert, die schon bisher guten Willens waren, und er hoffe auf die Wirkung positiver praktischer Erfahrungen.

In einem weiteren Teil gab Susanne Vollmer (KVBW) einen Überblick zur Genehmigung von Netzen und Vergütung der Leistungen seitens der KV und Dr. Michael Krebs, Mitglied der Psychiatrie-Initiative Berlin Brandenburg stellte ein bereits gut funktionierendes Netzwerkprojekt vor. Die Frage „Warum soll ich im Netz arbeiten??“ beantwortete

er mit vier Punkten: Verbesserung der Versorgung, Freude, Vernetzung und finanzielle Aspekte. Die Richtlinie lebe, so resümierte er, von der multiprofessionellen ambulanten Zusammenarbeit und dem persönlichen Austausch, sie erfordere Ausdauer und Einsatz aller Beteiligten und Unterstützung von außen (v. a. KV). Sie mache v. a. aber auch Spaß und es lohne sich für alle Beteiligten, insbesondere für die Patient\*innen.

Abschließend berichtete René Engelmann (Projektmanagement NPPV; IVP-Networks GmbH) über die Unterstützungsmöglichkeiten durch IT bei der Umsetzung der KSVPsych-RL.

Mit insgesamt über 400 Teilnehmer\*innen, davon ca. 300 Psychologische Psychotherapeut\*innen, war die Online-Veranstaltung sehr gut besucht. Trotz teilweise auch kritischer Kom-

mentare, vor allem zu den Möglichkeiten der Umsetzung der Richtlinie, konnte sie von allen Verantwortlichen bzw. Referent\*innen als großer Erfolg verbucht werden. Mit einem so großen Interesse hatte keiner gerechnet, weitere Veranstaltungen zu diesem Thema werden folgen.

Hier können Sie die Vortragsfolien downloaden: [www.bit.ly/3LIsiND](http://www.bit.ly/3LIsiND).

## Berufsrecht in der KJP – Therapieaufklärung, Dokumentation, Suizidalität

### 3. Online-Fachtag der LPK BW für besondere KJP-Rechtsfragen

Nach dem großen Erfolg der ersten beiden Online-Fachtage zu berufsrechtlichen Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ging die beliebte Fortbildungsveranstaltung der LPK Baden-Württemberg mit 240 Teilnehmer\*innen in die dritte Runde. Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen steht in einem besonderen rechtlichen Spannungsfeld zwischen der Beziehung von Psychotherapeut\*in und Kind/Jugendlichem und der Beziehung von Psychotherapeut\*in und Eltern. Daraus können Konflikte im Arbeitsbündnis mit vielfältigen Fragestellungen entstehen. Der Fachtag Berufsrecht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie fokussierte dieses Mal die drei wichtigen Themenfelder Therapieaufklärung, Dokumentation und Suizidalität. Inhaltlich konzipiert und gestaltet wurde der Fachtag vom LPK-Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.

Nach der Begrüßung durch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz wurden jeweils Impulsvorträge und dazu passende Fallvignetten zu den genannten Themenfeldern vorgestellt.

Brigitte Thüringer-Dülsen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) mit Praxis in Bietigheim-Bissingen, eröffnete die Vortragsrunde mit dem Thema „Wie kläre ich rechtssicher über die Therapie auf?“, was Dorothea Groschwitz, LPK-Vorstandmitglied und ebenfalls KJP in Stuttgart, mit einem konkreten Fall ergänzte. Brigitte

#### Einblick in den Online-Fachtag

Thüringer-Dülsen wies eingangs darauf hin, dass das Selbstbestimmungsrecht des\*der Patient\*in rechtlich geschützt sei, sodass jede (psychotherapeutische) Behandlung dessen\*deren Einwilligung benötige. Nur durch eine angemessene Aufklärung könne der\*die Patient\*in selbstbestimmt eine informierte Zustimmung (*informed consent*) geben. Die rechtlichen Grundlagen seien im Patientenrechtegesetz sowie in der Berufsordnung der LPK BW geregelt. Grundsätzlich gelte: keine Behandlung ohne Einwilligung, keine Einwilligung ohne Aufklärung.

Im weiteren Verlauf referierte LPK-Justiziarin Stephanie Tessmer-Petzendorfer zusammen mit Dr. Hendrik Büch, KJP am Uniklinikum Freiburg, zur „Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychotherapie“. Die Zwecke der Dokumentation lägen, wie die Kam-

mer-Justiziarin ausführte, in der Therapiesicherung (Gewährleistung einer fachgerechten Behandlung und Weiterbehandlung der Patient\*innen), der Rechenschaftslegung (Begründung der Abrechnung von Leistungen, Nachprüfbarkeit des Behandlungsverlaufs) sowie in der Beweissicherung (Nachweis der ordnungsgemäßen Behandlung und Abrechnung in einem Gerichtsverfahren). Fokussiert wurden die Regelung der Dokumentationspflicht, die rechtlichen Mindestanforderungen an die Dokumentation sowie das Akteneinsichtsrecht, was jeweils mit Fallbeispielen illustriert wurde.

Im dritten Teil des Fachtags ging es um den „Umgang mit Suizidalität zwischen Schweigepflicht und unterlassener Hilfeleistung“, wozu Dr. Judith Arnscheid (PP/KJP und Geschäftsführerin der Gutachtenstelle Stuttgart) zusammen mit Christine Breit (KPJ in eigener Praxis in



Neuhausen auf den Fildern) referierten. Sie gingen u. a. der Frage nach, welche rechtlichen Konsequenzen es für den\*die Psychotherapeut\*in hat, wenn ein\*e Patient\*in einen Suizidversuch begeht und der\*die Psychotherapeut\*in die akute Suizidalität nicht erkannt, nicht ausreichend abgeklärt oder nicht gehandelt hat. Grundsätzlich bestehe bei suizidalen Patient\*innen eine erhöhte Sorgfaltspflicht, d. h. auch, sich nicht nur auf freiwillige Informationen des\*der Patient\*in zu verlassen. Bei Verdachtsmomenten bestehe die Pflicht, diesen durch gezielte diagnostische Fragen

nachzugehen, so Dr. Arnscheid. Aber eine sichere Prognose einer suizidalen Handlung oder deren Ausschluss sei kaum möglich, daher komme eine Haftung regelmäßig nur bei groben Fehlern in Betracht.

Die rechtlichen und psychotherapeutischen Aspekte wurden in Podiumsgesprächen zwischen Referentin, Kammerjuristin und Ausschussmitglied vertieft. Für die rege Diskussion bzw. Rückfragen stand der moderierte Chat zur Verfügung. Moderiert wurde der Fachtag von Michaela Willhauck-Fojkar,

Ausschussvorsitzende und niedergelassene KJP in Mannheim.

Der Ausschuss für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird die Fragen aus dem Chat sichten und neue Fragestellungen in die Broschüre „Rechtsfragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ einarbeiten:

[www.bit.ly/3NDeKo6](http://www.bit.ly/3NDeKo6).

Die Folien zum Download finden Sie unter [www.bit.ly/3ngfJ2y](http://www.bit.ly/3ngfJ2y).

## Zahlungsverkehr für Ihre Gebühren und Beiträge – erweiterte Möglichkeiten beim Bankeinzug

Bisher bestand für Kammermitglieder die Möglichkeit, nur den Mitgliedsbeitrag per Bankeinzug zu bezahlen. Zusätzlich zu dieser Möglichkeit für Kammerbeiträge kann jetzt auch für Akkreditierungsgebühren, Zertifikatsgebühren und Verwaltungsgebühren zur Ausstellung des Heilberufausweises (HBA) ein Bankeinzug vereinbart werden.

Das SEPA-Lastschriftmandat für Beiträge und Gebühren bietet Ihnen die Möglichkeit, die Rechnungen schnell, sicher, preisgünstig und rechtzeitig zu begleichen. Fehlüberweisungen und verspätete Zahlungen, wodurch eventuell Mahngebühren entstehen können, entfallen dadurch.

Das Mandat kann jederzeit nach schriftlichem Auftrag individuell angepasst oder widerrufen werden.

Das Formular für den Antrag gibt es unter:

[www.bit.ly/44ft3Fb](http://www.bit.ly/44ft3Fb).

## Beschlüsse der LPK-Vertreterversammlung vom 18. März 2023

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 18. März 2023 die **Erste Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung** für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschlossen. Die vorgenannte Satzung ist nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (Genehmigungsvermerk vom 13. April 2023, Az.: 31 5415.5 001/1) am 3. Mai 2023 vom Präsidenten aus-

gefertigt und am 4. Mai 2023 auf der Kammerhomepage ([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.

Weiterhin hat die Vertreterversammlung eine neue Gebührenordnung und eine Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung beschlossen, die jedoch noch zur Genehmigung bei der Rechtsaufsichtsbehörde sind und daher zum Zeitpunkt des Redaktions-

schlusses noch nicht ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht werden konnten.

### Geschäftsstelle

Jägerstraße 40  
70174 Stuttgart  
Mo.–Do. 9.00–12.00, 13.00–15.30 Uhr  
Fr. 9.00–12.00 Uhr  
Tel.: 0711/674470–0  
Fax: 0711/674470–15  
[info@lpk-bw.de](mailto:info@lpk-bw.de), [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)

## Großes Interesse an Veranstaltung „Psychotherapeut\*innen handeln in der Klima- und Umweltkrise“

Am 27. März 2023 fand eine Online-Veranstaltung zum Thema „Psychotherapeut\*innen handeln in der Klima- und Umweltkrise“ statt. 270 Psychotherapeut\*innen informierten sich und diskutierten über die möglichen Handlungsfelder für Psychotherapeut\*innen.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop führte in die Veranstaltung, die von den Vorstandsmitgliedern Dr. Anke Pielsticker und Birgit Gorgas moderiert wurde, ein. Er machte deutlich, wie wichtig es sei, dass sich Psychotherapeut\*innen mit der Klima- und Umweltkrise auseinandersetzen. Die Folgen und Auswirkungen sind ein gesamtgesellschaftliches Problem und treffen alle – wenn auch in unterschiedlicher Form oder Stärke. Für die kommenden Jahre werden zunehmend mehr Naturkatastrophen prognostiziert – und gerade auch Bayern wird davon betroffen sein. Diese Katastrophen bedeuten eine massive psychische Belastung für die Betroffenen, die in einem Teil der Fälle zu gravierenden psychischen Störungen führen können. Spätestens dann müssen Psychotherapeut\*innen aktiv werden.

Psychotherapeut\*innen sollten sich aktiv für präventive Maßnahmen und für Klima- und Umweltschutz einsetzen. In der Berufsordnung der PTK Bayern ist festgehalten, dass sich Psychotherapeut\*innen „an der Erhaltung und Förderung der ökologischen und soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen“ beteiligen (BO § 1 Abs. 3).

Am konkreten Beispiel der Flut im Ahr-tal informierten Daniela Lempertz und

Susanne Leutner über eine Katastrophe, die auch durch den Klimawandel ausgelöst wurde, und stellten dar, wie in solchen Notsituationen Hilfeleistungen von Psychotherapeut\*innen aussehen können. Sie berichteten über das in der betroffenen Region eingerichtete Netzwerk „Soforthilfe Psyche“, das mit Sprechstunden, Vermittlung von Therapieplätzen und Infogruppen zur Orientierung bei Stress und nach dem Erleben eines Traumas vor Ort schnelle Hilfe anbieten konnte.

Vizepräsidentin Nicole Nagel ging im Anschluss auf die direkten und indirekten Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit ein und nahm dabei vor allem Kinder und Jugendliche in den Fokus. Sie beschrieb den „Krisenmodus Kindheit“ und umriss, mit welchen aktuellen globalen Belastungen und Sorgen Kinder gerade zu kämpfen haben: Die Klimakrise sei neben den Folgen der Corona-Pandemie, dem russischen Angriffskrieg oder

den Sorgen zu Inflation etc. eine der Belastungen, mit denen sich nicht nur die Erwachsenen auseinandersetzen würden. Kinder und Jugendliche erleben u. a. Kontrollverlust und Ohnmacht, direkte Belastungen durch die Krise, den Einfluss negativer Nachrichten und spüren ein erhöhtes Konfliktpotential zwischen den Generationen. In ihrem Vortrag ging Nicole Nagel auch auf mögliche psychotherapeutische Interventionen und Elternarbeit ein.

Der dritte thematische Schwerpunkt der Veranstaltung befasste sich mit den Handlungsmöglichkeiten von Psychotherapeut\*innen in der Region. Dr. Nikolaus Melcop betonte in seinem Impulsvortrag die positiven Auswirkungen von aktivem Handeln für die psychische Gesundheit und stellte die unterschiedlichen beruflichen Rollen von Psychotherapeut\*innen in der Klima- und Umweltkrise vor. Psychotherapeut\*innen sind gefragt, psychische Störungen durch Umwelt-



Die Referent\*innen und der Vorstand der PTK Bayern gaben mit einem facettenreichen Programm einen Einblick in das Themengebiet, auf die Auswirkungen der Klimakrise und mögliche Handlungsmöglichkeiten: (jeweils v. l. n. r.) 1. Reihe: Susanne Leutner, Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker, Daniela Lempertz, Vizepräsidentin Nicole Nagel; 2. Reihe: Georg Adelman, Präsident Dr. Nikolaus Melcop, Ole Littke, Vorstandsmitglied Birgit Gorgas; 3. Reihe: Birgit Zech, Katrin Freundorfer (Foto: PTK Bayern)

Katastrophen zu behandeln, die eigene berufliche Praxis nachhaltig und klimafreundlich zu gestalten sowie Maßnahmen für die individuelle Prävention bzgl. psychischer Gesundheit und für strukturelle Umwelt- und Klimaschutzmaßnahmen fachlich zu unterstützen. Psychotherapeut\*innen können hierzu in den Regionen an Klima-, Umwelt- und Gesundheitsinitiativen mitwirken oder sich bei den Psychotherapists for Future (Psy4F) engagieren.

Bei den Psy4F engagierte Psychotherapeut\*innen berichteten im Anschluss über ihre Arbeit: Birgit Zech stellte die Psy4F vor und informierte, wie eine Mitwirkung in den bundesweiten Strukturen aussehen kann. Außerdem präsentierten drei Regionalgruppen der Psy4F ihre Aktivitäten und luden zur Mitarbeit ein: Katrin Freundorfer stellte dabei die Arbeit der Regionalgruppe Nürnberg-Erlangen-Fürth und die Angebote eines Klimacamps vor, Georg Adelman informierte über die Arbeit der Würz-

burger Regionalgruppe und das Projekt „Klimakreise“, während Ole Littke über die Bamberger Regionalgruppe und die Workshops „Kommunizieren fürs Klima“ berichtete.

In der abschließenden Diskussion wurde von den Teilnehmenden noch einmal die Dringlichkeit der anstehenden Probleme betont und auf die wichtigen Beiträge, die Psychotherapeut\*innen hier leisten können, hingewiesen.

## Kammermitglieder bilden sich zu berufsrechtlichen Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen fort

Die PTK Bayern bot am 23. März 2023 eine Online-Veranstaltung zum Thema „Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ an. Inhalt der Fortbildungsveranstaltung war die Darstellung und die Diskussion berufsrechtlicher Fragestellungen, die sich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen typischerweise ergeben können und daher auch immer wieder in Anfragen an die Kammer thematisiert werden. Nach einer Einführung durch Nicole Nagel, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und 2. Vizepräsidentin der PTK Bayern, wurden wesentliche Problemkreise aus juristischer Sicht vorgestellt und Hinweise für die Handhabung in der Praxis gegeben.

Psychotherapeut\*innen, die Kinder und Jugendliche behandeln, kennen die Besonderheiten bei der Behandlung

dieser Altersgruppen – in entwicklungspsychologischer bzw. entwicklungspsychopathologischer Hinsicht, die speziellen Schwierigkeiten im Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung, aber auch die Komplexität durch den Einbezug des Systems Familie und anderer Lebenswelten der Kinder bzw. der Jugendlichen. Eingebettet ist die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen allerdings in einen rechtlichen Rahmen, der sich auf unterschiedliche Rechtsbereiche erstreckt. Die Berufsordnung der Kammer enthält ausdrückliche Regelungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in den rechtlichen Gesamtkontext eingeordnet werden müssen.

In der Veranstaltung wurden daher detailliert Fragestellungen zu den Themen Grundzüge des Rechts der elterlichen Sorge, gerichtliche Entscheidungen,

Aufklärung, Einwilligung sowie Schweigepflicht, Mitteilungsbefugnisse und Mitteilungspflichten aus berufsrechtlicher Sicht von Kammerjuristen dargestellt.

Anschließend nutzten die ca. 100 Teilnehmenden der Veranstaltung die Möglichkeit, eigene Fragen und Problemfälle zu diskutieren.

### Informationsmaterialien für Kammermitglieder

Im geschützten Mitgliederbereich der Kammerhomepage [www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de) finden Kammermitglieder verschiedene Hinweisblätter und aufbereitete Informationen zu rechtlichen Themen. Diese sind in der Kategorie „Service“ unter „Rechtliche Informationen“ zu finden.

## Fortbildungsveranstaltung: Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter\*innen

Die angemessene psychotherapeutische Versorgung von (ehemaligen) Straftäter\*innen ist, auch vor dem Hintergrund der angestrebten Rückfallprophylaxe, von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung. Die PTK Bayern hat daher in einer Präsenzveranstaltung am 11. März 2023 über diese wichtige Arbeit informiert. 43 Teilnehmende kamen nach Nürnberg. Die PTK Bayern hofft mit einer solchen Veranstaltung

auch Psychotherapeut\*innen zu finden, die mit (ehemaligen) Straftäter\*innen nach Haftverbüßung ambulant psychotherapeutisch weiterarbeiten, sei es in den Sozialstationen der Justizvollzugsanstalten oder in ambulanter Praxis.

Im ersten Teil der Veranstaltung wurden umfassende Informationen zu der Behandlung von Straftäter\*innen vermittelt. Hierbei wurde auch über juris-

tische Rahmenbedingungen (Klaus-Dieter Hartleb) und über die konkrete praktische Umsetzung der psychotherapeutischen Behandlung berichtet (Dr. Miriam Kolter: Besonderheiten forensisch-psychotherapeutischer Fallkonzeption; Dr. Christian Hartl: Psychotherapie mit Menschen, die Gewalt- und Straftaten begangen haben; Dr. Ralf Bergner-Köther: Pädophilie und sexuelle Missbrauchsphantasien).

Anschließend fanden parallele Workshops zu verschiedenen Themenbereichen statt, welche die psychotherapeutische Arbeit mit diesem Personenkreis praxisnah erlebbar machen. Die Teilnehmenden hatten die Wahl, sich in zwei der Workshops „Psycho-

dynamisch orientierte Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftäter\*innen“ oder „Forensisch-psychotherapeutische Fallkonzeption – Fallbeispiele und Vertiefung von Deliktmodellen und risikoprognostischen Einschätzungen“ sowie „Psychotherapie bei sexuellen Präfe-

renzstörungen“ oder „Psychotherapie mit Menschen, die Gewalt- und Sexualstraftaten begangen haben – Fallbeispiele und Vertiefung spezifischer Behandlungsmethoden“ tiefergehend zu den Themenkomplexen zu informieren.

## Selbsthilfe informiert Psychotherapie: Eine Online-Informationsveranstaltung zu Selbsthilfeangeboten bei Borderline, Suizid von Angehörigen und Long Covid

Seit mehreren Jahren steht die PTK Bayern in intensivem Austausch mit der Selbsthilfekoordination Bayern und gestaltet u. a. gemeinsame Veranstaltungen, um die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten\*innen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Am 20. April 2023 fand im Rahmen des Projektes „Zusammenarbeit mit Gesundheitsbe-

rufen“ auch dieses Jahr wieder eine Online-Informationsveranstaltung statt, in der Selbsthilfegruppen Einblicke in ihre Arbeit geben. Die Veranstaltung aus der Reihe „Selbsthilfe informiert Psychotherapie“ befasste sich diesmal mit Selbsthilfeangeboten bei Borderline, Suizid von Angehörigen und Long Covid. Psychotherapeut\*innen erfuhren in der Online-Veranstaltung, wie Selbsthil-

fegruppen und -kontaktstellen arbeiten und bekamen Anregungen dazu, wie Selbsthilfe für ganz unterschiedliche Patient\*innen nutzbar gemacht werden kann und wie Psychotherapie und Selbsthilfe zusammenarbeiten können. Die Veranstaltung traf auch in diesem Jahr auf großes Interesse, sodass die Veranstaltung komplett ausgebucht war.

## 22. Suchtforum in Bayern: Medien- und Internetabhängigkeit – Online-Sucht: Flucht aus dem Real-Life?

Einmal im Jahr findet das Bayerische Suchtforum statt, eine interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer. Stets werden aktuelle Gesundheitsthemen aufgegriffen, deren ausführlichere Behandlung aus interdisziplinärer Sicht von Interesse ist. Am 26. April 2023 befassten sich die Teilnehmenden des 22. Suchtforums mit dem Thema „Medien- und Internetabhängigkeit – Online-Sucht: Flucht aus dem Real-Life?“. Über 580 Kammermitglieder der PTK Bayern meldeten sich für die Online-Veranstaltung an.

Die Nutzung des Internets, der Einsatz digitaler Kommunikation und eine Vielfalt sozialer Medien sind mittlerweile feste Bestandteile unseres beruflichen und privaten Alltags. Neben den zahlreichen nützlichen Aspekten und Vorteilen darf nicht übersehen werden, dass einige Menschen durch diese Technologien in erhebliche Probleme geraten können.

Neurobiologische Forschungsergebnisse zeigen, dass für die Internet-Sucht ähnliche biologische Prozesse wie bei stoffgebundenen Süchten zugrunde liegen. In Analogie zu den psychoaktiven Substanzen zeigt die Medien- und Internetnutzung der Bevölkerung die ganze Bandbreite zwischen völlig unauffälligem, exzessivem bis hin zu problematischem Verhalten. Laut einer Studie der DAK Gesundheit („Game over“) erfüllen in Deutschland 8,4 Prozent der männlichen und 2,9 Prozent der weiblichen jungen Menschen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren die Kriterien für eine Abhängigkeit. Aber auch Personen jenseits der 25 können von derartigen Störungsbildern betroffen sein. Diese Zahlen lassen aufhorchen.

Deshalb widmete sich das 22. Suchtforum in Bayern am 26. April 2023 dem Thema Medien- und Internetabhängigkeit. Die Expert\*innen informierten das Fachpublikum u. a. über aktuelle Forschungsergebnisse zur Computerspiel- und Internetsucht bei Jugendlichen, analysieren die klinischen Krankheits-

bilder von Online-Kauf, -Spiel und -Sexsucht und diskutieren Präventionsmöglichkeiten und Behandlungsansätze.

Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, weist im Zusammenhang mit der Veranstaltung auf die vielfältigen Probleme und Herausforderungen aus psychotherapeutischer Sicht hin: „Medien- und Internetabhängigkeit treten sowohl im Erwachsenenalter, zunehmend häufiger aber auch im Kindes- und Jugendalter auf. Die sozialen Einschränkungen während der Corona-Krise führten zu einem deutlichen Anstieg des Nutzungsverhaltens von digitalen Medien, insbesondere für digitale Spiele. Die Corona-Pandemie hat diese Entwicklung und entsprechende Abhängigkeiten insofern auch gefördert. Starke soziale Einschränkungen in allen Lebensbereichen, wie Schulabstinenz, Verlust von Ausbildungsstelle bzw. Arbeitsplatz und weitere soziale Isolation können die Folge sein. Soziale Kompetenzdefizite sind häufig aber auch von ursächlicher Bedeutung – somit ein klassischer, aber besonders problema-

tischer Teufelskreis. Gleichmaßen gilt dies für komorbide Störungen wie Depressionen, Ängste und stoffgebundene Süchte. Entsprechend besteht ein

deutlicher Bedarf an Prävention, Beratung, Behandlung und Forschung. Medien- und Internetabhängigkeit kann als Verhaltenssucht im Rahmen der ICD-11

diagnostiziert werden. Erprobte Behandlungsansätze liegen bereits vor.“

## Kurznachrichten

### Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

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

+++ Vorstandsmittglied Birgit Gorgas nahm Mitte März an einer Besprechung des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales zum **Kinderschutz in Bayern** teil. Es wurde die interdisziplinäre Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe thematisiert. +++

+++ Mitglieder des Vorstands tauschen sich regelmäßig mit den Sprechern der **Direktor\*innen der psychosomatischen Kliniken** aus. Ende März wurden zuletzt neben Fragen zu den unterschiedlichen Praktika während des Psychotherapiestudiums auch die Umsetzung der Weiterbildung besprochen. +++

+++ Vizepräsidentin Nicole Nagel nahm Ende März an der Online-Veranstaltung **„Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“** des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) für die Geschäftsstellenleitungen der Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> teil. Frau Nagel stellte in einem Vortrag die Grundlagen der Versorgungsstrukturen in der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Zugänge vor. +++

+++ Mitte April nahm Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop am Treffen der **Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsschutz im Klimawandel (LAGiK)** teil. +++

+++ Am 24. April 2023 nahm Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop auf **Einladung des bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Markus Söder** an einem Abendessen in der Residenz München teil, das für Vertreter\*innen des

Gesundheitswesens als Dank für den Einsatz in der Corona-Pandemie veranstaltet wurde. +++

+++ Die PTK Bayern veranstaltete Ende April eine **Informationsveranstaltung zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung in Einrichtungen der Jugendhilfe**. +++

+++ Kammermitglieder stimmten online über das **Thema des nächsten Bayerischen Landespsychotherapeutentag** ab. Zur Auswahl standen die Themen „Aggression – die Dosis macht’s? Von der Konstruktion zur Destruktion“; „Angst und Angststörungen in Zeiten globaler Bedrohungen“, „Identität – zwischen Konformität und Distinktion“ und „Gemeinsinn – was geht uns das an?“. Die Umfrage lief bis zum 24. Mai 2023. Das finale Ergebnis der Umfrage stand zum Redaktionsschluss noch nicht fest. +++

### Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

### Geschäftsstelle

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



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

## Berliner Delegiertenversammlung zeigt breites Spektrum an Aktivitäten. Zentrale Themen: Finanzierung der Weiterbildung und gesundheitspolitische Lage

Am 14. März 2023 fand in den Räumen der International Psychoanalytic University (IPU) die 84. Delegiertenversammlung der PtK Berlin statt. Zentrale Themen waren der Stand der politischen Diskussion zur Finanzierung der Weiterbildung, die geplanten Versorgungsgesetze sowie die ebenfalls geplante Digitalisierungsstrategie des Gesundheitsministers. Neben den Berichten zu den umfangreichen und vielfältigen Aktivitäten der Delegierten, des Vorstands und der Geschäftsstelle wurde auch die erste Änderung der neuen Weiterbildungsordnung verabschiedet.

### Arbeit des Vorstands und gesundheitspolitische Lage

Präsidentin Eva Schweitzer-Köhn berichtete über die vielfältige Arbeit des Vorstands, der in zahlreichen Gremien, Gesprächen und Veranstaltungen aktiv war. Schwerpunkte waren die Umsetzung der Weiterbildung, die Versorgungsplanung, die Digitalisierung sowie die Novellierung des Berliner Heilberufekammergesetzes. Es fanden u. a. Treffen mit dem Gesundheitsausschuss des Berliner Abgeordnetenhauses, der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung und dem Staatssekretär, Gespräche mit der neuen Landesbeauftragten für psychische Gesundheit, mit Vertreter\*innen der AOK Nordost, der KV Berlin sowie Veranstaltungen zu den Themen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Menschen mit Gewalterfahrungen sowie Migrationshintergrund statt.

Im weiteren Verlauf informierte die Präsidentin über den aktuellen Stand der



*Delegiertenversammlung am 14. März 2023*

gesundheitspolitischen Lage und stellte vor, was über die derzeitigen Planungen des Bundesgesundheitsministeriums zum Versorgungsgesetz I und II bekannt ist. Die psychotherapeutische Versorgung soll im Versorgungsgesetz II neu geregelt werden. Schweitzer-Köhn berichtete in diesem Zusammenhang über die Aktivitäten im Länderrat, stellte erste Ideen vor und betonte, wie wichtig es sei, bereits vor der Verabschiedung der Gesetze zu reagieren und mit eigenen Konzepten auf die Politik zuzugehen. Dabei geht es vor allem darum, gemeinsame Vorschläge zur Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung aufzuzeigen.

Anschließend informierte sie zur Digitalisierungsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums. Bis Ende 2024 soll die elektronische Patientenakte für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet

werden (Opt-out), die dann insbesondere den Medikationsplan darin vorsieht. Es sind zwei Gesetze geplant, die derzeit aber noch in Bearbeitung sind und insbesondere den Datenschutz und die Nutzung der Daten regeln. Sogenannte „Datensilos“ sollen aufgebrochen und für die Forschung verknüpft werden können. Fest steht bereits, dass die gematik zu einer Digitalagentur in vollständiger Trägerschaft des Bundes weiterentwickelt wird.

### Neue Weiterbildungsordnung

Dank intensiver Arbeit der Geschäftsstelle und der zuständigen Gremien der Kammer konnte die neue Weiterbildungsordnung am 10. März 2023 im Amtsblatt veröffentlicht werden und trat damit in Kraft. Erste Änderungen wurden durch die Delegiertenversammlung beschlossen. Hauptgegenstand

der ersten Änderungen waren die Einführung des Bereichs „Gesprächspsychotherapie Erwachsene“ sowie redaktionelle Anpassungen an die Musterweiterbildungsordnung der BPtK.

Schweitzer-Köhn berichtete zudem über ihre Mitwirkung in der bundesweiten Taskforce zur Finanzierung der Weiterbildung. Die Taskforce möchte erreichen, dass in den geplanten Gesetzgebungsverfahren die noch fehlenden Punkte zur finanziellen Förderung der ambulanten und stationären Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen aufgenommen werden. Im ersten Schritt wird der Versand eines gemeinsamen Schreibens an Bundesgesundheitsminister Lauterbach erfolgen. Nachfolgend ist das Einreichen einer Petition im Deutschen Bundestag vorgesehen. Beide Initiativen werden bundesweit von den Verantwortlichen für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kammern und Verbände begleitet. (Anmerkung:

Die eingereichte Petition lief bis zum 1. Juni 2023).

Die Geschäftsstelle unterstützte den Vorstand bei der Vorbereitung und Durchführung von politischen Terminen, beteiligte sich an den vielfältigen Gremien und Ausschüssen und war an der inhaltlichen Vor- und Nachbereitung sowie Durchführung und Dokumentation dieser Veranstaltungen beteiligt. Ergänzend zum Bericht informierte Geschäftsführerin Brigitte Kemper-Bürger die Delegierten über den aktuellen Stand des e-Logbuchs für die neue Weiterbildung, den Planungsprozess in der Taskforce und die derzeit avisierten Kosten. Momentan laufen die komplexen Abstimmungsschritte zum Prozess aller beteiligten Kammern. Alle notwendigen Vereinbarungen sollen in 2023 getroffen sowie ein erstes Lastenheft erstellt werden. Nach aktuellem Stand werden sich zwei Kammern nicht beteiligen.

## Bericht der Inklusionsbeauftragten

Darüber hinaus stellte die Inklusionsbeauftragte Frauke Reiprich ihr aktuelles Projekt, die Gestaltung einer barrierefreien Broschüre/Informationsseite für Betroffene, die Zugang zur Psychotherapie benötigen, zur weiteren Vorgehensweise und Abstimmung vor. Derzeit gibt es kaum barrierefreie Informationen für Betroffene.

Zum Abschluss der Delegiertenversammlung standen noch Nachwahlen sowie erste engagierte Diskussionen zur Planung des nächsten Landespsychotherapeutentages im Jahr 2024 auf dem Programm. Die Präsidentin bedankte sich für die intensive Arbeit der Delegierten, der Geschäftsstelle und des Vorstandes. Die nächste Delegiertenversammlung findet am 13. Juni 2023 statt.

Franziska Sommerfeld

## Workshop: Klimakrise und Psychotherapie – Neue Herausforderungen für den Berufsstand

**Massive Trockenheit, Rekordhitze oder steigende Meeresspiegel – die Folgen des Klimawandels werden immer spürbarer. Neben den dramatischen Auswirkungen für die Umwelt wirkt sich die Klimakrise aber auch als existenzielle Krise auf die Psyche aus, denn ihre destruktiven Folgen beeinflussen nicht nur die physische Gesundheit, sondern belasten auch die Psyche der Menschen. Ein Engagement seitens des Berufsstandes ist daher nicht nur sinnvoll, sondern auch berufsethisch geboten.**

So lud der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin zu einem Workshop „Klimakrise und Psychotherapie“ ein. Katharina Simons, Psychotherapists for Future, und Eva Schweitzer-Köhn, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin, gaben einen Überblick über die möglichen psychischen Auswirkungen der Klimakrise sowie den berufsrechtlichen Rahmen.

Angst, Depressionen, Hilflosigkeit, Trauer, Stress sowie Verdrängung und Abwehrreaktionen in Bezug auf die Klimakrise nehmen zu. Sie können auch dazu führen, dass die Menschheit den nötigen Klimaschutz verzögert. Schon jetzt wird deutlich, dass insbesondere Kinder und Jugendliche psychisch stark betroffen sind, da der Klimawandel die künftigen Generationen noch stärker treffen wird. Darüber hinaus kann die Klimakrise als ein zusätzliches Belastungsmoment wirken und zu einer Verschlimmerung bestehender psychischer Störungen führen.

Wie können Psychotherapeut\*innen bei der Bewältigung der psychischen Auswirkungen der Klimakrise unterstützen? Was kann getan werden, damit die Auseinandersetzung mit der Klimakrise nicht zur Überforderung wird, sondern sich in ein sachlich angemessenes Verhalten übersetzen kann? Welche Erfahrungen werden aktuell im psychotherapeutischen Kontext gemacht?

Wie können Menschen gut mit den durch den Klimawandel ausgelösten Emotionen umgehen und auf welche Art und Weise können Psychotherapeut\*innen dabei unterstützen? Welche besonderen Herausforderungen gilt es zu beachten, da von der Klimakrise auch die Psychotherapeut\*innen selbst betroffen sind? Wie können die eigenen Anteile in der Selbsterfahrung professionell bearbeitet werden? Diese und viele weitere Fragen wurden engagiert diskutiert. Neben der gezielten Förderung von Ressourcen bzw. Resilienz Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Emotionsverarbeitung oder Handlungskompetenz wurde auch die große Bedeutung von niedrigschwelliger Hilfe in Form von Gruppen- und Netzwerkangeboten betont, um Verbindungen untereinander zu schaffen.

„Die Klimakrise ist auch eine psychologische Krise. Wir wollen und müssen unser Fachwissen zur Bewältigung dieser komplexen Bedrohung verstärkt einbringen, um die Klimaresilienz in unse-

rer Gesellschaft zu fördern. Dabei geht es einerseits um das Verstehen der psychologischen Aspekte der Klimakrise, aber auch um eine Unterstützung

bei der konstruktiven Bewältigung dieser Bedrohung“, so Schweitzer-Köhn. „Studien zeigen, dass gemeinschaftliches Handeln nicht nur ein Gefühl von

Sicherheit und Verbundenheit geben kann, sondern uns auch langfristig im Umgang mit Krisen stärkt“.

Franziska Sommerfeld

## Bundesweiter Aktionstag – auch in Berlin

„Kein Ausbeuten von Psychotherapeut\*innen“,  
„Lasst uns nicht im Regen stehen“,  
„Versorgung von beiden Seiten #unersetzlich“.

Psychologiestudierende in ganz Deutschland demonstrierten am 4. Mai 2023 mit einem bundesweiten Aktionstag für eine Regelung zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung – gemeinsam, groß, laut und öffentlichkeitswirksam.

Auch Berlin war dabei, organisiert vom neuen Berliner PtW-Forum und der Psychologie Fachschaften Konferenz (Psy-FaKo). Student Felix Kiunke eröffnete die Demonstration mit seinem Beitrag: „Ich habe den Beruf gewählt, um anderen Menschen zu helfen.“ Er sprach von einer zu erwartenden dramatischen Versorgungslücke, wenn es nicht bald eine gesetzliche Regelung gibt.

Mit Aktionen, Demonstrationen und Social-Media-Aktivitäten (#PsychotherapielstUnersetzlich #unersetzlich) fordern die Teilnehmenden eine gesetzliche Regelung, damit die psychotherapeutische Versorgung sowie die berufliche Zukunft der nachkommenden



Studierende demonstrieren in Berlin am 4. Mai 2023 vor dem BMG

Psychotherapeut\*innen sichergestellt werden kann. Es müsse von Beginn an möglich sein, ohne große Verzögerungen unter den gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen die Weiterbildung zum\*zur Fachpsychotherapeut\*in zu absolvieren. Nur so wäre eine anschließende Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen möglich.

**Bisher gibt es jedoch noch keine Weiterbildungsplätze und keine gesetzliche Grundlage für deren Finanzierung.** Hierfür bedarf es einer gesetzlichen Regelung auf Bundesebene, die

das Bundesgesundheitsministerium bisher jedoch versäumt hat. Dies muss umgehend nachgeholt werden.

Gerade in den aktuellen Krisenzeiten, mit Klimakatastrophe und Covid-19-Pandemie, ist der Bedarf insbesondere bei Kindern und Jugendlichen so hoch wie noch nie. Die Wartelisten sind lang und wir brauchen dringend Nachwuchs, weil viele Psychotherapeut\*innen in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden.

Kristina Eichel

## PtW-Forum Berlin – Austauschforum für (zukünftige) Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung in Berlin

Schon seit einigen Monaten wächst unter uns Studierenden die Unsicherheit und Nervosität, was uns nach Abschluss des neuen Masterstudiengangs und der Approbation erwartet. Die meisten haben geplant, die Weiterbildung direkt anzuschließen, aber dieser Plan scheint immer unrealistischer, je näher der Masterabschluss rückt. Die Lage erschien uns erstmal sehr intransparent, aber was bei uns ankam, war: Die Finanzierung der Weiterbildung sei

nicht geklärt und viele Institute würden sich deshalb scheuen, Weiterbildungsstätten zu werden. Um die Klinikstellen würden wir vermutlich mit den PiA konkurrieren, die dann aufgrund des immer noch viel zu geringen Mindestlohns die deutlich günstigeren Arbeitskräfte wären.

Für viele von uns stellt das prekäre alte Ausbildungssystem keine Alternative dar. Wir solidarisieren uns mit den PiA

vor uns, die sich organisiert haben und seit Jahren für bessere Ausbildungsbedingungen kämpfen. Jetzt ist es an uns zukünftigen Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW), ebenfalls Strukturen aufzubauen und an diese Kämpfe anzuschließen.

So kam es zur Vernetzung von Psychologiestudierenden in Berlin, woraus sich im März 2023 das „PtW-Forum Berlin“ in Anlehnung an das pia.forum gegrün-



det hat, mit dem wir auch im Austausch stehen. Ebenfalls vernetzten wir uns mit der AG der PsyFaKo (Psychologie Fachschaften Konferenz), die schon lange zur Reform des PsychThG arbeitet und auch zum bundesweiten Aktionstag am 4. Mai 2023 aufgerufen hat. In diesem Rahmen organisierte das PtW-Forum eine Demonstration vor dem Bundesministerium für Gesundheit, um gesetzliche Regelungen für die Finanzierung der Weiterbildung einzufordern und unseren Frust über die drohende Weiterbildungswarteschleife auf die



Straße zu bringen. Weitere Aktionen sind in Planung. Wir freuen uns über neue Mitglieder und jegliche Form der Unterstützung!

Wir sind erreichbar unter:  
ptw-forum-berlin@posteo.org.

Instagram: [www.instagram.com/ptw\\_forum\\_berlin/](https://www.instagram.com/ptw_forum_berlin/).

Twitter: [www.twitter.com/PtwForum-Berlin](https://www.twitter.com/PtwForum-Berlin).

## Dr. Ina Czyborra ist neue Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin



Dr. Ina Czyborra  
© SPD Berlin/Foto: Jonas Holthaus

Die insbesondere im Bereich Wissenschaft profilierte SPD-Politikerin Dr. Ina Czyborra hat am 28. April 2023 nach der Wiederholungswahl das Amt von

ihrer Vorgängerin Ulrike Gote (Bündnis 90/Die Grünen) übernommen.

Der Vorstand der PtK Berlin hat die Senatorin unmittelbar nach ihrer Wahl zu einem Gespräch in die Räume der Kammer eingeladen. Dabei soll es insbesondere um die Umsetzung der Weiterbildung, die Schaffung von ausreichenden Weiterbildungsstellen in den Kliniken, eine entsprechende Änderung des Landeskrankenhausgesetzes und insgesamt um die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Berlin gehen.

Außerdem muss das Berliner Heilberufekammergesetz novelliert und damit auch eine Möglichkeit zum Anschluss

an ein Versorgungswerk für die Berliner Kammermitglieder geschaffen werden.

### Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel.: 030/887140-0  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

## 47. Kammerversammlung am 16. Mai 2023 im Haus im Park

Die Kammerversammlung am 16. Mai 2023 stand ganz unter dem Eindruck der endenden Legislatur und der Wahlen des Kammervorstands.

Als Gast konnte Knud Winkelmann als Vertreter der senatorischen Behörde begrüßt und der Kammerversammlung vorgestellt werden. Herr Winkelmann leitet seit diesem Jahr das Referat „Rechtsangelegenheiten Gesundheit, Beruferecht, Sozialversicherung“ bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz und nimmt die Rechtsaufsicht über unsere Kammer wahr.

### Bericht des Vorstandes

Der Kammervorstand nutzte seinen Bericht, um ein Resümee der Amtsperiode zu ziehen. Die Präsidentin Amelie Thobaben schaute auf den Beginn der Amtsperiode zurück und zeigte auf, wie der ursprüngliche Plan eines schrittweisen Generationswechsels vom Tod des damaligen Präsidenten durchkreuzt wurde. Ein junger, überwiegend unerfahrener Vorstand musste sich ad hoc konstituieren. Zusätzlich bestimmte die Corona-Pandemie die Agenda und dominierte das Tagesgeschäft.

Die Anzahl der Aufgaben machte deutlich, dass die Strukturen im Vorstand und in der Geschäftsstelle nicht mehr ausreichten. Auch in der Geschäftsstelle muss ein Generationswechsel gut vorbereitet sein, um jederzeit einen reibungslosen Ablauf zu sichern. Die Einstellung einer Geschäftsführerin wurde nötig, um die Verantwortung für die konzeptuelle Entwicklung der Kammer mitzutragen. Die Aufteilung von administrativen und politischen Aufgaben zwischen Haupt- und Ehrenamt brachte

Klarheit in den Zuständigkeiten und optimierte interne Abläufe. Ebenso trugen die Renovierung der Geschäftsstelle und die Umsetzung aktueller Vorgaben zum Arbeitsschutz zur Erhöhung der Arbeitssicherheit und -zufriedenheit bei.

### Wichtige Meilensteine

Durch intensive Vorbereitung und in Abstimmung zwischen Dr. Kim Sarah Heinemann und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle wurde mit minimalem Aufwand der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) in Bremen eingeführt. Bis auf wenige Ausnahmen gelang dies störungsfrei.

Der Relaunch der Website [www.psych-info.de](http://www.psych-info.de) wurde in Abstimmung mit den kooperierenden Landeskammern umgesetzt. Wiebke Rappen brachte sich als Vorstandsbeauftragte in die entsprechende Arbeitsgruppe ein. Die optimierten Suchfunktionen und die höhere Bedienfreundlichkeit kommen nicht nur Hilfesuchenden entgegen, sondern nutzen auch allen dort verzeichneten Niedergelassenen sowie anderen im Gesundheitswesen Tätigen.

Die Verabschiedung des neu gefassten Psychotherapeutengesetzes war der offizielle Startschuss zur Umsetzung der Aus- und Weiterbildungsreform. Auf verschiedenen Ebenen arbeitete die Kammer daran. So wurden mit der Akkreditierung der Bachelor- und Masterstudiengänge an der Universität Bremen die Möglichkeiten geschaffen, im Land Bremen zukünftig die Approbation erlangen zu können. Bei der Novellierung des Bremischen Krankenhausgesetzes konnten Strukturen verankert werden, die psychotherapeutische Leitungen in psychotherapeutischen Ab-

teilungen ermöglichen und insgesamt die Rolle der Psychotherapeut\*innen im Krankenhaus stärken. Seit dem Frühjahr 2023 besteht die Möglichkeit zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten.

### Arbeit in Spannungsfeldern

Bei der Heterogenität der Mitglieder unserer Kammer kommt es zu unterschiedlichen Interessenslagen. Somit wird Kammerarbeit stets zu einer Arbeit in Spannungsfeldern. Amelie Thobaben zeigte beispielhaft die typischen Konfliktlinien auf: So sind Vorstand und Geschäftsstelle bemüht, bestmöglich die Aufgaben umzusetzen und im Interesse aller Kammerangehörigen zu handeln, stoßen dabei aber an Grenzen, die durch die knappen Ressourcen einer kleinen Kammer definiert sind. Weiterhin kann es sinnvoll sein, trotz hohen Drucks abzuwarten, um in Ruhe mit anderen Kammern gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Vorausschauende Planung ist wichtig. Gelegentlich stehen Einzelinteressen (von Personen oder auch Gruppen) einem Gesamtkonzept entgegen und echte Interessensausgleiche sind nicht zu erreichen. Der im Heilberufsgesetz geregelte Auftrag der Kammer verpflichtet zur Erfüllung bestimmter Aufgaben. Mitunter sind noch so sinnvolle politische Ideen nicht mit diesem gesetzlichen Auftrag zu vereinbaren. Berufseinsteigende Kammerangehörige haben andere Bedarfe und eine andere (zeitliche) Perspektive als die älteren Kolleg\*innen. Diese Konfliktlinien fordern alle Beteiligten und liefern gleichzeitig Potenzial zu gemeinsamer Weiterentwicklung. Grundlage hierfür ist sicherlich ein Verständnis dafür, wie Kammerarbeit funktioniert und welche Aufgaben die Kammer hat.

## Veranstaltungen zur Arbeit der Kammer

Mit diesem Bewusstsein wurden mehrere Veranstaltungen angeboten, um die Kammermitglieder zur weiteren Entwicklung der Kammer, zu ihrer Arbeitsweise allgemein oder zu spezifischen Themen (Muster-Weiterbildungsordnung, ePtA) zu informieren. Diese Veranstaltungen wurden sehr gut angenommen.

Neben primär fachlichen Angeboten wurden auch Fortbildungen organisiert, bei denen die Kammer politische Positionen vertreten konnte. Dabei wurde gleichzeitig nach außen die Kompetenz und das Selbstverständnis unseres Berufsstandes herausgestellt, sich zu Fragen der Versorgung (z. B. Post-COVID; Prävention vor Rehabilitation; Sprachmittlung; Gesundheitspolitik) zu positionieren.

Soweit die Kammer bzw. der Berufsstand von gesetzlichen Regelungen betroffen ist, wird sie regelmäßig bei Gesetzesänderungen oder -neufassungen im Lande Bremen zu Stellungnahmen aufgefordert. In der letzten Amtsperiode gab die Kammer zur Änderung des Bremischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, zur Änderung des Bremischen Heilberufsgesetz und zum Bremischen Krankenhausgesetz Stellungnahmen ab. Ziel war es jeweils, die Interessen des Berufsstandes zu vertreten und gesetzlich zu verankern sowie die Versorgung zu verbessern.

## Außendarstellung der Kammer

Die neue Homepage wurde gut angenommen. Der Mitgliederbereich wird um neue Funktionen erweitert. Durch die neue Webpräsenz kommen wir nicht nur den Auflagen des OZG nach, sondern treten auch nach außen professionell und zeitgemäß auf.

In den sozialen Medien ist die Kammer mit einem Twitter-Account vertreten und darüber mit Akteur\*innen der Gesundheitspolitik vernetzt.

Der Kammervorstand konnte durch aktive Pressearbeit psychotherapeutische

Themen platzieren und so z. B. zur weiteren Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen beitragen. Wiederholt wurde auf die unzureichende psychotherapeutische Versorgung hingewiesen.

## Gremienarbeit

Eva John berichtet von der Arbeit in diversen regionalen Gremien und zum Austausch mit verschiedenen Institutionen. Die Beteiligung an der Entwicklung der Psychiatriereform in Bremen stellte dabei einen wichtigen Aspekt ihrer Arbeit dar. Ebenso ist ihr der Austausch mit den zukünftigen Weiterbildungsstätten ein besonderes Anliegen.

Dr. Rosa Steimke verdeutlichte am Beispiel der Umsetzung der Weiterbildungsreform die zum Teil hohe Komplexität der Gremienstrukturen auf Bundesebene. Rosa Steimke arbeitete u. a. in der Gleichstellungskommission der BPtK mit und setzte sich in Bremen dafür ein, dass die Entschädigungsordnung einen Kostenersatz für die Betreuung von Kindern und zu pflegenden Angehörigen vorsieht, um die Teilnahme an Gremien zu ermöglichen.

## Dank an den Vorstand

Die Kammerversammlung dankte dem Vorstand für seine Arbeit und sprach ihre Anerkennung für den persönlichen Einsatz der Vorstandsmitglieder aus.

## Jahresabschluss 2022

Dr. Christoph Sülz erläuterte der Kammerversammlung den Jahresabschluss und verdeutlichte in seinem Fazit, dass nicht planbare Effekte einen positiven Jahresabschluss bedingten. Mit Blick auf die aktuellen allgemeinen Preissteigerungen, insbesondere auch infolge der zu erwartenden Lohnsteigerungen, und auf die anstehenden Ausgaben werden in den kommenden Jahren die Rücklagen abschmelzen. Nach Einschätzung des Kammervorstandes wird die Kammer nicht um maßvolle Anpassung des Hebesatzes herkommen. Die nächste Kammerversammlung wird den Haushaltsplan 2024 zu beraten haben.

Silke von Weihe trug den Prüfbericht des Finanzausschusses vor und beantragte die Entlastung des Vorstandes. Die Kammerversammlung folgte diesem Antrag.

## Änderungen von Satzung und Ordnungen

Mit Beschluss der Kammerversammlung erfolgt eine Änderung der Satzung, die die erfolgten Änderungen des Bremischen Heilberufsgesetzes übernimmt und redaktionell die Verwendung geschlechtersensibler Sprache umsetzt.

Ebenso wurden Änderungen der Muster-Berufsordnung in der Berufsordnung der Kammer umgesetzt. Hervorzuheben sei an dieser Stelle die Anpassung der Berufsaufgaben: „Psychotherapeut\*innen beteiligen sich an der Erhaltung und Förderung der ökologischen und soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Menschen“.

Weiterhin wurden Vorgaben aus dem Bremischen Heilberufsgesetz in die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen umgesetzt.

Mit der Änderung der Gebührenordnung sollen zukünftig die Kosten für Verwaltungsleistungen besser abgebildet werden. Die Kammerversammlung beschloss die Änderung und eine damit verbundene dreijährige Evaluierungsphase. In besonderer Weise wurde auf die neue Regelung zur Einreichung von nicht durch die Gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsbehörde erfassten Fortbildungsnachweisen hingewiesen. Diese werden weiterhin dem Fortbildungskonto gutgeschrieben. Mit einer Frist von zwei Jahren nach der jeweiligen Fortbildung wird diese Verwaltungsleistung zukünftig jedoch kostenpflichtig.

## Diskussion zur Aufwandsentschädigung von Ausschussmitgliedern

Als Auftrag aus der letzten Kammerversammlung sollte der Kammervorstand

eine Beratungsgrundlage erarbeiten und über die möglichen Kosten informieren, die entstehen könnten, wenn Ausschussmitglieder für ihre Arbeit einen Aufwandsersatz erhielten. Dr. Kim Sarah Heinemann stellte eine Hochrechnung vor, die einen jährlichen Mehrbetrag von rund 16.000 € bezifferte. Ausgehend von dieser Kalkulation beriet die Kammerversammlung intensiv die Frage der Entschädigung für Ausschussmitglieder. Hierbei wurden Pro- und Kontra-Argumente vorgetragen. Einerseits sehen Befürworter\*innen die Chance, mehr Kammermitglieder beteiligen zu können, andere betonten die mögliche Gefahr, dass ehrenamtliches Engagement ein anderes Selbstverständnis erfährt, und wiesen darauf hin, dass sie die Mitarbeit in der Selbstverwaltung als selbstverständlich ansehen und dies auch ohne Entschädigung machen würden. Zusammenfassend verdeutlichte ein Kammermitglied, dass in dieser Frage ein Paradigmenwechsel deutlich werde. Die nächste Kammerversammlung wird diese Frage erneut beraten und eine Entscheidung zu dieser Frage zu treffen haben.

### Wahl des Kammervorstandes

Nachdem Amelie Thobaben dem bisherigen Vorstand für seine Arbeit gedankt hatte, verabschiedete sie Dr. Kim Sarah Heinemann, die nicht für eine weitere Amtszeit zur Verfügung steht. Sie betonte dabei, wie wertvoll ihr Beitrag für



Präsidentin Amelie Thobaben, Dr. Rosa Steimke, Eva John, stellvertretender Präsident Dr. Christoph Sülz (es fehlt Manuel Siegert)

die Arbeit des Vorstands war und wie sehr sie die Entscheidung zwar verstehen, aber dennoch bedauern würde.

Die Kammerversammlung wählte Amelie Thobaben erneut zur Präsidentin. Dr. Christoph Sülz wurde zum stellvertretenden Präsidenten gewählt. Als Beisitzer\*innen gehören weiterhin Eva John, Manuel Siegert und Rosa Steimke dem Vorstand an.

Als Delegierte für den DPT wurde Amelie Thobaben, Dr. Christoph Sülz und Eva John gewählt. Stellvertreter\*innen sind Manuel Siegert, Dr. Rosa Steimke und Dr. Kim Sarah Heinemann.

### Runder Tisch Weiterbildung

Aus der Gruppe der Institutsleitungen wurde ein Antrag auf Gründung eines

Runden Tisches Weiterbildung eingebracht. Dieses Anliegen unterstützt der Kammervorstand, regte aber an, im Vorfeld zu einem Arbeitstreffen einzuladen, bei dem die Konzeption des Runden Tisches erarbeitet werden soll. Die Antragstellenden folgten diesem Vorschlag, sodass mit Votum der Kammerversammlung der Vorstand beauftragt wurde, dieses Treffen einzuberufen.

### Arbeitsgruppe Klima

Drei Kolleginnen, die sich bei den Psychotherapists for future engagieren, stellten den Antrag, den Vorstand damit zu beauftragen, zu einem Arbeitsgruppentreffen einzuladen, bei dem unter Beteiligung des Vorstandes Aufgaben und Strukturen einer möglichen Klima-AG entwickelt werden sollen. Die Ergebnisse sollen der nächsten Kammerversammlung vorgelegt werden, um dann über eine ständige Einrichtung einer Arbeitsgruppe zu entscheiden. Diesem Antrag wurde zugestimmt.

Mit dem Dank des Präsidiums an die Anwesenden für ihre Teilnahme schloss die Versammlung.

Die nächste Kammerversammlung findet am Dienstag, den 18. November 2023, statt. Die Kammerversammlung wird dann die Ausschüsse wählen und den Haushaltsplan 2024 verabschieden.

## Gesundheitspolitisches Forum am 25. April 2023

Am 25. April 2023 lud die Kammer zum gesundheitspolitischen Forum in das Bürgerhaus Weserterrassen ein.

Auf dem Podium begrüßten wir Rainer Bensch (CDU), Charlotte Schmitz (Die Linke), Ilona Osterkamp-Weber (Bündnis 90/Die Grünen), Ute Reimers-Bruns (SPD) und Dr. Magnus Buhlert (FDP).

In einem Impulsvortrag stellten Dr. Christoph Sülz und Amelie Thobaben die aktuellen politischen Anliegen vor. Einige der Themen wurden aufgegriffen und gemeinsam diskutiert. Die Podiumsgäste bedankten sich für diese



Podiumsdiskussion mit den Gesundheitspolitiker\*innen

„Fortbildung“ und zeigten sich dankbar für Hintergrundinformationen.

Ein besonderes Anliegen der Politiker\*innen aller Parteien war es, die ambu-

lante psychotherapeutische Versorgung in benachteiligten Stadtteilen zu verbessern. Verschiedene Modelle für Versorgungszentren wurden vorgeschlagen. Ob diese Modelle auch im Interesse unseres Berufsstandes sind, müsste anhand der konkret geplanten Modelle überprüft werden.

Zur „Ehrenrettung“ der Selbstverwaltung wurde die Verlegungspraxis im Zulassungsausschuss erläutert. Die Verlegung in schlechter versorgte Stadtteile gestaltet sich in Bremen völlig unkompliziert. Der Kammervorstand wies darauf hin, dass es jedoch in den genannten Stadtteilen zunehmend

schwierig ist, geeignete Räumlichkeiten zu finden.

Auch die Ungerechtigkeit, die durch die veraltete Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie die immer noch nicht an die Richtlinien-Reform angepasste Landesbeihilfeverordnung entsteht, war offenbar den Politiker\*innen noch nicht bewusst. Wir hatten die Gelegenheit, auch die Probleme bei der Umsetzung der Ausbildungsreform darzustellen und konnten die Dringlichkeit des Anliegens erläutern, zeitnahe gesetzlich verankerte Lösungen für die Finanzierung der Weiterbildung zu entwickeln.

Betont wurden auch die Chancen, die durch die Weiterbildung für die breite psychotherapeutische Versorgung in Bremen entstehen. Die Versorgungsfelder, die davon profitieren könnten, sind dabei nicht auf die psychotherapeutische Tätigkeit in psychiatrischen Kliniken und ambulanten Praxen beschränkt. Gerade dem institutionellen Bereich könnte im Rahmen der neuen Weiterbildung eine größere Bedeutung zukommen. In vielen dieser Bereiche sind Psychotherapeut\*innen zwar auch schon heute tätig. Aus- bzw. Weiterbildung darf dort aber derzeit nicht stattfinden. Das will die neue Weiterbildungsordnung ändern.

## Im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung

Nach längerer Pause aufgrund der Covid-19-Pandemie lud die senatorische Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz wieder zur Veranstaltungsreihe „Psychiatrie 2.0“ ein.

Nach spannenden Fachbeiträgen aus dem Bereich der angewandten Sozialwissenschaften und der Justiz gab es die Möglichkeit des Austauschs zwischen allen Teilnehmer\*innen.

Über die letzten Jahre, zuletzt durch die Betreuungsrechtsreform 2023, wurde vermehrt die Anerkennung des Willens und der Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestärkt und Unterstützungsformen gefördert. Dies löst aber gleichzeitig die Frage nach Fürsorgepflichten und Schutzfordernissen aus. Eindrückliche Beiträge

aus dem Alltag von Betroffenen, sowohl aus Sicht verantwortlicher Chefärzte als auch aus Sicht von Patient\*innen, machten die enormen Schwierigkeiten in diesem Spannungsfeld deutlich.

Mehr psychotherapeutische Expertise auf den Stationen vermindert nachweislich die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen und wäre damit unverzichtbarer Baustein einer Reform zur Verbes-

serung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Einweisungen könnten mit entsprechender psychotherapeutischer Versorgung oft abgewendet werden.

Diese notwendige Diskussion wird von der Psychotherapeutenkammer begrüßt und weiterverfolgt, um die Situation für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.



*Psychiatrie 2.0: Diskussionsrunde*

### Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Eva John, Dr. Christoph Sülz, Amelie Thobaben.

### Geschäftsstelle

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Tel.: 0421/277200-0  
Fax: 0421/277200-2  
verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:  
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr  
Mi.: 13.00–15.00 Uhr



## Informationen zur Kammerwahl 2023

### Wann wird gewählt?

Für die Kammerwahl 2023 wurde der 13. Oktober 2023 als Wahltag vom Wahlleiter im Rahmen der konstituierenden Sitzung des Wahlausschusses am 20. Februar 2023 bestimmt. Die Revision der Wahlordnung ist zwischenzeitlich erfolgt, sodass der unter diesem Vorbehalt bestimmte Wahltag bestätigt werden konnte.

### Wann erfolgt die Bekanntmachung der Wahl?

Die formale Bekanntmachung des Vorstands wird mit einem besonderen Rundschreiben (per E-Mail bzw. Brief) voraussichtlich Mitte Juli 2023 erfolgen. Hier werden die Kammermitglieder über die genauen Fristen inkl. Wahlzeitraum sowie den Ablauf der Kammerwahl 2023 im Detail informiert.

### Wie setzt sich der Wahlausschuss zusammen?

Der Wahlausschuss wurde gem. § 4 der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom Vorstand bestellt.

Neben dem Wahlleiter und einem stellvertretenden Wahlleiter wurden vier Beisitzer\*innen sowie zwei stellvertretende Beisitzer berufen.

### Wo erhalte ich weitere Informationen?

Alle Regelungen, die mit der Kammerwahl in Zusammenhang stehen, sind in der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer festgelegt. Diese finden Sie bei Interesse auf der Seite [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de) unter der Rubrik „Über uns / Rechtliches“.

Um Sie stetig über den Prozess der Kammerwahl zu informieren, haben wir auf unserer Website zudem eine Rubrik „Kammerwahl 2023“ eingerichtet. Diese finden Sie unter dem Reiter „Aktuelles“.

Hier werden wir voraussichtlich Ende des 2. Quartals 2023 auch die für die Kammerwahl 2023 relevanten Musterunterlagen veröffentlichen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich auch gerne via E-Mail ([kammerwahl@ptk-hamburg.de](mailto:kammerwahl@ptk-hamburg.de)) an die Ansprechpartner\*innen in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

## Bericht über die 90. Delegiertenversammlung am 15. Februar 2023

Am 15. Februar 2023 tagte die 90. Delegiertenversammlung (DV) im großen Saal in der Alstercity.

Nach Eröffnung der Sitzung und Begrüßung durch die Präsidentin Heike Peper folgten die Berichte der Vorstandsmitglieder über die Aktivitäten der vergangenen Monate. Unter anderem berichtete Torsten Michels, Vizepräsident, über die Informationsveranstaltung für Psychologiestudierende zur neuen Weiterbildung im Januar an der Universität Hamburg. Neben Torsten Michels informierten Susanne Arp, Klaus Michael Reiningger und Helene Timmermann das interessierte Uni-Publikum über die unterschiedlichen Gebietsweiterbildungen. Die Frage der Finanzierung wurde diskutiert, viele Studierende boten ihre Unterstützung für politische Aktivitäten an.

Frau Peper informierte über die im ersten Halbjahr geplanten Veranstaltungen, darunter den KJP-Tag am 18. Februar (Thema: Geschlechtliche Vielfalt/Trans\*gesundheit), den Empfang der neuen Kammermitglieder am 22. Februar und die von der Kammer veranstaltete Fortbildung zum Thema Abstinenz am 1. März (siehe Berichte dazu in dieser Ausgabe).

Nach den Berichten aus den Ausschüssen, Kommissionen und der Geschäftsstelle wurden die Delegierten über den Stand der Vorbereitungen zur Kammerwahl 2023 informiert. Geschäftsführerin Karen Walter teilte mit, dass der vom Vorstand berufene Wahlausschuss am 20. Februar zu seiner konstituierenden Sitzung zusammenkommen werde. Der Wahltag wird der 13. Oktober sein. Weitere Informatio-

nen zur Kammerwahl 2023 finden sich in dieser Ausgabe und auf der Website der PTk.

Anschließend folgte die Nachwahl des stellvertretenden Bundesdelegierten, die nach dem Ausscheiden des Delegierten Prof. Dr. Mike Mösko notwendig geworden war. Prof. Dr. Klaus Michael Reiningger wurde von der DV mit großer Mehrheit gewählt.

Nach den Lesungen der Revisionen der Hauptsatzung und der Wahlordnung erläuterte Torsten Michels, dass vor dem Hintergrund der anstehenden Kammerwahl eine Verabschiedung der Revisionen im Rahmen einer schriftlichen Beschlussfassung vor der nächsten DV im Mai erfolgen sollte, um die in der Wahlordnung festgelegten Fristen einhalten zu können. Die Delegierten nah-

men diesen Vorschlag des Vorstandes zustimmend auf.

Im Zusammenhang mit der vierten Lesung der Weiterbildungsordnung (WBO) berichtete Heike Peper über den aktuellen Stand der Entwicklung. Einer Verabschiedung stünde die noch ausstehende Revision des Hamburgischen Kammergesetzes entgegen. Die Zeit sollte daher genutzt werden, noch weitere Aspekte, wie etwa die Aufnahme der Bereichsweiterbildung „Gesprächspsychotherapie“ zu diskutieren. Die seitens des Berufsstandes wahrgenommene Regelungslücke in Bezug auf die Finanzierung der Weiterbildung wurde thematisiert: Heike Peper berichtete über ein Gespräch zwischen der BPtK und dem Bundesgesundheitsministerium, welches gegenwärtig keinen Regelungsbedarf zur Finanzierung sehe. Dr. Paul Kaiser informierte über seine Teilnahme am ersten Treffen einer Taskforce, die die Öffentlichkeit über diesen Missstand aufklären soll. Geplant sei eine mehrstufige öffentliche Kampagne. Torsten Michels betonte die Relevanz der Beteiligung der betroffenen Studierendenschaft, Sarah Dwinger plädierte für den Einbezug von

Patient\*innenvertretungen. Dr. Michael Schödlbauer berichtete zur Diskussion über die ungeklärte Finanzierung in der StäKo der Hamburger Ausbildungsinstitute und betonte, dass diese Frage dringend auf Bundesebene geklärt werden müsse. Anderenfalls sei die Sicherstellung der weiteren psychotherapeutischen Versorgung, der Erhalt bewährter Aus- und Weiterbildungsstrukturen und damit die Umsetzung der geplanten Weiterbildung gefährdet.

Das Thema der Befristung der Anerkennungen als Supervisor\*in (im Rahmen der Fortbildungsordnung/FBO) sowie als Sachverständige\*r“ auf fünf Jahre wurde als nächstes in der DV diskutiert. Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung sprach sich für eine Entfristung für die Supervisor\*innen-Anerkennung aus. Der Vorstand nahm die Argumente zum Für und Wider einer Befristung aus der DV auf. Zur Revision der FBO im September soll ein entsprechender Vorschlag erarbeitet werden. Die Befristung der Anerkennung als Sachverständige\*r zur gutachterlichen Tätigkeit sei in der entsprechenden Fortbildungsrichtlinie geregelt. Heike Peper erläuterte, dass dies vor dem Hintergrund der Qualitäts-

sicherung aufgenommen worden sei. Es folgte eine kritische, aber nicht abschließende Auseinandersetzung über die Bedeutung der Sachverständigenliste. Das Thema solle auch bei der nächsten Sitzung des Länderrats seitens der PTK Hamburg eingebracht werden.

Mit Blick auf die pandemiebedingt eingeführte Sonderregelung zur Bewilligung von Online-Fortbildungsveranstaltungen wurde ein Meinungsbild der DV eingeholt, insbesondere hinsichtlich reflexiver Veranstaltungen, wie z. B. Intervisionen. Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung sprach sich für eine Fortsetzung von Online-Formaten auch für Intervisionen aus, da die Vorteile – überregionale Teilnahme, Vereinbarkeit von Familie und Beruf – nicht von der Hand zu weisen seien. Die Argumente der DV umfassten weitere Aspekte, wie Barrierefreiheit, Flexibilität, aber auch kritische Punkte wie Datenschutz. Der Vorstand versprach, die vorgebrachten Diskussionsbeiträge aufzugreifen und im Rahmen der nächsten DV einen Vorschlag zur Entscheidung vorzubringen.

TT

## KJP-Veranstaltung am 18. Februar 2023: „Geschlechtliche Vielfalt/Trans\*Gesundheit“

Die Idee zu diesem Fachtag war im Arbeitskreis KJP entstanden, der für alle KJP-Mitglieder der PTK Hamburg offen ist und alle drei Monate stattfindet. Immer öfter berichteten Kolleg\*innen, dass in ihre Praxen vermehrt Kinder und Jugendliche kommen, die sich dem ihnen von Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht zugehörig fühlen. Auch die klassische Aufteilung der Geschlechter in entweder männlich oder weiblich wird zunehmend und gerade von jüngeren Menschen infrage gestellt. Themen wie Transsexualität oder Non-Binarität begegnen Psychotherapeut\*innen verstärkt in der psychotherapeutischen Arbeit. Dies wirft Fragen auf, mit denen sich der Arbeitskreis KJP intensiv beschäftigt hat: Unter welchen Bedingungen kann eine Psychotherapie mit trans\* und/oder abinären Kindern und

Jugendlichen gelingen? Wie kann eine fachgerechte und bedarfsorientierte psychotherapeutische Versorgung umgesetzt werden? Auch vor dem Hintergrund sich verändernder Begrifflichkeiten zum Thema Transgeschlechtlichkeit, knapper Therapieplätze und langer Wartezeiten für eine professionelle Trans\*Beratung, psychotherapeutische Transitionsbegleitung und medizinische Transitionsbehandlung sollte es eine sinnvoll gestaltete Professionalität und eine bessere Vernetzung geben. Auch hier besteht Aufklärungsbedarf.

So waren zwei Hamburger Fachfrauen aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen zur KJP-Veranstaltung eingeladen worden, die einen Einblick in die Thematik geben sollten und für Fragen zur Verfügung standen.

Mit Saskia Fahrenkrug, Psychologische Psychotherapeutin/Psychoanalytikerin, leitende Psychologin an der Psychiatrischen Instituts- und Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, und Lara Hofstadt, Soziale Arbeit (B.A.), Geschlechterforschung (M.A.), zu der Zeit noch Beraterin im Projekt „selbstbewusst trans\*“ im Magnus Hirschfeld Centrum Hamburg, standen zwei Expertinnen auf dem Podium.

Nach Begrüßung durch die Präsidentin Heike Peper und die Moderatorin Gitta Tormin eröffnete Saskia Fahrenkrug mit dem Thema „Geschlechtervielfalt und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen – aktuelle Kontroverse und Herausforderungen für

Kliniker\*innen“ den Vormittag. Im direkten Anschluss folgte der Vortrag von Lara Hofstadt, „Trans\*Geschlechtlichkeit bei Kindern und Jugendlichen aus Perspektive der psychosozialen Beratung“. Durch Beispiele aus ihrer langjährigen Praxis waren die Vorträge persönlich, lebendig und praxisnah. Nach der Kaffeepause folgte eine Podiumsdiskussion mit den Referentinnen und rundete

die Veranstaltung ab. Es wurde angesichts der Fülle von Fragen und Anmerkungen deutlich, dass sich weitere Veranstaltungen mit vertiefenden Schwerpunkten anschließen sollten.

Insgesamt war es eine sehr anregende und dichte Veranstaltung, die von den Teilnehmenden als informativ und wertvoll wahrgenommen wurde. Der

Geschäftsstelle der Kammer sowie Timo Hennig und Ute Rutter, die mit Gitta Tormin zusammen das Programm in die Wege geleitet haben, sei hier noch einmal sehr gedankt. Bei der Evaluation durch die Geschäftsstelle zeigte sich die positive Zustimmung und der Bedarf nach mehr Information.

GT

## Berufsrecht-Veranstaltung: Abstinenz und entgleisende Therapiebeziehung

Knapp 300 Teilnehmende konnten Dr. Rainer Stelling (Rechtsanwalt und externer Justiziar der Psychotherapeutenkammer Hamburg) und Torsten Michels (Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg) am 1. März 2023 zur Online-Fortbildungsveranstaltung „Berufsrecht: Abstinenz und entgleisende Therapiebeziehung“ begrüßen.

Nach einer Einführung zu den rechtlichen Grundlagen und dem Begriff der Abstinenz gingen die beiden Referenten auch auf die Geschichte der Abstinenzregel ein und erläuterten den Teilnehmenden die wesentlichen Normen gemäß der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

Darüber hinaus gingen Dr. Rainer Stelling und Torsten Michels auf die Schutzzwecke der Abstinenzregeln ein. Demnach diene die Abstinenz sowohl dem Schutz

der Patient\*innen als auch dem Selbstschutz der Psychotherapeut\*innen. Es müsse beachtet werden, dass jede\*r Behandelnde die Verantwortung für den Therapierahmen habe.

Im Zusammenhang mit dem Thema „Abstinenz“ wurden auch die Bedeutung der Aufklärung und Einwilligung sowie die Dokumentationsanfordernisse an eine Psychotherapie herausgestellt. Außerdem erläuterten die beiden Referenten die zeitliche Dimension – im Sinne des Beginns und der Reichweite des Abstinenzgebots – für die Teilnehmenden.

Neben theoretischen Grundlagen erhielten die Teilnehmenden auch einen Einblick in die praktische Relevanz von Abstinenzverstößen für die Beschwerdekommision. Anhand anonymisierter Fallbeispiele erfuhren die Teilnehmenden,

welche Ausprägungen Abstinenzverletzungen und entgleisende Therapiebeziehungen annehmen können. In Bezug auf die entgleisende Therapiebeziehung wurden auch die Sorgfaltspflichten der\*des Behandelnden beleuchtet.

Rückfragen der Teilnehmenden wurden aufgegriffen und von Dr. Rainer Stelling und Torsten Michels im Dialog aus rechtlicher und berufspraktischer Perspektive beantwortet.

Für die Zukunft sind weitere Veranstaltungen zum berufsrechtlichen Kontext geplant, z. B. zum Thema „Berufsrecht: KJP“. Über Details zu Datum und Format halten wir Sie gerne über unseren Newsletter informiert.

WH

## Der Schlichtungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Vielen Kolleg\*innen ist der Schlichtungsausschuss in seiner Funktion nicht bekannt. Darum möchten wir Ihnen seine Arbeitsweise vorstellen. Wir möchten Sie auch ermuntern, das Angebot der Klärung von Konflikten, des Ausgleichs verschiedener Interessen und der möglichen Befriedung beider Parteien wahr- und anzunehmen. Konfliktparteien können Patient\*innen/Klient\*innen und Psychotherapeut\*innen sein, aber auch Psychotherapeut\*innen/Kolleg\*innen untereinander.

Zugang zum Schlichtungsverfahren ist per E-Mail, telefonisch direkt über die

PTK oder über die Beschwerdekommision der PTK möglich, wenn keine Berufsrechtsverletzung vorliegt.

Alle Mitglieder des Schlichtungsausschusses arbeiten als Psychotherapeut\*innen, sind unabhängig und zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie sind ehrenamtlich tätig und zum Teil auch Mitglieder der Delegiertenversammlung der PTK.

Im Folgenden möchten wir Ihnen mit einem Fallbeispiel Einblick in unsere Arbeit geben.

### Fallbeispiel „Plötzlicher Abbruch“

Die Beendigung der Psychotherapie durch die Psychotherapeutin wurde von der Patientin/Beschwerdeführerin als unvermittelt, unverständlich und ohne angemessene Verabschiedung erlebt. Sie sei frustriert und verärgert und fühle sich allein gelassen. Sie schilderte vorausgegangene Szenen der Therapie, in denen die Therapeutin sie aufgefordert habe, ihren Gefühlen deutlicher Ausdruck zu verleihen. Damit sei sie überfordert gewesen und habe das Verhalten der Therapeutin als strafend erlebt.



Die Therapeutin war von der Beschwerdekommision der PTK um eine Stellungnahme gebeten worden. Anhand dieser Stellungnahme stellte die Kommission, die hier der Aufgabe der Berufsaufsicht nachkam, fest, dass kein Verstoß gegen die Berufsordnung vorlag. Die Beschwerdeführerin war mit dieser Auskunft unzufrieden. Die beschriebene Konfliktsituation blieb für sie ungelöst. Sie stellte mehrmals Nachfragen. Der Fall wurde daraufhin dem Schlichtungsausschuss übergeben.

Beide Parteien wurden schriftlich über das Verfahren aufgeklärt und nach ihrer

Zustimmung gefragt. Im Schlichtungsverfahren ist – anders als bei Berufsaufsichtsverfahren – die Zustimmung aller Beteiligten Grundvoraussetzung. Nachdem beide Seiten zugestimmt hatten, ging ein ausführliches Schreiben der Therapeutin ein, in welchem sie ihr Erleben von dem der Patientin differenzierte, ihre Versäumnisse reflektierte und bedauerte und ihr Verständnis für das Empfinden der Patientin zum Ausdruck brachte.

Allerdings war es der Therapeutin in ihrem Schreiben noch nicht gelungen, das Ausmaß der Verletztheit und Verunsicherung der Patientin zu erfassen. Mit

einigen vom Schlichtungsausschuss vorgeschlagenen Modifikationen verfasste sie schließlich ein Schreiben, in welchem sich die Patientin verstanden fühlte. Sie erlebte und bezeichnete den Konflikt nun als geklärt. Auch die Therapeutin brachte ihre Erleichterung nach diesem gemeinsamen Prozess zum Ausdruck.

Weitere Informationen zum Schlichtungsverfahren finden Sie auf der Website der PTK. Für Rückfragen stehen die Geschäftsstelle und der Schlichtungsausschuss zur Verfügung.

[Der Schlichtungsausschuss](#)

## Revision der Hauptsatzung und der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Aufgrund des Inkrafttretens des geänderten Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) werden Neufassungen bzw. Änderungen von Ordnungen und Satzungen künftig nicht mehr im Psychotherapeutenjournal veröffentlicht werden. Stattdessen erfolgt die Bekanntmachung unter Angabe des Bereitstellungsdatums auf der

Internetseite der Psychotherapeutenkammer Hamburg ([www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de)). Auf die Bekanntmachung wird in jeweils auf die Veröffentlichung folgenden Psychotherapeutenjournal hingewiesen. Die aktuell gültigen „Satzungen, Ordnungen und Richtlinien“ finden Sie auf der Internetseite unter der Rubrik „Über uns“ – „Rechtliches“. Des-

halb weisen wir hier darauf hin, dass die von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg beschlossene Hauptsatzung und die Wahlordnung auf der Internetseite ([www.ptk-hamburg.de/ueber-uns/rechtliches](http://www.ptk-hamburg.de/ueber-uns/rechtliches)) veröffentlicht worden ist.

### Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Gitta Tormin, Wiebke Heinzl, Dr. Tanja Tischler und der Schlichtungsausschuss.

### Geschäftsstelle

Weidestraße 122c  
22083 Hamburg  
Tel.: 040/226 226 060  
Fax: 040/226 226 089  
[info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de)  
[www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de)



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

es ist geschafft: Die Richtlinien zur neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen sind beschlossen. Wir sind erleichtert, dass dieser letzte formale Schritt auf dem Weg der Ausbildungsreform unseres Berufs genommen ist. Gleichzeitig steht nun die größte Herausforderung vor der Tür – die Umsetzung. Es ist uns ein Anliegen, unsere Mitglieder dabei zu begleiten und zu unterstützen. Seit März bieten wir Informationsveranstaltungen an, in denen wir die unterschiedlichen Zielgruppen – Institute, Kliniken und niedergelassene Mitglieder – über die Rahmenbedingungen der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) aufklären.

Unsere große Sorge bleibt weiterhin die Finanzierung der Weiterbildung. Im kommenden Herbst werden Psychotherapeut\*innen mit dem neuen Abschluss die hessischen Universitäten verlassen und Weiterbildungsplätze benötigen. Die Finanzierung dieser Stellen ist weiterhin unklar. Gemeinsam mit der Bundeskammer, den Landeskammern, Verbänden und Studierenden setzen wir uns dafür ein, dass die Weiterbildung angemessen finanziert wird, und haben eine Kampagne gestartet, um auf

diese drastische Situation aufmerksam zu machen. Dazu gehören zum Beispiel ein Brief an den Bundesgesundheitsminister Lauterbach, eine Social-Media-Kampagne und eine Petition. Wir unterstützen die Bundestagspetition der Studierenden, die bereits kurz nach dem Start über 20.000 Mal gezeichnet wurde. Über alle verfügbaren Kanäle arbeiten wir mit Nachdruck daran, mehr Menschen von einer Unterschrift für unsere Sache zu überzeugen. In der Hoffnung, dass für die Petition die notwendigen 50.000 Unterschriften erreicht werden konnten, wenn Sie diesen Beitrag lesen, danke ich allen für die tatkräftige Unterstützung. Das Überschreiten des genannten Schwellenwerts würde bedeuten, dass das Thema im Bundestag erneut aufgegriffen würde.

Auch auf lange Sicht birgt die Finanzierung der Weiterbildung gravierende Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung. In den Bundesländern werden im Jahr 2030 60 bis 70 Prozent aller niedergelassenen Psychotherapeut\*innen das Rentenalter erlangt haben. Im Angestellten-Bereich sieht es nicht viel anders aus. Das heißt, dass junge Psychotherapeut\*innen dringend gebraucht werden, die diese Sitze und Stellen übernehmen können. Bleibt die Finanzierung der Weiterbildung weiterhin unreguliert, fehlen die finanziellen Mittel im ambulanten Bereich und die Planstellen im stationären Bereich, um diese Weiterbildung durchführen zu können. Ohne entsprechende Änderungen bleibt zu befürchten, dass es in absehbarer Zukunft nicht genügend qualifizierte Fachpsychotherapeut\*innen geben wird, die die Versorgung psychisch kranker Menschen übernehmen können.

Gesundheitsökonomisch wird häufig die Frage aufgeworfen, ob das Ausgeben kollektiver Mittel für psychotherapeutische Behandlungen gerechtfertigt sei oder ob diese Gelder nicht anderswo besser eingesetzt werden könnten. Dazu gibt es valide Antworten. Psychische Störungen verursachen erhebliche Kosten: 36 Mrd. Euro direkte Behandlungskosten, 45 Mrd. Euro indirekte Folgekosten durch Produktivitätsausfälle (Fehltag, Frühberentung). Dabei sind nicht die sogenannten intangiblen Kosten eingerechnet (z. B. Verlust von Lebensqualität) und nicht die Opportunitätskosten, das heißt die Kosten durch Nicht- oder Fehlbehandlung (z. B. Überweisungskarussell, iatrogene Chronifizierung). Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegen bei 470 Mrd. Euro (2020). Die Gesamtausgaben für psychische Erkrankungen beanspruchen folglich mit 36 Mrd. Euro 7,6 Prozent des Gesamtvolumens.

Kosten-Nutzen-Verhältnis (Return of Investment) bei ambulanter Psychotherapie liegt bei 1:2 bis 1:5. Jeder investierte Euro wird also verdoppelt bis verfünffacht. Das zeigt die hohe Effektivität und eine hohe Effizienz und damit den volkswirtschaftlichen Nutzen. Jetzt bleibt die Frage: Wann verstehen die Entscheider\*innen diesen Nutzen und steuern die psychotherapeutische Versorgung endlich im Sinne der Betroffenen?

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter  
Präsidentin

## Hessische Richtlinien zur WBO für Psychotherapeut\*innen verabschiedet Bericht zur 6. Delegiertenversammlung der fünften Wahlperiode

Zentrale Themen der 6. Delegiertenversammlung waren die hessischen Richtlinien zur neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen und der Finanzbericht zum Jahresabschluss 2022. Zusätzlich fand eine Abendveranstaltung zum Thema „Assistierter Suizid“ statt, die auf breites Interesse stieß. Im Anschluss an die Vorträge der beiden Referenten, Dr. Dr. Manuel Trachsel (Universitäts-Kinderspital Basel) und Prof. Dr. Martin Teising (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Bad Hersfeld), entstand ein spannender Austausch. Insbesondere die Frage danach, inwieweit Psychotherapeut\*innen in den Prozess eingebunden werden könnten und wollen, wurde kontrovers diskutiert.



Hybrides Event zu „Assistiertem Suizid“

### Finanzbericht

Im Rahmen des Finanzberichts erläuterte Horst Kuhl, Kaufmännischer Leiter der PTK Hessen, die Mitgliederstruktur der Kammer. Mit Stand vom 15. September 2022 liegt die Mitgliederzahl bei 6.436. Ein Jahr zuvor lag sie bei 6.190. Damit steigt die Mitgliederzahl seit 2010 stetig an. Die Altersstatistik weist eine deutliche Häufung zwischen 30 und 40 Jahren auf, das Durchschnittsalter liegt bei 48,85 Jahren. Die Verteilung der Approbationen zeigt, dass aktuell insgesamt 3.786 Mitglieder als Psychologische Psychotherapeut\*innen (PP) tätig sind, 1.046 als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (KJP) und 197 Mitglieder haben eine Doppelapprobation inne. Im Vergleich zu den Vorjahren wird sichtbar, dass die Zahlen der Approbationen für PP und KJP ansteigen, die der Doppelapprobierten hingegen auf dem genannten Niveau stagnieren. Des Wei-

teren legte er die Beitragseinnahmen sowie die Ausgaben der Kammer dar und berichtete über die Ergebnisse der Jahresabschlussprüfung, für die 2022 ein neuer Wirtschaftsprüfer beauftragt wurde. Ein Wechsel findet regelmäßig statt, um einen neuen Blickwinkel zu erhalten. Der Jahresabschluss wurde von der Delegiertenversammlung verabschiedet.

### Änderungen von Ordnungen

Eine weitere notwendige Maßnahme nach Verabschiedung der neuen Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen ist die Überarbeitung der Kostenordnung der PTK Hessen. Neue Tatbestände wurden nun abgebildet, teilweise werden Verfahren aufwändiger oder verändern sich. Dementsprechend wurde die Kostenordnung durch die Geschäftsstelle angepasst und anschließend im Finanzausschuss vorgestellt. Im Rahmen der sechsten Delegiertenversammlung wurde diese auf Empfehlung des Finanzausschusses in der vorgelegten Form dann beschlossen.



6. DV in Wiesbaden

### Hessische Richtlinien beschlossen

Ziel war es, sich bei den hessischen Richtlinien möglichst nah an den Musterrichtlinien zu orientieren. Besonders intensiv diskutiert wurden in der Erarbeitung die Ermächtigung von Fachärzt\*innen als Supervisor\*innen und Selbsterfahrungsleiter\*innen und das geplante deutschlandweite eLogbuch der Bundeskammer. Auf der

sechsten DV wurden die Richtlinien nun vorgestellt, beziehungsweise die hessischen Abweichungen im Vergleich zu den Musterrichtlinien der BPTK. Abschließend berichtete Dr. Heike Winter, dass nach intensiver Diskussion und Abwägung Fachärzt\*innen als mögliche Supervisor\*innen und Selbsterfahrungsleiter\*innen in den Richtlinien aufgenommen werden. Im Nachgang zur Vorstellung der hessischen Richtlinien auf der sechsten DV wurden diese ohne weitere Ergänzungen durch den Vorstand beschlossen.

### Personelle Veränderungen

Nachdem Dr. Maria Weigel Ende November 2022 aus dem Vorstand zurückgetreten ist, stand in der darauffolgenden DV eine Nachwahl an. Nach vorheriger Beratung und Abwägung aller Möglichkeiten beantragte der Vorstand eine Reduzierung der Beisitzenden von fünf auf vier Personen für die laufende Wahlperiode. Mit einer klaren Mehrheit wurde der Vorschlag angenommen.

### Ergebnis Nachwahl

In den Ausschuss für Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde Prof. Dr. Ulrich Müller gewählt.



Vorstand der PTK Hessen

### Resolutionen

Die Delegiertenversammlung hat im Rahmen der sechsten Sitzung zwei Resolutionen verabschiedet. Unter dem Titel „Wissenschaft und Forschung müssen mit Weiterbildung vereinbar sein!“ fordert die hessische

DV die Überarbeitung des Eckpunktapiers des WissZeitVG. Die strukturellen Probleme an den Universitäten dürfen nicht auf dem Rücken der Jungwissenschaftler\*innen ausgetragen werden. Die zweite Resolution beschäftigt sich mit den unterschätzten psychischen Folgen der Pandemie auf die junge Generation unserer Gesellschaft. „Pandemie und psychische Gesundheit: Versorgungslücken für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

müssen geschlossen werden!“. Die Forderungen bestehen in zusätzlichen Ermächtigungen sowie der Erneuerung bestehender Ermächtigungen. Dabei geht es allerdings um kurzfristige Versorgungslösungen, solange die im Koalitionsvertrag vereinbarte Reform der Bedarfsplanung nicht zeitnah umgesetzt wird. Die Resolutionen wurden im Anschluss an die Sitzung durch die Geschäftsstelle an die entsprechenden Politiker\*innen und Journalist\*innen

verschickt. Die Resolutionen finden Sie auf unserer Website.

### Termine Delegiertenversammlungen 2023/2024

7. DV: 13./14. Oktober 2023

8. DV: 15./16. März 2024

9. DV: 25./26. Oktober 2024

Ort: voraussichtlich Hotel Oranien, Wiesbaden

## Neue Psychotherapeutensuche auf der Webseite



(Foto: Adobe Stock/ING Studio 1985)

Die digitale Welt schläft nie und deshalb entwickeln wir auch unsere Webseite kontinuierlich für Sie weiter. In unserem aktuellsten Projekt haben wir die Psychotherapeutensuche überarbeitet. Eine Psychotherapeutensuche ist aber nur so gut, wie die hinterlegten Informationen. Darum bauen wir auf Ihre Unterstützung.

Ist Ihnen aufgefallen, dass die Psychotherapeutensuche der PTK Hessen als Top-Ergebnis in den gängigen Suchmaschinen angezeigt wird? Das war ein zentrales Ziel, an dem wir mit dem Webseiten-Relaunch gearbeitet haben. Wenn (potenzielle) Patient\*innen oder Kolleg\*innen Ihren Namen bei z.B. Google oder ecosia eingeben, erscheint Ihr PTK-Profil auf dem Siegertreppchen. Ein toller Erfolg, von dem unsere Mitglieder profitieren!

In der aktuellsten Überarbeitung der Psychotherapeutensuche haben wir einige Funktionsfehler behoben und die Seite insgesamt vereinfacht, um so die Benutzer\*innenfreundlichkeit zu optimieren. Die neue Version ist seit dem Frühjahr online erreichbar.

Sowohl die optische Gestaltung als auch die Eigenschaften unserer Suche haben wir verbessert. So wurden z. B. die Filterfunktionen optimiert, die es Patient\*innen erleichtert, spezifische Suchkriterien einzugeben, und damit die Treffgenauigkeit steigert. Beispiel: Eine Person sucht nach einer türkischsprachigen weiblichen Psychotherapeutin mit Kassenzulassung und einem barrierefreien Praxiszugang in Hanau. Mit den Filtern unseres Tools kein Problem. Eine Psychotherapeutensuche ist aber nur so gut, wie die hinterlegten Informationen. Darum bauen wir auf Sie: Bitte nehmen Sie sich fünf Minuten Zeit und prüfen Sie Ihre Praxisdaten auf der PTK-Webseite. Sind alle Angaben noch aktuell? Adressen, Telefonnummern, Link auf Ihre Website? Sie können übrigens auch ein Foto hochladen. Loggen Sie sich gerne gleich mit Ihren Zugangsdaten ein und nehmen Sie notwendige oder gewünschte Anpassungen vor.

### Themen: ICD-Diagnosen und Störungsbilder

Der Filter „Themen“ beinhaltet weiterhin eine kombinierte Liste aus ICD-Diagnosen sowie Bezeichnungen aus dem allgemeinen Sprachgebrauch. Damit wollen wir sicherstellen, dass Hilfesuchende das passende Störungsbild auswählen können. Bei der Überarbeitung der Psychotherapeutensuche haben wir die gängigen ICD-10-Diagnosen für alle Profile automatisch markiert, um die Auffindbarkeit Ihrer Praxis zu ermöglichen. Sie haben jederzeit die Gelegenheit, Änderungen in Ihrem Account vorzunehmen.

Sollten Sie explizite ICD-Diagnosen nicht anzeigen wollen, können Sie ganz einfach den Haken in der Auswahl entfernen. Eine Differenzierung zwischen Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen war dabei nicht möglich. Darum bitten wir Sie, nochmals genau zu prüfen, ob die Angaben zu Ihren individuellen Vorstellungen passen.

### Wie bearbeite ich meine Praxisdaten?

1. [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de) > Login > mit Mitgliedsnummer/E-Mail-Adresse und Passwort
2. Account > Meine Praxis > Praxis bearbeiten
3. Bearbeitung aller Informationen möglich, wie z.B. Praxistitel, Praxisbeschreibung, Foto, Adresse, Themen (Störungsbilder), Fachkunde etc.
4. Speichern ... fertig!

**Alle Infos vorhanden? Alles aktuell?  
Alle Häkchen richtig gesetzt?**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit der neuen Psychotherapeutensuche können wir die Sichtbarkeit aller ambulant selbstständig tätigen Psychotherapeut\*innen erhöhen – auch derjenigen, die in Privatpraxen und im Rahmen der Kostenerstattung praktizieren, ohne dass Sie sich bei einer kostenpflichtigen Psychotherapeutensuche anmelden müssen.

## Psychotherapeutische Versorgung in Krisenzeiten

**Eine Krise folgt auf die nächste. Nichts Neues? Das stimmt. Aber Ausmaß, Nähe und Folgen der Krisen in den vergangenen drei Jahren haben ein neues Level für die Menschen in unserer Gesellschaft erreicht.**

Corona, Krieg und Klimakrise haben zu anhaltender Belastung geführt. Dabei gab es einerseits massive Einschränkungen und große Herausforderungen in Schule und Arbeitsalltag, andererseits hohe psychische Belastungen einhergehend mit Ängsten und Sorgen bei uns allen. Aber auch manifeste psychische Erkrankungen wurden in Folge dessen bei vielen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ausgelöst. Das zeigt sich in einem deutlichen Anstieg psychischer Erkrankungen, mit langen Fehlzeiten, überlaufenen Praxen und Kliniken sowie langen Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen oder Psychologischen Psychotherapeut\*innen. Darüber hinaus macht sich aber auch eine allgemein erhöhte Stressbelastung und das Gefühl der Erschöpfung und Ermüdung breit. „Ausgelaugt“ und „ausgebrannt“, das ist das derzeitige allgemeine Lebensgefühl.

Keine Verschnaufpause für Psychotherapeut\*innen. Ganz im Gegenteil: Die Herausforderungen und der Druck steigen an. Immer mehr Menschen suchen professionelle Hilfe. Vor diesem Hintergrund greift der diesjährige Hessische Psychotherapeutentag diese Thematik auf und widmet sich zum einen den Folgen von anhaltendem Stress und Bedrohung und zum anderen den Möglichkeiten im Umgang mit diesen Belastungen.



(Foto: Adobe Stock/andreasK)

Auch in Hessen sind die Folgen der gesellschaftlichen Krisen spürbar. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt aktuell 14 bis 16 Wochen. Viel zu lang für psychisch erkrankte Menschen. Der Grund dafür ist nicht die Zahl der Psychotherapeut\*innen oder, wie häu-

figer behauptet, die Behandlung der falschen Patient\*innen oder gar zu kurze Arbeitszeiten – nein, wie wir alle wissen, liegt es an zu wenigen Kassensitzen und damit an der Bedarfsplanung. „Realität und Bedarfsplanung passen einfach nicht mehr zusammen. Die Bedarfsplanung stammt aus dem Ende der 90er-Jahre. Diese wurde als Basis festgelegt, die ausreicht, und wurde seitdem nicht mehr angefasst“, erklärte Präsidentin Dr. Heike Winter im Interview mit der Hessenschau.

Laut der aktuellen „Bedarfs“planung herrscht in Hessen eine deutliche Überversorgung. Demnach müssten fast 25 Prozent der Kassensitze abgebaut werden. In Frankfurt liegt die Überversorgung sogar bei 192 Prozent. Konkret existieren 477 (359 PP, 58 KJP, 50 Arzt\*innen) volle Sitze. 120 Sitze müssten also abgebaut werden.

Wir als Kammer machen im Gespräch mit den Entscheider\*innen kontinuierlich auf diesen Missstand aufmerksam und setzen uns vehement für eine Neuerung der Bedarfsplanung ein.

### Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,  
Laura Speinger

### Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/531680  
Fax: 0611/5316829  
presse@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Kammerversammlung am 22. April 2023

Am 22. April 2023 treffen sich die Delegierten der Kammerversammlung in Hannover zu ihrer 8. Sitzung in dieser Wahlperiode. 34 von 39 Mitgliedern sind anwesend, somit ist die Versammlung beschlussfähig.

Vormittags ist Jendrik Vietze aus dem Sozialministerium dabei, bevor er zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer weiterziehen muss, die am selben Datum tagt. Er überbringt nicht nur das übliche Grußwort aus dem Ministerium. Vielmehr geht er auf das wichtige Thema der Umsetzung der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung ein. Hier sieht er zwei Schwerpunkte: die Sicherstellung der Finanzierung sowie die Durchführung der Parcoursprüfungen zur Erlangung der Approbation.

Bei der Finanzierung der Weiterbildung sieht Vietze den Ball auf der Seite der PKN, hier sei keine Zeit mehr zu verlieren. Weil das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine notwendige Regelung zur Verankerung der Bezahlung bisher ablehnt, müsse die ausreichende Finanzierung jetzt durch Anträge über den Bundesrat angestoßen werden, damit die Weiterbildung „in Schwung“ komme. Die Bundesländer stehen hinter den Psychotherapeutenkammern,

doch die Initiative müsse kammerseitig erfolgen.

Die Parcoursprüfungen zur Erlangung der Approbation wiederum läge in der Verantwortung des Ministeriums. Das BMG möchte fünf Stationen mit Schauspielpatient\*innen, das Land Niedersachsen muss diese anbieten. Das Sozialministerium steht diesbezüglich im engen Austausch mit den Hochschulen und mit dem Niedersächsischen Zweckverband zur Approbati-

### Parcoursprüfungen

Zukünftig schließt sich die Approbationsprüfung direkt an das Masterstudium an. Sie soll in Form einer anwendungsorientierten Parcoursprüfung stattfinden, in der die Studierenden an Simulationspersonen ihr Können und Wissen zeigen.

onserteilung, sei aber auf die Hilfe der Kammer (PKN) angewiesen: Es werden Prüfer\*innen für den ersten Durchlauf gesucht. In diesem Herbst rechnet das Ministerium nur mit einer einstelligen Zahl zu Prüfender – eine gute Gelegenheit, um festzustellen, wie die Umsetzung funktioniert. Und um zu eruieren, ob das Szenario auch mit mehr Prüflingen möglich ist.

### Bericht des Vorstands

Anschließend übernimmt Präsident Roman Rudyk mit dem Vorstandsbericht. Er informiert über die umfassende Vernetzungsarbeit seit der letzten Kammerversammlung im November 2022. Seitdem fanden Gespräche mit Chefärztinnen und -ärzten sowie leitenden Angestellten der Kliniken statt, es gab einen regelmäßigen Austausch mit den

Hochschulen zur neuen Weiterbildung und Approbationsprüfung sowie turnusgemäß das Treffen im Gemeinsamen Beirat mit der Ärztekammer.

Auch Jörg Hermann berichtet über Vernetzungsarbeit, unter anderem bei der AG Extremismus-Prävention, Islamismus, Rechtsextremismus. Des Weiteren geht er auf Erziehungsberatungsstellen als Orte der institutionellen Weiterbildung ein. Ebenso wie Götz Schwoppe und Roman Rudyk war er einer der PKN-Vertreter bei der Tagung über psychische Kinder- und Jugendgesundheit (siehe gesonderter Bericht) und schildert seine Eindrücke aus Loccum.

### PSNV, NPsychKG, Sozialmedizin

Kordula Horstmann stellt in ihrem Bericht dar, wie der aktuelle Stand bei der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) aussieht. Hier handelt es sich um ein sehr heterogenes Feld mit vielen unterschiedlichen Akteuren – Feuerwehr, Polizei, Seelsorge, psychologisch und psychotherapeutisch ausgebildeten Helfern –, die bei Notfällen und Katastrophen hinzugezogen werden. Die Zuständigkeiten sind noch nicht wirklich geregelt, vieles in den Bundesländern sehr unterschiedlich organisiert – obwohl bereits



Dr. Nadine Lichtsinn



Michael Kladny

2012 auf einer Konsensuskonferenz Leitlinien verabschiedet wurden. Hier gilt es weiter dranzubleiben, damit auch die psychotherapeutische Betreuung fest in der PSNV verankert wird.

Dass das NPsychKG (Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke) in Form eines Artikelgesetzes neu gestaltet werden soll, weiß Andreas Kretschmar zu berichten. Bei Zwangsmaßnahmen wie der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik sind bisher lediglich ärztliche, aber keine psychotherapeutischen Zeugnisse vorgesehen. Hier müssten Psychotherapeutinnen und -therapeuten als Expertinnen und Experten für psychische Erkrankungen den Anspruch erheben, dass auch sie Zeugnisse erstellen dürfen.

Kristina Schütz berichtet über die (Hinter-) Gründe der Verschiebung der Weiterbildung Sozialmedizin, die mit so viel Hoffnung auf den Weg gebracht wurde. Sie erläutert, dass händeringend qualifizierte Menschen gesucht werden, die Gutachten u. a. für den medizinischen Dienst und Reha-Kliniken erstellen kön-

nen. Diese Informationen gilt es zukünftig, den Interessierten nahezubringen.

### Psyche & Klima

Wie im allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs nimmt das Thema Psyche & Klima auch bei der Kammerversammlung einen breiten Raum ein. Sowohl durch Vernetzungsarbeit auf der Vorstandsebene – Jörg Hermann ist Mitglied beim von der BPtK organisierten Round Table „Klima und Psychische Gesundheit“ – als auch durch einen Antrag und angeregte Diskussionen aus der Kammerversammlung heraus. Die Delegierten wollen bezüglich des Themas sensibilisieren, auf die Auswirkung des Klimawandels auf die Psyche von Patienten und Patientinnen aufmerksam machen und fordern dazu auf, die Expertise der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aktiv in die Politikberatung einzubringen, um so einen Beitrag zur Verhinderung des Klimawandels zu leisten.

### Bericht der Geschäftsstelle

Auch die Geschäftsstelle präsentiert ihr tägliches Tun: Mara Kumm berich-

tet über den Stand der Umsetzung der Weiterbildung und darüber, dass die Antragsformulare für die Anerkennung auf Weiterbildungermächtigung und Weiterbildungsstätte jetzt online sind, Franziska Bauermeister nennt Meilensteine der Kommunikation und Imke Sawitzky informiert über die Digitalisierung der Kammer (siehe auch Bericht „Interner Bereich wird überarbeitet“) und stellt den Jahresabschluss 2022 vor.

### Ombudsrat und Finanzbericht

Im Anschluss beschließen die Delegierten, dass ein Ombudsrat eingerichtet wird, der Teilnehmende von Aus- und Weiterbildung bei Konfliktfällen, die zwischen den Beteiligten auftreten, berät.

Kirsten Lampe (stellvertretende Vorsitzende Finanzausschuss) stellt den Finanzbericht vor, die Kammerversammlung entlastet den Vorstand. Zum Schluss folgen kurze Berichte der Ausschuss- und Kommissionsarbeit.

Die nächste Kammerversammlung findet am 4. November 2023 statt.



Der Vorstand der PKN: Andreas Kretschmar, Roman Rudyk (Präsident), Dr. Kristina Schütz, Kordula Horstmann (Vizepräsidentin), Götz Schwolpe, Jörg Hermann (Vizepräsident)  
(alle Fotos: Franziska Bauermeister)

## Tagung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Ende Februar fand in der Evangelischen Akademie Loccum die Tagung „Psychische Kinder- und Jugendgesundheit ernst nehmen und stärken“ statt. Die PKN war mit Roman Rudyk, Jörg Hermann und Götz Schwope stark vertreten – sie waren mit Vorträgen, Workshops und Podiumsdiskussionen sowie bereits im Vorbereitungskreis der Tagung aktiv.

Loccum hat sich als zentraler Ort des Austauschs etabliert, wenn es um psychische Gesundheit geht. Die Psychiatrietagung ist innerhalb des Landespsychiatrieplans entstanden; hier sollte trialogisch der Fragestellung nachgegangen werden, wie Psychiatrie sich entwickeln kann.

Auch die diesjährige Tagung war wieder sehr spannend, das Feld der Akteure und Akteurinnen vielfältig: Schulen, Jugendhilfe sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Psychiaterinnen und Psychiater aus der Klinik und Praxis tauschten sich drei Tage lang darüber aus, wie Kindern und Jugendlichen nach den für sie besonders einschneidenden Corona-Jahren geholfen werden kann. Insbesondere die Schulen berichteten von zunehmender Überforderung durch Schulangst und -abstinenz, Personalnot sowie mangelnde Präventionsmöglichkeiten. Und auch die Jugendhilfe leidet unter Ressourcenmangel.

In seinem Vortrag „Wege in die ambulante Psychotherapie“ räumte Götz Schwope mit einigen Vorurteilen auf. Im Hinblick auf Anwürfe von Karl Lauterbach (MS BMG), dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur die „leichten“ Patientinnen und Patienten behandeln würden, machte Schwope unmissverständlich klar, dass die Daten der Krankenkassen eindeutig das Gegenteil belegen, nämlich dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mittelschwer und schwer psy-

chisch kranke Patientinnen und Patienten behandeln.

Eine Auswertung der 2017 neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde ergab zudem, dass etwa 40 Prozent der Patientinnen und Patienten in andere Hilfsangebote gelotst wurden, weil keine Indikation auf Psychotherapie bestand. Hier haben die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die von vielen Akteuren und Akteurinnen geforderte Lotsenfunktion verantwortlich übernommen. Dass zwei Drittel aller Psychotherapien nur noch zwischen zehn bis fünfzehn Stunden dauern, zeigt wiederum, dass etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten auch weiterhin Langzeittherapien benötigen. Er plädiert für mehr Prävention und dafür, dass sich das therapeutische Setting weiterentwickeln solle – bei-

spielsweise auch in aufsuchende Hilfen statt ausschließlicher Behandlung in der Praxis. Jörg Hermann wiederum wies in seinem Vortrag sowie seinem Workshop darauf hin, dass auch die Erziehungsberatungsstellen eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung spielen. Vor allem, da hier die Wartezeiten wesentlich kürzer seien als in ambulanten Praxen.

Ein großes Thema der Tagung war „Vernetzung versus Verantwortung“. Roman Rudyk machte klar, dass es nicht die eine Lösung gebe. Vielmehr müsse das Netz für jeden Patienten und jede Patientin individuell geknüpft werden, die Verantwortung dürfe nicht hin- und hergeschoben werden, vielmehr sei Kooperation und Kommunikation unter den einzelnen Akteurinnen und Akteuren unerlässlich und müsse sehr gut funktionieren.

Mit den abschließenden Tagungsbeobachtungen und einem Ausblick auf die politischen Entwicklungen gelang es Roman Rudyk und Götz Schwope, die Tagung pointiert zusammenzufassen. Zudem saß Götz Schwope als KJP-Vertreter auf dem Podium bei der Diskussion mit Minister Andreas Philippi, als es darum ging, wie man die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher konkret verbessern könne.

Der Austausch war intensiv und konstruktiv. Vonseiten der PKN fanden viele tiefgehende Gespräche insbesondere mit Chefärztinnen und Chefarzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Hierbei galt es immer wieder, das Vorurteil zu entkräften, dass Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ausschließlich die vermeintlich einfachen Fälle behandeln würden: ein wichtiger Schritt auf dem Weg der Vernetzung und der Festschreibung der Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Versorgung psychisch kranker Menschen.

Evangelische Akademie  
**Loccum**  
VERANSTALTUNGSPROGRAMM

WIRTSCHAFT | SOZIALES

**Psychische Kinder- und Jugendgesundheit ernst nehmen und stärken**

Zugänge und Zusammenarbeit, Prävention und Früherkennung

In Kooperation mit:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen

pkn.  
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

27. Februar bis 1. März 2023



## Interner Bereich wird überarbeitet



Onlinezugangsgesetz

Nach dem Relaunch der Website im letzten Jahr wird jetzt der interne Mitgliederbereich der PKN einer gründlichen Überarbeitung unterzogen. Im Mittelpunkt der Neugestaltung stehen dabei Barrierefreiheit, Medienbruchfreiheit und Nutzerfreundlichkeit. Optisch soll der Login-Bereich

der externen Seite angepasst werden, sodass sich ein einheitliches Design durch den gesamten PKN-Auftritt zieht.

Wie bei der externen Seite sind auch im internen Bereich gesetzliche Vorgaben zu beachten: So muss die Seite neben der Barrierefreiheit zukünftig dem Onlinezugangsgesetz genügen (siehe Kästen). Doch wir verstehen diese Umset-

zung nicht nur als gesetzliche Verpflichtung, sondern auch als einen Service für die Mitglieder.

Da die technischen Voraussetzungen sowie die Anbindung an die Nutzerkonten eine große Herausforderung darstellen, hat die Geschäftsstelle jetzt ein Lastenheft erstellt und holt Angebote von Anbietern für die Umsetzung ein.

### Was ist das OZG?

Das Gesetz zur Verbesserung des **Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (kurz: Onlinezugangsgesetz oder auch OZG)** verpflichtet Bund und Länder, ihre Verwaltungsleistungen auch elektronisch anzubieten. Die PKN ist als Kammer eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und somit verpflichtet, das OZG umzusetzen. Ursprünglich sollte das Gesetz bis Ende 2022 realisiert werden – diese Frist wurde inzwischen gestrichen. Ziel des OZG ist, dass alle Leistungen, die man von einer Behörde erwartet, digital abgerufen und bearbeitet werden können. Also auch alle Leistungen der Kammer wie Anträge etc. Dies soll medienbruchfrei geschehen, d. h., dass Anträge zukünftig komplett im Netz ausgefüllt und wieder an die Kammer versendet werden können. Ausdrucken, unterschreiben und wieder einscannen sowie das Hochladen von Dokumenten gehört dann der Vergangenheit an.

## Rückblick Corona



Mehr als drei Jahre hat die Corona-Pandemie unseren Alltag bestimmt. Am 8. April wurde die letzte Corona-Maßnahme beendet – mit ihr fiel auch die Maskenpflicht in psychotherapeutischen Praxen und Kliniken.

Während dieser herausfordernden Zeit haben wir unsere Mitglieder mittels Kammertelegramm, Newsletter und Website bezüglich der sich rasch ändernden Corona-Regeln auf dem Laufenden gehalten: Seit 2020 verschickte die PKN 21 Kammertelegramme und Newsletter mit Corona-Bezug, mit denen insgesamt 55.264 Menschen er-

reicht wurden. Zudem informierte die PKN seit Juni 2022 ihre Mitglieder auch über die Website. Dabei wurden Meldungen über Corona-Maßnahmen von 6.015 Nutzerinnen und Nutzern aufgerufen.

## Bekanntmachungen

### Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 22. April 2023 eine Satzungsänderung und eine Verfahrensordnung beschlossen:

- Verfahrensordnung Ombudsrat der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Weiterbildungsordnung für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Diese Satzung bzw. die Verfahrensordnung treten am Tag nach der Veröffentlichung auf [www.pknds.de](http://www.pknds.de) in Kraft. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 22.04.2023  
*Roman Rudyk*  
 Präsident

### Geschäftsstelle

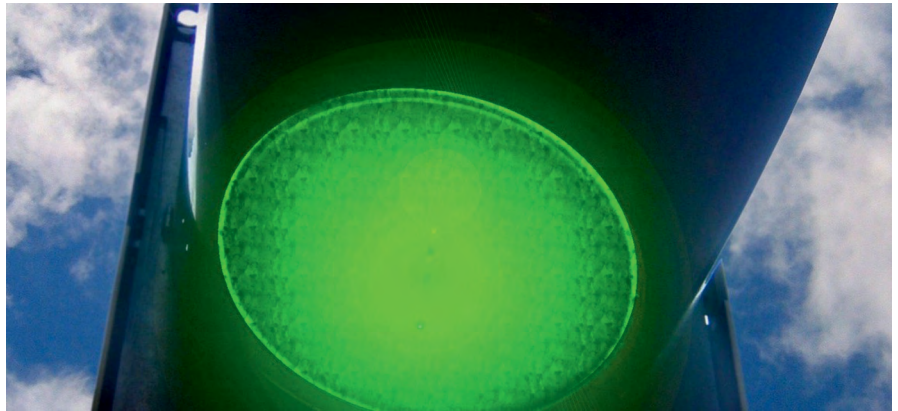
Leisewitzstraße 47  
 30175 Hannover  
 Tel.: 0511/850304-30  
 Fax: 0511/850304-44  
[info@pknds.de](mailto:info@pknds.de)  
[www.pknds.de](http://www.pknds.de)

## Neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in Kraft

Die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wurde im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen veröffentlicht und damit rechtsverbindlich. Damit wurde für Nordrhein-Westfalen ein wesentlicher Schritt auf dem langen Weg der Reform der Aus- und Weiterbildung für die Profession vollzogen.

„Mit Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung feiern wir einen Meilenstein für die Zukunft unseres Berufsstandes“, sagt Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer. „Die neue Weiterbildung ist ein flexibles, zukunftsfähiges System. Sie bildet die gesamte Breite des Berufsbildes ab und wird allen Anforderungen in der psychotherapeutischen Versorgung gerecht. Weiterbildungsanteile auch im institutionellen Bereich eröffnen der Profession neue berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und bringen psychotherapeutische Angebote mehr als bisher in Tätigkeitsfelder wie die Jugendhilfe und den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Entwicklung der Weiterbildungsordnung war eine herausfordernde Aufgabe. Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen im Vorstand, den Mitgliedern in den Ausschüssen und den Kammerversammlungsmitgliedern für ihr Engagement. Wir können am Ende eines intensiven Arbeitsprozesses stolz auf das sehr gute Ergebnis sein und die begonnenen Aktivitäten zur Umsetzung weiterführen.“

Die neue Weiterbildungsordnung regelt die Weiterbildung für die Berufsgruppe



(Foto: Pixabay)

mit Approbation als Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, die ein Studium nach den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes in der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung absolviert hat. Um an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen zu können, müssen nach neuem Recht approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine mindestens fünfjährige Weiterbildung durchlaufen.

### Umsetzung durch die Kammer

Für die Umsetzung der Weiterbildung ist die Kammer zuständig. „Die hierzu bereits angelaufenen Arbeiten können nun weiter vorangetrieben werden“, erklärt Gerd Höhner. „Die Geschäftsstelle ist hierfür gut aufgestellt, die Antragsformulare für potenzielle Weiterbildungsstätten und -befugte können auf der Kammerhomepage heruntergeladen werden. Im Vorstand werden wir unsere Gespräche mit den Ansprechpersonen in Politik, Lehre und Versorgung intensiv fortsetzen. Insgesamt ist

die Umsetzung der Weiterbildung eine anspruchsvolle Aufgabe, die uns die nächsten Jahre beschäftigen wird.“

Unbedingt zu klären sei die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung, betont der Kammerpräsident. „Eine angemessene Bezahlung in dieser Qualifizierungsphase war ein zentrales Ziel bei der Einführung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Bislang hat der Gesetzgeber jedoch versäumt, ihre Finanzierung ausreichend zu regeln. Dies ist dringend nachzuholen. Bereits seit Herbst 2022 können die ersten neu approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Weiterbildung gehen.“ Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hatte hierzu unter anderem im März 2023 einen gemeinsamen Brief der Profession an Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach unterzeichnet, der auf den dringlichen Handlungsbedarf aufmerksam macht.

## Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Düsseldorf

Rund 60 Kammerangehörige hatten sich zu der Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Düsseldorf am 15. März 2023 in Neuss angemeldet. Der Vorstand der Kammer war durch den Präsidenten Gerd Höhner, den Vizepräsidenten Andreas Pichler sowie die Vorstandsmitglieder Barbara Lubisch und Bernhard Moors vertreten.

Gerd Höhner regte einfürend an, als Kammermitglied vor Ort in der Kommunalen Gesundheitskonferenz mitzuarbeiten. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könnten durch ihr Engagement Themen der Profession einbringen und Vernetzungen vor Ort stärken. Der Vorstand habe daher beschlossen, diese lokalen Gremien offiziell mit Vertreterinnen und Vertretern der Kammer zu besetzen. Aus den Kommunalen Gesundheitskonferenzen erhalte er für seine Initiative viel Zustimmung. Mitglieder mit Interesse, die Kammer in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu vertreten, könnten sich in der Geschäftsstelle melden.

Zur Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der PTK NRW erklärte Gerd Höhner, dass der Vorstand viele Gespräche führe, auch mit Beteiligten im institutionellen Bereich, z. B. der Jugendhilfe und der psychosozialen Versorgung. Dabei spüre man deutliche Bereitschaft, die Weiterbildung in entsprechenden Einrichtungen zu ermöglichen. Auch in der Politik werde mittlerweile der Handlungsbedarf insbesondere zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gesehen, und man käme bei diesem Thema auf die Kammer zu. Weiterführend erläuterte Gerd Höhner Ursachen für den Mangel an psychotherapeutischen Versorgungsangeboten in Nordrhein-Westfalen. In diesem Zusammenhang vorgebrachten Vorurteilen und Desinformationen über die Arbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – beispielsweise, sie würden nur leichte Fälle behandeln – trete der Vorstand beständig und aktiv entgegen, versicherte er.



*Gerd Höhner*

Barbara Lubisch aus dem Vorstand der Kammer informierte zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). Eine wesentliche Aufgabe sei, die berufsübergreifende Zusammenarbeit auszubauen. Das von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit einem Partner für Logistik und Software kon-



*Barbara Lubisch*

zipierte und 2017 gestartete Netzwerk „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ (NPPV) sei hierfür ein wegweisendes Projekt. Die G-BA-Richtlinie sei jedoch bedauerlicherweise bloß ein an die erfolgreiche Blaupause angelehntes, „geschrumpftes“ Modell. Zudem würden zu hohe Anforderungen an die Netzverbände der praktischen Umsetzung im Wege stehen, kritisierte Barbara Lubisch. Sie betonte, dass sich die Profession in der Versorgung dieser Patientengruppe engagieren wolle. Es bedürfe jedoch anderer Rahmenbedingungen.

Vorstandsmitglied Bernhard Moors fasste für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten relevante Aspekte im Zusammenhang mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen zusammen. Der Gesetzgeber treibe die Digitalisierung mit großem Tempo voran. Die aktuellen Versorgungsprobleme ließen sich darüber jedoch nicht lösen. Im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vermisse man auch konkrete Aussagen der Politik zu grundlegenden Themen wie Datenschutz oder Schweigepflicht. Der Berufsstand als Teil des versorgenden und vernetzten Systems lehne die Digitalisierung nicht ab, unterstrich Bernhard Moors. Aber neue Entwicklungen müssten sicher und zukunftsfähig gestaltet werden. Hinsichtlich Videobehandlungen und dem Ein-



*Bernhard Moors*

satz des Internets in der Psychotherapie sei der persönliche Kontakt weiterhin der Goldstandard der Behandlung. Die Profession sei gefordert, bei der Gestal-

tung der Rahmenbedingungen für die Nutzung von Videobehandlungen und Internetangeboten in der Psychotherapie aktiv mitzuwirken und die Qualität

internetbasierter Behandlungsangebote zu sichern.

## Symposium „Digitalisierung im Kinderzimmer – Chancen und Herausforderungen“

Wie beeinflusst die Nutzung digitaler Medien Mentalisierungs- und Entwicklungsprozesse im Kindes- und Jugendalter? Wie können derartige Medien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingesetzt werden? Mit diesen Fragen befasste sich das 4. Symposium der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen am 25. März 2023. Die Online-Veranstaltung wurde federführend von dem Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ ausgerichtet. Viele der rund 250 Teilnehmenden brachten sich mit Anmerkungen aus der Praxis in die Diskussion ein. Durch die Veranstaltung führten die Ausschussmitglieder Ingeborg Struck und Nora Schneider.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, dankte in seiner Begrüßung dem Ausschuss für das Engagement und der Geschäftsstelle für die Durchführung der Veranstaltung. Die hohe Zahl der Anmeldungen verdeutliche das große Interesse an dem Thema des Symposiums. Die Möglichkeit grenzenloser Online-Verbindungen führe zu einer entgrenzten Kommunikation, gesellschaftliche Spielregeln im Umgang miteinander und zwischenmenschliche Intensität gingen verloren. Die Corona-Pandemie habe diese Entwicklung befördert. In der Profession sei man anfangs erleichtert gewesen, über Video die Verbindung zu Patientinnen und Patienten halten zu können. Diese hätten sich aber schon bald wieder persönliche Kontakte gewünscht, erklärte Gerd Höhner. Dies zeige einmal mehr: Eine psychotherapeutische Begegnung sei an den direkten Kontakt der Beteiligten geknüpft. Man könne andere Behandlungsformen integrieren, aber nicht die direkte zwischenmenschliche Be-

gegnung ersetzen. Die Kammer werde Möglichkeiten wie Videobehandlungen weiterhin unterstützen – wenn sie in Kombination mit überwiegend persönlichen Kontakten durchgeführt würden, insbesondere zu Beginn einer Behandlung.

Oliver Staniszewski, Vorsitzender des Ausschusses „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“, hielt in seiner Begrüßung fest, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen steige, die von Internetsucht betroffen sind. Sie und ihre Eltern würden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten bei diesem Thema als kompetente und wirksame Ansprechpersonen benötigen.

### Facettenreiche Fachvorträge

Dr. Jan van Loh vom Institut für Psychosomatik der Medizinischen Fakultät der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien befasste sich aus tiefenpsychologischer Sicht mit Mentalisierungsprozessen und dem Medialitätsbewusstsein als der Fähigkeit, zwischen „real life“ und der medialen Welt unterscheiden zu können. Er stellte erste Forschungsergebnisse hierzu vor sowie daraus abzuleitende Rückschlüsse auf die psychotherapeutische Arbeit.

Prof. Dr. Svenja Taubner, Professorin für Psychosoziale Prävention und Direktorin des Instituts für Psychosoziale Prävention an der Universität Heidelberg, stellte das schwedische Programm ERICA (Early Internet-based Interventions for Children and Adolescents with Depression) als Beispiel für die evidenzbasierte Online-Therapie zur Behandlung jugendlicher Major Depression vor. Gemeinsam mit einem Forschungsteam der Universität Freiburg strebt ihre Arbeitsgruppe an, das nachweislich wirk-

same Programm auch in Deutschland zu implementieren.

Christina Kurzweil, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Iserlohn, gab einen Überblick über die Mediennutzung junger Menschen und praxisbezogene Beispiele, wie digitale Medien in der Psychotherapie zur Anwendung kommen können. Insbesondere die Einbindung sozialer Netzwerke in die Therapie müsse dabei stets gut vorbereitet werden, stellte sie heraus.

Dr. Stefan Kimm von der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und Leiter der Spezialsprechstunde für Computerspiel- und Internetabhängigkeit der Elisabeth-Klinik Dortmund, beschrieb Unterschiede von digitalen und „real life“-Netzwerken und erläuterte, welche pathologischen Entwicklungsräume sich in der Online-Welt eröffnen könnten.

### Praxisbezogene Diskussionen

In der Diskussion der Vorträge vertieften die Teilnehmenden Herausforderungen und Aufgaben, die mit der zunehmenden Digitalisierung auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zukommen würden. Auch berufspolitische Aspekte wurden angesprochen. Oliver Staniszewski hielt fest, dass die Auseinandersetzung mit digitalen Räumen im Zusammenspiel mit der äußeren und der inneren Welt der Patientinnen und Patienten hochkomplex sei. Der Ausschuss werde sich weiterhin intensiv mit Chancen und Risiken digitaler Medien im Kontext der psychischen Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassen.

## Hinweis auf amtliche Bekanntmachung/ Satzungsbeschlussfassung

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat in ihrer Sitzung am 16. September 2022 die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen beschlossen. Diese Beschlussfassung ist auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ([www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)) unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht worden.

## Bekanntmachungen 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 Prof. Adelheid Schulz, Wahlkreis Arnsberg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „dgvt plus“ hat am 31.01.2023 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Herr Franz-Josef Kanz, Wahlkreis Arnsberg, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „dgvt plus“

Gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

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:

Herr Daniel Weber, Wahlkreis Köln, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „dgvt plus“ hat am 07.02.2023 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Herr Dr. Timo Lindenschmidt, Wahlkreis Köln, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „dgvt plus“

Gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

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 Julia Schmalz, Wahlkreis Detmold, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen OWL“ hat am 15.02.2023 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Herr Peter Merschmann, Wahlkreis Detmold, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen OWL“

Herr Peter Merschmann hat am 03.03.2023 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Dr. Monika Trentowska, Wahlkreis Detmold, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen OWL“

Gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

### Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211/52 28 47-0  
Fax: 0211/52 28 47-15  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Vielfältige Themen zur 34. Kammerversammlung: Wahljahr zur 5. Kammerversammlung beginnt, Arbeitsgruppe „Sozialpsychotherapeutische Praxen“ reicht Antrag beim Innovationsfonds des G-BA ein

Erfurt war der Austragungsort der 34. Kammerversammlung der OPK am 21. und 22. April 2023. Nach der Begrüßung der Delegierten durch den OPK-Präsidenten, Dr. Gregor Peikert und der Festlegung der üblichen Regularien stand als einer der ersten Punkte der Tätigkeitsbericht des Vorstandes und der Geschäftsführung für das vergangene halbe Jahr auf der Tagesordnung. Darin eröffnete der Präsident das Wahljahr zur 5. Kammerversammlung, erläuterte den zeitlichen Ablauf, die Wahlgremien und das Wahlprozedere. Zudem stellte er den Kammerversammlungsmitgliedern die eigens dafür entworfene Wahl-Website [www.opk-kammerwahl.de](http://www.opk-kammerwahl.de) und die Wahlwerbekampagne in Filmen vor. Die OPK hat es sich zum Ziel gesetzt, eine größtmögliche Aktivierung und Partizipation unserer Mitglieder für eine Kandidatur sowie zur späteren Wahlbeteiligung zu erreichen.

Ein weiterer großer Diskussionspunkt des Tages stellte das Thema der psychotherapeutischen Versorgung dar. Lesen Sie dazu mehr unten. Seit November 2022 existiert in der OPK die Arbeitsgruppe „Sozialpsychotherapeutische Praxen“, die zur 34. Kammerversammlung ihren Arbeitsstand vorstellte. Die Entwicklung einer multiprofessionellen und vernetzten Versorgung unter Federführung von KJP für Kinder und Jugendliche und deren Familien sowie spezialisierte diagnostische/therapeutische Leistungen stünden im Fokus der Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe stellte in Aussicht, dass eine Ideenskizze beim Innovationsfonds eingereicht wird.

Vorstandsmitglied Dr. Sabine Ahrens-Eipper präsentierte erste und zugleich große Erfolge der Zusammenarbeit zwischen OPK und der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKIM). Die OPK ist an der Überarbeitung des Leitfadens zum medizinischen Kinderschutz beteiligt und stellt auf der Jahrestagung der DGKIM die psychotherapeutische Versorgung und deren Perspektiven vor. Ab Oktober dieses Jahres wird es eine gemeinsame Fortbildungsreihe: „Psychotherapie und Somatik im Medizinischen Kinderschutz – Was wir voneinander wissen sollten“ zum Kinderschutz in psychotherapeutischer und ärztlicher Tandemmoderation geben.

In der Zusammenarbeit mit den Hochschulen im OPK-Gebiet berichtete der Vorstand darüber, dass die Kammer an verschiedenen Stellen bei der Einfüh-

rung der Masterstudiengänge unterstützend tätig ist. Der Austausch wird regelmäßig und rege weitergeführt. Zudem wird es eine Online-Informationsveranstaltung für Studierende geben. Die Kammerversammlung stimmte am ersten Versammlungstag außerdem Änderungen der Meldeordnung und der Haushalts- und Kassenordnung der OPK zu. Im Anschluss wurde die Wahl der fünf Mitglieder sowie der fünf Ersatzmitglieder der Vertreterversammlung des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen abgehalten und der 42. Deutsche Psychotherapeutentag in Frankfurt am Main vorbesprochen.

Der 2. Sitzungstag begann mit den Berichten aus den Gremien. Daran schloss sich der Vortrag „Selbstbestimmung bis zuletzt!? Zur aktuellen Debatte um



34. OPK-Kammerversammlung

den assistierten Suizid“ von Professor Dr. phil. Alfred Simon an. Lesen Sie dazu weiter unten das Interview mit Professor Dr. phil. Alfred Simon.

Das Ende der 34. Kammerversammlung bildete der Überblick von Vorstandsmitglied Dr. Dietmar Schröder

zur Umsetzung der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der OPK. Lesen Sie dazu unten mehr. Außerdem wurde über die immer noch fehlende Finanzierung der Weiterbildung diskutiert und Möglichkeiten, den Forderungen auch durch die

OPK noch mehr Gewicht zu verleihen, wurden besprochen.

Die nächste Kammerversammlung der OPK findet am 29. und 30. September 2023 in Leipzig statt. Es ist deren letzte Sitzung in der aktuellen Amtsperiode.

## Psychotherapeutische Versorgung – Wohin steuern wir in den OPK-Ländern?

Die 34. Kammerversammlung diskutierte lebhaft und kritisch über die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung und untrennbar damit verwoben auch die Zukunft unserer Berufe. Wir werden uns in den nächsten Jahren zahlreichen Herausforderungen gegenübersehen. Es geht darum, wie psychotherapeutische Versorgung gestaltet werden muss – und sogar durch wen. Es geht aber auch um unser Image und unsere Außenwirkung. Wie werden wir wahrgenommen und passt das zu unserem Selbstbild?

Wie wir alle wissen, sind Bedarf und Wunsch nach Psychotherapie hoch. Aktuelle soziale und politische Entwicklungen fördern weitere Problemlagen zutage, etwa die Folgen der Corona-Pandemie für Kinder und Jugendliche. Politik, Krankenkassen und Medien stellen sich regelmäßig die Frage, wer wie schnell einen Psychotherapieplatz erhält. Nicht selten schwingt dabei außerdem die Frage mit, ob wir unsere Patientinnen

und Patienten tatsächlich bedarfsgerecht versorgen oder uns vor „schweren Fällen“ scheuen und vorhandene Kapazitäten nicht effektiv nutzen.

Hinzu kommt die einschneidende Veränderung, die die Reform des Psychotherapeutengesetzes für uns bedeutet. Es gibt in unseren fünf Bundesländern die ersten Kolleginnen und Kollegen deutschlandweit, die ihre Approbation nach dem Psychotherapiestudium erhalten haben. Ihre Zahl wird sehr bald sehr stark ansteigen. Trotzdem sind noch viele Fragen zur Finanzierung ihrer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung und ihrer Einbindung in die Versorgungsstrukturen völlig offen.

Vorschläge von außen, wie die psychotherapeutische Versorgung gestaltet werden sollte, werden regelmäßig präsentiert. Sie entsprechen dabei nicht dem, wie wir aus unserer Expertise heraus Versorgung verbessern würden. Schnell stehen stattdessen Grundsätze

zur Debatte – etwa der Erstzugang zur psychotherapeutischen Versorgung.

Ergebnis der Diskussion auf der 34. Kammerversammlung war, dass wir uns als Expertinnen und Experten stattdessen mit zukunftsweisenden Ideen und Konzepten befassen müssen und uns die Verantwortung nicht aus der Hand nehmen lassen dürfen. Deshalb haben wir das Thema auf den „OPK vor Ort“-Veranstaltungen, die dieses Jahr wieder in Präsenz in den Bundesländern stattfinden, aufgegriffen. Wir werden Hintergrundinformationen liefern und wollen vor allem mit Ihnen, unserer Mitgliedschaft, darüber diskutieren, wohin sie steuert und wohin wir sie steuern sollten – die psychotherapeutische Versorgung. Unter [www.opk-info.de/veranstaltungskalender](http://www.opk-info.de/veranstaltungskalender) finden Sie alle Informationen und Ihre Anmelde-möglichkeit. Wir sind gespannt auf Ihre Meinungen und Ideen.

## Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Erste Weiterbildungsstätten und -befugte in der OPK zugelassen

Im Rahmen eines aufwendigen Prüf-prozedere wurden von der OPK bereits acht ambulante Weiterbildungsstätten inkl. Befugten für das Gebiet „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“, 15 ambulante Weiterbildungsstätten inkl. Befugten für das Gebiet „Psychotherapie für Erwachsene“ sowie zwei stationäre Weiterbildungsstätten inkl. Befugten für ebenfalls Letzteres zugelassen. Außerdem erhielten drei Weiter-

bildungsinstitute die Anerkennung als „Weiterbildungsinstitut OPK“ und zwar für die Gebiete „Psychotherapie für Erwachsene“ und „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ im Verfahren „Verhaltenstherapie“ und für das Gebiet „Psychotherapie für Erwachsene“ im Verfahren „Systemische Therapie“. Alle zugelassenen Stätten, Befugten und Institute sowie weiterführende Informationen können Sie unserer Websi-

te unter [www.opk-info.de/neue-weiterbildung](http://www.opk-info.de/neue-weiterbildung) entnehmen.

Den Zulassungen gingen umfangreiche Informationsgespräche mit den Antragsstellenden sowie intensive Arbeiten der AG WBO der OPK voraus. Die AG WBO setzt ihre Arbeit fort. Derzeit liegen noch weitere Anträge auf Zulassung vor.

## Länderfachkonferenz 2023: Austausch mit den Sozialministerien der OPK-Bundesländer

Bereits zum dritten Mal trafen sich am 26. April 2023 Vertreterinnen und Vertreter der fünf Sozialministerien der OPK-Bundesländer zu einem fachlichen Austausch mit dem Vorstand der OPK in Leipzig. Neben Informationen zu ak-

tuellen Entwicklungen in der Kammer, hier insbesondere die anstehende Wahl der 5. Kammerversammlung, standen vor allem die psychotherapeutische Weiterbildung und die Novellierung des sächsischen Heilberufekammerge-

setzes im Mittelpunkt der Diskussion. Der regelmäßige Austausch zwischen allen Beteiligten wird als sehr wertvoll erachtet und wird im nächsten Jahr fortgesetzt.

## Kammerwahl 2023: Wahlaufwurf im April versandt

Am 26. April 2023 ging allen OPK-Mitgliedern der Wahlaufwurf für die Kammerwahl zu. Ab jetzt und noch bis zum 2. August 2023 (15.00 Uhr) können alle OPK-Mitglieder ihre Wahlvorschläge einreichen. Anschließend prüft der Wahlausschuss, ob die Kandidierenden

zugelassen werden können. Ende Oktober 2023 erhalten alle OPK-Mitglieder ihre Wahlunterlagen. Mitte Dezember steht dann das Wahlergebnis fest. Wir möchten auf diesem Wege alle Wahlberechtigten ermuntern, ihre Wahl zu treffen und der gesamten Profession

in unseren fünf Bundesländern damit eine Stimme zu geben. Nähere Informationen sowie einen Überblick über die wichtigsten Termine der 5. Kammerwahl finden Sie unter [www.opk-kammerwahl.de](http://www.opk-kammerwahl.de).

## „Selbstbestimmung bis zum Schluss!? Zur aktuellen Debatte um den assistierten Suizid“ – Ein Gespräch mit Medizinethiker Professor Dr. phil. Alfred Simon

**OPK:** Herr Professor Simon, der Titel Ihres Vortrages zur 34. Kammerversammlung ist „Selbstbestimmung bis zum Schluss!? Zur aktuellen Debatte um den assistierten Suizid“ mit Ausrufe- und Fragezeichen. Warum mit Fragezeichen? Wir planen detailgenau die Art und Weise der Geburt unserer Kinder und am Ende des Lebens soll dies nun anders sein? Zu Sterben ist ein sehr persönlicher, privater Moment, über den Menschen sicher auch gern entscheiden wollen, wie er passiert. Warum ist es ein so problematisches Thema?

**Prof. Dr. phil. Alfred Simon:** Mit Ausrufezeichen deshalb, weil der Ruf nach dem selbstbestimmten Tod jetzt verstärkt gefordert ist und durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts letztendlich das Recht des Einzelnen darauf klargestellt wurde. Fragezeichen deshalb, weil es in unserer Gesellschaft noch sehr kontrovers diskutiert wird. Ich habe zum Beispiel auf der Fahrt hierher einen juristischen Artikel gelesen. Das ist ein Beitrag, der die Kurzzusammenfassung eines Rechtsgutachtens für katholische Einrichtungen darstellt. Darin wird sich



Prof. Dr. phil. Alfred Simon

zum Beispiel dafür ausgesprochen, dass katholische Einrichtungen mittels Hausverbots verhindern sollen, dass begleitete Suizide stattfinden. Katholische Einrichtungen möchten sich nicht daran beteiligen, was ihr gutes Recht ist. Aber das Rechtsgutachten empfiehlt, Haus- und Heimverträge so abzuschließen, dass mit Hausverbots erreicht werden kann, dass die Bewohner auch keine Personen von außen zum Zweck der Suizidhilfe ins Haus kommen lassen dürfen. Menschen haben viel-

leicht Jahre in dieser Einrichtung gelebt und wenn sie dann entscheiden, das Leben durch Suizid zu beenden, dann müssen sie die Einrichtung verlassen, um dieses Recht umsetzen zu können. Daran sieht man, wie gesellschaftlich kontrovers dieses Thema diskutiert und gelebt wird. Für mich persönlich ist das skandalös.

**Wie sieht gerade die rechtliche Lage aus?**

**Prof. Simon:** Im Moment haben wir die Situation von vor 2015, das heißt, es gibt keine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids. Das heißt aber auch, dass der assistierte Suizid, sofern er die Hilfe zu einem frei verantwortlichen Suizid darstellt, rechtlich nicht verboten wird. Das Problem ist die Tatsache, dass es Einschränkungen beim Betäubungsrecht gibt, weil das Betäubungsrecht vorsieht, dass Betäubungsmittel nur aus therapeutischen Gründen verschrieben werden dürfen und nicht zum Zweck des assistierten Suizids. Die juristische Hauptmeinung geht klar dahin, dass hier das Gesetz explizit geändert werden müsste.



Was den Unterschied zu 2015 ausmacht, ist die Tatsache, dass wir in diesem Jahr klare Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes haben. Darin ist festgehalten, dass die Entscheidung, das Leben durch Suizid zu beenden, Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes ist.

**Im internationalen Vergleich gesehen: In den Ländern, in denen Tötung auf Verlangen oder der assistierte Suizid erlaubt sind, gehen die Zahlen in den letzten Jahren nach oben. Ist das eine Entwicklung, auf die Deutschland reagieren muss?**

**Prof. Simon:** Es ist vor allem eine Frage, wie man diese Zahlen interpretiert. Es gibt die einen, die daraus schlussfolgern, dass dies der befürchtete Dammbreach ist, der immer schon vorhergesagt wurde. Und die anderen sagen, dass ist eine ganz normale gesellschaftliche Entwicklung. Wenn ich eine solche Möglichkeit schaffe, dann werden das die Menschen auch im zunehmenden Maße in Anspruch nehmen. Was für mich frappierend ist, ist das Auseinanderdriften der Zahlen zwischen Tötung auf Verlangen und assistiertem Suizid in den Niederlanden. Bei der Tötung auf Verlangen sind es 4,5 bis 5 Prozent aller Todesfälle. Während der assistierte Suizid sich in seiner Zahl über Jahrzehnte hinweg nicht verändert hat und bei 0,3–0,4 Prozent der Todesfälle liegt. Das zeigt, wenn man Menschen beides anbietet, also die Tötung auf Verlangen und den assistierten Suizid, dann werden Menschen die Tötung auf Verlangen wählen.

**Herr Professor Simon, könnten Sie bitte die Begriffe „assistierter Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ definieren!**

**Prof. Simon:** Unter einem assistierten Suizid versteht man die „Beihilfe zur Selbsttötung“. Der Sterbewillige nimmt selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Eine andere Person, das heißt ein Angehöriger oder nahestehender Mensch, ein Arzt oder Sterbehelfer, hat hierzu einen Beitrag geleistet, z. B. die tödliche Substanz zur Verfügung gestellt. Unter „Tötung auf Verlangen“ versteht man das Töten eines anderen

Menschen auf dessen ernsthaften und ausdrücklichen Wunsch hin. Die Tötung auf Verlangen ist ein Straftatbestand innerhalb der Tötungsdelikte und ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bedroht.

**Für Psychotherapeutinnen und -therapeuten tritt dieses Thema nun verstärkt in den Vordergrund.**

**Prof. Simon:** Psychotherapeuten spielen eine wichtige Rolle für die Menschen, die am Leben leiden und dieses Leben selbst beenden wollen. Da geht es primär auch darum, diesen Menschen eine Perspektive aufzuzeigen und Alternativen zu bieten zum Suizid. Die erste Anstrengung muss immer sein, das Leid zu überwinden und Mut zu machen, das Leben zu leben. Suizidprävention muss Vorrang haben. Niemand soll vorschnell nach Suizidhilfe suchen aus dem Grund, dass er andere Möglichkeiten der Hilfe im Leben vielleicht nicht kennt. Aber zugleich ist der Grad schmal zu respektieren, wenn nach dem Angebot der Hilfe nur noch der Ausweg darin gesehen wird, das Leben selbst zu beenden. Diese Menschen brauchen Begleitung. Darin sehe ich klar eine Aufgabe für Psychotherapeuten. Ich sehe den Ort für Suizidassistenz in bestehenden Beziehungen zwischen Patienten und Psychotherapeuten. Wenn ein Mensch schwer erkrankt oder er psychische Gründe hat, warum er am Leben leidet, dann ist das auch Thema in der Behandlung. Und Psychotherapeuten kennen ihre Patienten und können die Größe des Themas einschätzen. Wichtig ist aber, dass kein Therapeut dazu gezwungen werden kann, Suizidbegleitung zu übernehmen. Das ist eine freie Entscheidung.

**Es gibt aktuell drei Gesetzesentwürfe, die zur Neuregelung der Suizidhilfe vorgelegt wurden. Worin unterscheiden die sich? Sind erste Impulse wahrnehmbar, wohin die Reise damit gehen könnte?**

**Prof. Simon:** Zwei Gesetzesentwürfe wollen dies nicht über das Strafrecht regeln, sondern nur über den Zugang zum Betäubungsmittel. Es sollen Voraussetzungen aufgezeigt werden, unter denen es möglich ist, dass jemand, der

sterben möchte, Betäubungsmittel zum Zweck des Suizids bekommt. Und es gibt einen Entwurf, der wieder das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung einführen möchte. Darin werden Ausnahmefälle definiert, unter denen das Verbot eben nicht gilt, keine Straftat darstellt. Die beiden Entwürfe, die eher den Zugang über das Betäubungsmittelrecht regeln wollen, haben angekündigt, einen gemeinsamen Entwurf einzureichen, der allerdings noch nicht veröffentlicht ist.

Es ist im Moment schwer zu sagen, was passieren wird. Als es noch die drei Entwürfe gab, sah es so aus, als würde der Entwurf, der wieder das strafrechtliche Verbot einführen möchte, das Rennen machen. Politisch gesehen ist das schon ein Kandidat, mit dem man rechnen muss. Da war es die Strategie der beiden anderen zu erkennen, dass nur im Zusammenschluss eine Chance dagegen besteht.

**Worin sehen Sie die gesellschaftliche Herausforderung als Befürworter der Suizidhilfe?**

**Prof. Simon:** Wir als Gesellschaft müssen sicherstellen, dass Menschen, die sich in Not befinden, leichte Zugänge zu Hilfen haben. Außerdem gilt es zu verhindern, indirekten Druck auf diese Menschen auszuüben. So sehr ich auch die grundsätzliche Möglichkeit befürworte, bin ich auch realistisch. Wenn wir das als akzeptierte Möglichkeit haben, dann wird indirekter Druck auf Menschen ausgeübt. So nach dem Motto: Warum tust du dir das an? Du kannst doch deinen Arzt fragen und dann kriegst du ein Medikament und kannst dein Leben beenden. Es ist zwar ein schlechter Vergleich, aber es ist ähnlich dem Schwangerschaftsabbruch. Eine Frau, die heute ein behindertes Kind zur Welt bringt, wird sicher gefragt werden, ob sie das wirklich so wollte und warum sie sich das antut. Das ist indirekter Druck. Dem muss etwas entgegensetzen sein, nicht etwas zu tun, was nicht ihrem freien Willen entspricht. Das wird eine Herausforderung werden. Dennoch sehe ich diese Schattenseite des Themas nicht als Grund, dieses Selbstbestimmungsrecht von

Menschen durch solche irrsinnigen Verbote, wie den vorhin genannten Hausverboten in katholischen Einrichtungen, zu zerstören.

**Herr Prof. Simon, wir danken Ihnen für das Gespräch.**

*Prof. Dr. phil. Alfred Simon studierte Philosophie und Psychologie in Wien. Er ist Professor für Medizinethik an der Medizinischen Fakultät Göttingen. Außerdem ist er Mitglied in der Akademie für Ethik in der Medizin sowie in der Deutschen*

*Gesellschaft für Palliativmedizin. Seine Expertise ist zudem im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer gefragt.*

## Weißenfels MVZ von Beate Caspar erhält das Landessiegel „Mitarbeiterorientiertes Unternehmen – Hier fühle ich mich wohl“

Von ihren neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Psychotherapeutischen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Weißenfels wurden die Geschäftsführerinnen Beate Caspar und Anja Thate als Arbeitgeberinnen nur mit Bestnoten bedacht. Sie hatten sich mit ihrem MVZ-Team für das Landessiegel „Das mitarbeiterorientierte Unternehmen – Hier fühle ich mich wohl“ beworben. Dieses Siegel wird seit 2018 vom Landessozialministerium Sachsen-Anhalts und der Landesinitiative „Fachkraft im Fokus“ vergeben. Voraussetzung ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mittlerer und kleiner Unternehmen an einer anonymen Befragung zu ihrer Arbeitssituation, zum Betriebsklima teilnehmen. Dabei geht es neben

Fragen etwa zur Wertschätzung unter anderem auch darum, einzuschätzen, wie wichtig ihnen ein familienfreundliches Arbeitsumfeld ist und wie dies im Unternehmen gelebt wird.

„Ich habe noch nie so schön gearbeitet wie hier und es ist der erste Arbeitgeber, bei dem ich auch mal ein Danke gesagt bekomme“, erzählt Christel Morlok, psychologisch-technische Assistentin im Weißenfels MVZ. Dort hatte es eine mehr als 90-prozentige Übereinstimmung gegeben.

Peter Breier, bei der Landesinitiative Regionalberater für Unternehmer, würdigte dies bei der Siegelübergabe. „Die Arbeitgeber sollten gute Bedingungen

für ihre Mitarbeiter schaffen, um sie zu halten“, so Breier.

Beate Caspar nahm die Auszeichnung gemeinsam mit ihrem Team und mit einem Strahlen entgegen. Sie seien über dieses positive Ergebnis sehr erfreut, sagte sie. Die 68-Jährige ist der beste Beweis, dass ein gutes Betriebsklima motivieren kann. Schließlich könnte sie bereits in Rente sein. Das ist aber eher aktuell keine Option. „Die Arbeit macht einfach noch Spaß“ begründet sie.

Heute arbeiten im MVZ fünf Psychotherapeuten, zwei psychologisch-technische Assistentinnen, ein Hausmeister und eine Reinigungskraft.

### Geschäftsstelle

Goyastraße 2d  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341/462432-0  
Fax: 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Liebe Kolleg\*innen,

am 15. April 2023 trat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zu ihrer dritten Sitzung zusammen und traf eine weitreichende, historische Entscheidung: Sie beschloss einstimmig die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen! Ich freue mich sehr, dass dieser wichtige Meilenstein für den Berufsstand nun erreicht ist.

Viele Jahre haben wir auf diesen Moment hingearbeitet, viele Stunden in verschiedenen Gremien diskutiert und geplant. Die Grundlage für die neue Weiterbildung wurde 2019 mit der Verabschiedung des neuen Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung geschaffen. Damit wurden Inhalte und Ablauf des neuen Psychologiestudiums mit Schwerpunkt Psychotherapie festgelegt. Im Jahr 2021 wurde dann vom Deutschen Psychotherapeutentag die Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen, durch die die Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde im Anschluss an das Studium geregelt wird. Auf dieser Basis hat unsere Kammer die Weiterbildungsordnung für Rheinland-Pfalz erstellt, die nun beschlossen und dem Ministerium zur Genehmigung vorgelegt wurde. In Kraft treten soll die neue Ordnung zum 1. Juli 2023.

Die Zeit bis dahin nutzt die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, um im Hintergrund alle wichtigen Vorbereitungen zu treffen, damit die Umsetzung reibungslos anlaufen kann: Neue Antragsformulare – beispielsweise für Weiterbildungsstätten und -befugte – müssen erstellt, Verwaltungsabläufe angepasst werden. Zudem ist der Bedarf an Information und Beratung unter den Kammermitgliedern groß, wie sich in zahlreichen telefonischen Anfragen zu diesem Thema oder auch bei der digitalen LPK-Veranstaltung „Umsetzung der künftigen Weiterbildungsordnung in Kliniken“ zeigte. Informationen zur neuen Weiterbildung stellt die Kammer auf ihrer Homepage unter



*Dr. Andrea Benecke*

Psychotherapeut\*innen/Weiterbildung/Informationen zur neuen Psychotherapieweiterbildung“ zur Verfügung.

Eine Baustelle bleibt, deren Beseitigung nicht in unserer Hand liegt: Die Finanzierung der neuen Weiterbildung ist bisher nicht angemessen geregelt, der Handlungsbedarf ist dringend. Wir appellieren daher an die politischen Entscheidungsträger\*innen, diesen neu approbierten Psychotherapeut\*innen eine Weiterbildung in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit angemessener Bezahlung zu ermöglichen. Wir sind nun schon so weit gekommen und hoffen, dass diese letzte Hürde auch noch genommen werden kann!

*Dr. Andrea Benecke*  
Vizepräsidentin der LPK RLP

## Einstimmige Entscheidungen bei der Vertreterversammlung der LPK RLP

Bei ihrer Sitzung am 15. April hat die Vertreterversammlung nicht nur einstimmig die neue Weiterbildungsordnung beschlossen, sondern in großer Einigkeit auch weitere wichtige Entscheidungen getroffen: Die 1. Änderungssatzung der Weiterbildungsordnung für PP und KJP vom 3. Dezember 2022 wurde einstimmig beschlossen, ebenso die Neufassung der Wahlordnung der Kammer, in der nun auch die Möglichkeit der digitalen Wahl verankert wurde. Vorstandsmitglied **Peter Andreas Staub** stellte den Jahresabschluss und die Rücklagenentwicklung vor. Der Antrag auf Feststellung des Jahresabschlusses 2022 wurde einstimmig angenommen, die Rücklagen der LPK RLP und deren Weiterentwicklung ebenso. Der Vorstand wurde für das Geschäftsjahr 2022 entlastet. Kammerpräsidentin **Sabine Maur** ging außerdem in einem Vortrag auf neue berufsethische Herausforderungen ein. Diskutiert wurde unter anderem, welche Auswirkungen die zunehmende Digitalisierung hat und wie diese Veränderungen möglicherweise in die Berufsordnung der Psychotherapeut\*innen Eingang finden könnten.

## Besuch von LPK RLP und KV RLP im Ahrtal: Weitere Sonderbedarfszulassungen dringend nötig!



*Christian Falkenstein, Marcel Hünninghaus, Peter Andreas Staub und Sabine Maur (v. l. n. r.) besichtigen die Flutschäden in Dernau.*

Die psychische Not im Ahrtal ist groß. Unzählige Menschen sind durch die Flutkatastrophe extrem psychisch belastet und finden keine Hilfe, da das Versorgungssystem überfordert ist. Es gibt viel zu wenig Kassensitze für die große Zahl an Hilfesuchenden; die Psychotherapeut\*innen vor Ort arbeiten am Rand ihrer Belastungsgrenze. Weitere Sonderbedarfszulassungen werden dringend gebraucht, um die Betroffenen angemessen psychotherapeutisch versorgen zu können. Dies wurde mehr als deutlich bei einem gemeinsamen Besuch der Vorstandsmitglieder von Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) und Kassenärztlicher Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) im Ahrtal, bei dem sie sich mit Betroffenen und Kammermitgliedern austauschten.

Auslöser für den Besuch war ein Brief, den der Psychologische Psychotherapeut Christian Falkenstein, der im Ahrtal tätig ist, an die Vorstände von LPK RLP und KV RLP richtete und in dem er die psychotherapeutische Versorgungslage vor Ort beschrieb: „Zwar gibt es an vielen Stellen sichtbare Fortschritte, doch sind wir von

einem Normalzustand noch Jahre entfernt.“ In dem Schreiben schilderte er die Verzweiflung vieler von der Flut Betroffener, die im zweiten Jahr nach der Katastrophe die Kraft und Energie verlässt. Die Nachfrage nach Psychotherapie steige und die Wartezeiten seien unerträglich. Die Vorstandsmitglieder beschlossen daraufhin, sich selbst ein Bild von der Lage zu machen. Am 29. März 2023 besuchten daher Kammerpräsidentin Sabine Maur, die LPK-Vorstandsmitglieder Ulrich Bestle, Marcel Hünninghaus und KV-Vorstand Peter Andreas Staub, der zugleich im Kammervorstand ist, sowie Kammer-Geschäftsführerin Petra Regelin das Ahrtal.

Erste Station ihres Besuchs ist ein Container des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) in Dernau, wo Kammermitglied Falkenstein wöchentliche Treffen mit Senioren abhält, bei denen sie von ihren Erfahrungen bei der Verarbeitung der Erlebnisse rund um die Flutnacht berichten können. Die Senioren leben in den Containern des ASB, weil ihre eigenen Wohnungen und Häuser durch die Flut zerstört oder unbewohnbar wurden. Sichtlich bewegt schildert ein

älterer Herr, dass von dem Haus, das er einst selbst mitaufgebaut habe, nur noch die Balken übrig seien. Ein anderer zeigt das Foto seines früher stattlichen Hauses auf seinem Handy herum: „Jetzt ist da nur noch ein Loch“, sagt er leise. Mit dem Verlust klar zu kommen, fällt den Senioren nicht leicht. Hinzu kommen die dramatischen Erlebnisse in der Flutnacht, von denen sie bereitwillig berichten. 16 Tote waren allein in dem kleinen Dorf Dernau zu verzeichnen. Die Gemeinschaft in den ASB-Containern und der Austausch über das Erlebte geben den Senior\*innen Kraft. Auch die wöchentlichen Treffen mit dem Psychotherapeuten helfen ihnen.

Nach dem Gespräch zeigt Herr Falkenstein dem Vorstand, welche Schäden die Flut in Dernau angerichtet hat. „Das Ausmaß der Zerstörung ist nach wie vor erschreckend“, konstatiert die Kammerpräsidentin. Baustelle reiht sich an Baustelle, viele Häuser mussten abgerissen



*Gesprächsrunde mit betroffenen Senior\*innen*

werden. Die Flut hat nicht nur Lücken in die Bebauung geschlagen, auch das soziale Leben der Dorfgemeinschaft liegt brach: Es gibt kein Restaurant mehr, kein Geschäft, Sportplätze und Turnhallen sind zerstört, Möglichkeiten zum Austausch und zur Freizeitgestaltung fehlen. Viele Bewohner\*innen haben das Dorf für immer verlassen.

Anschließend besuchen die Vorstände von Kammer und KV die Gemeinde Kalenborn, wo Herr Falkenstein im März 2022 seine Praxis eröffnet hat, nachdem er einen  $\frac{3}{4}$  Kassensitz im Rahmen

der Sonderbedarfszulassung zugesprochen bekommen hatte.

Gemäß Bedarfsplanung ist die Flutregion zwar für weitere Zulassungen gesperrt, doch der Zulassungsausschuss



*Christian Falkenstein (links) zeigt den Vorstandsmitgliedern seine Praxis im Container.*

kann zusätzliche Sitze schaffen, wenn ein dauerhafter lokaler Sonderbedarf vorliegt. LPK und KV RLP setzen sich daher seit der Katastrophe für die Schaffung von zusätzlichen Sitzen ein. Im Januar 2022 ließ der Zulassungsausschuss fünf Psychotherapeut\*innen mit Teilverorgungsaufträgen für das Ahrtal zu; im März 2022 zudem zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen. Damals lobte Peter Andreas Staub die Entscheidung, kündigte aber auch an: „Inwieweit wir bei weiterem Bedarf nachsteuern müssen, wird sich zeigen.“

Herr Falkenstein schildert die aktuelle Situation in seinen beengten Praxisräumen, die sich momentan in einem Doppelcontainer zusammen mit einer Apotheke befinden: Sein Kassensitz ist aktuell der einzige in der Verbandsgemeinde Altenahr mit über 10.000 Einwohner\*innen. Entsprechend lang ist die Warteliste, auf die er ohnehin nur diejenigen Hilfesuchenden aufnehmen kann, die unmittelbar von der Flut betroffen sind und aus dem näheren Umfeld der Praxis stammen. Seit Anfang des Jahres setze er durchschnittlich eine Person pro Tag auf die Warteliste und sage mindestens vier bis sechs Personen ab. Die aktuelle Wartezeit für eine Sprechstunde beträgt zwei bis drei Monate, für einen Therapieplatz müssen die Patient\*innen neun bis zwölf Monate warten. Viele Menschen seien traumatisiert, die Störungsbilder kom-

plex und die Versorgung unter schwierigen logistischen Bedingungen entsprechend herausfordernd.

Wie groß die Probleme sind, mit denen die Psychotherapeut\*innen im Ahrtal kämpfen, wird besonders bei der letzten Station des Besuchs deutlich: Die Vorstände hatten die Mitglieder, die in der Ahrtal-Region tätig sind, zum Austausch eingeladen. Für das Gespräch stellen die Psychotherapeuten Simon Eickhoff und Simon Hoffmann dankenswerterweise einen Raum in ihrer Praxisambulanz in Mayschoß zur Verfügung. Im Erdgeschoss des Hauses sind die Flutschäden noch deutlich sichtbar, im Gruppenraum im ersten Stock haben sich zehn Kolleg\*innen versammelt, die der Einladung der Kammer gefolgt sind.



*Austausch mit Kammermitgliedern in Mayschoß (2. v. l.: Vorstandsmitglied Ulrich Bestle)*

Sie berichten von Wartezeiten von über einem Jahr, von Wartelisten, die mehr als 300 Personen umfassen, von Eltern, die verzweifelt Hilfe für ihre psychisch kranken Kinder suchen, von Erwachsenen, die versuchen, ihre Fluterlebnisse mit Hilfe von Alkohol zu verdrängen. Momentan sei eine zweite Welle an Anfragen zu verzeichnen: Viele, die bisher funktionieren mussten, um den Wiederaufbau zu bewältigen, sind jetzt am Ende ihrer Kräfte angekommen. Die schlimmen Erlebnisse rund um die Flut haben bei einigen auch verschüttete Traumata aus der Kindheit nach oben gespült. Chronische Schmerzen psychosomatischer Natur seien vermehrt zu verzeichnen. Manchen Betroffenen wird erst jetzt bewusst, wie sehr ihre Kinder unter den Folgen der Flut leiden. Die Psychotherapeut\*innen schildern, wie schwer es ihnen falle, einen großen Teil der Hilfesuchenden abweisen zu

müssen, da die Kapazitäten weder in den Praxen noch in den umliegenden Kliniken ausreichend seien. Viele Patient\*innen könnten so erst behandelt werden, wenn die psychische Erkrankung schon chronifiziert sei.



*Sabine Maur, Marcel Huenninghaus, Petra Regelin und Peter Andreas Staub (v. l. n. r.) hören aufmerksam zu.*

Kernproblem ist also, dass die Nachfrage nach Psychotherapie das Angebot bei Weitem übersteigt – nicht etwa, weil es zu wenige Psychotherapeut\*innen gibt, sondern weil nicht genug Kassensitze zur Verfügung stehen. Schon vor der Flut war die Versorgungslage im Ahrtal schlecht, diese hat sich durch die Katastrophe dramatisch verschärft.

In einem eindringlichen Schreiben wandten sich die im Ahrtal niedergelassenen Psychotherapeut\*innen Mitte April an die Entscheidungsträger\*innen in den Krankenkassen und in der Politik, in dem sie die Not der hilfesuchenden Menschen schilderten und an die Empfänger\*innen appellierten, sich für weitere Sonderbedarfszulassungen einzusetzen. Die LPK RLP freut sich sehr, dass der Zulassungsausschuss am 26. April 2023 schließlich für das Ahrtal fünf weitere Psychologische Psychotherapeut\*innen mit einem Umfang von 2,75 Versorgungsaufträgen sowie eine\*n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in mit einem Umfang von einem halben Versorgungsauftrag zugelassen hat, zudem am 3. Mai 2023 eine\*n weitere\*n KJP. „Die LPK ist den Krankenkassen und allen anderen Beteiligten dankbar, dass sie die große psychische Not der von der Flut betroffenen Menschen erkannt haben.“, sagt Sabine Maur. Ein besonderer Dank geht außerdem an die engagierten Kammermitglieder im Ahrtal für Ihren unermüdlichen Einsatz!

## LPK RLP stellt ihr Klimakonzept bei Webseminar vor – Multiprofessionelle Allianz gegen Klimakatastrophe nötig

Die Klimakatastrophe hat auch auf die psychische Gesundheit vielfältige direkte und indirekte Auswirkungen. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat daher unter dem Titel „Klimanotfall: Auswirkungen auf die psychische Gesundheit“ am 21. März 2023 ein Webseminar angeboten, dessen hohe Relevanz auch durch das Interesse der fast 300 angemeldeten Teilnehmer\*innen unterstrichen wurde, sowie durch die Tatsache, dass Clemens Hoch, Gesundheitsminister von Rheinland-Pfalz, die Veranstaltung mit einem Grußwort eröffnete.

Anwesend waren neben zahlreichen Kammermitgliedern unter anderem Vertreter\*innen des rheinland-pfälzischen Umweltministeriums, des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums, des GKV-Spitzenverbandes und der Krankenkassen, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Landeszentrale für Gesundheitsförderung und des Kinderschutzbundes.

Minister Hoch bezeichnete in seinem Grußwort den Klimawandel als die „größte Herausforderung der Menschheitsgeschichte“ und unterstrich die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Handelns, um die komplexen Herausforderungen anzugehen. Er dankte der Landespsychotherapeutenkammer für ihr Engagement auf diesem Themengebiet und das vorgelegte Klimakonzept.

Dieses umfangreiche, eigene Konzept wird in der neuen LPK-Broschüre „KLIMANOTFALL – Auswirkungen ökologischer Krisen auf die psychische Gesundheit. Informationen und politische Forderungen aus psychotherapeutischer Sicht“ dargelegt, die Kammerpräsidentin Sabine Maur den Teilnehmer\*innen des Webseminars vorstellte. (Die Broschüre finden Sie auf unserer Homepage im „Info-Portal“ unter „Publikationen der LPK RLP und BPTK“ zum Download.) In der Veröffentlichung wird erläutert, warum Kli-



Cover der neuen LPK-Broschüre

maschutz auch Gesundheitsschutz ist. Es wird deutlich, welche Folgen die Überschreitung der planetaren Belastbarkeitsgrenzen hat und welche Auswirkungen konkret in Rheinland-Pfalz zu erwarten sind. Ergänzt werden diese Informationen durch ein Interview mit der LPK-Vorstandsbeauftragten für Klimapsychologie, Kathrin Macha. Sie war auch die Referentin des ersten Vortrags und lieferte den Teilnehmer\*innen Input zum Thema „Klima und Psychische Gesundheit“. Sie unterstrich, dass für den Gesundheitsschutz krisensensible Versorgungsstrukturen, Prävention und eine angemessene Bedarfsplanung nötig seien.

Den zweiten Kurzvortrag hielt Prof. Dr. Julia Asbrand (KJP) von der Friedrich-Schiller-Universität Jena zum Thema „Die Klimakrise in Wissenschaft und Ausbildung einführen und verankern.“ Sie betonte, dass die Beachtung berufsethischer Grundlagen die Aufgabe mit sich bringe, Menschen zu schützen und dazu unzweifelhaft auch die Klimaarbeit gehöre. Dies erfordere auch eine Integration der Klimathematik in die Ausbildung. Es folgte Dr. Martin Herrmann von der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLUG) mit Input

zum Thema „Gesundheitssektor als Gamechanger für die anstehende große Transformation“. Er gratulierte der Landespsychotherapeutenkammer zu ihrem Klimakonzept und nannte es „das klarste, mutigste und umfassendste Positionspapier dieser Art“. Er plädierte für neue Strategien und Allianzen, um die großen anstehenden Aufgaben anzugehen, „weil so viel auf dem Spiel steht“.

Das Web-Seminar endete mit einer angeregten Diskussion, an der neben den Referent\*innen und der Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Dr. Andrea Benecke, auch Landtagsmitglied Josef Winkler (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) sowie Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, teilnahmen. Letzere betonte, das Klimakonzept der Kammer könne man gar nicht hoch genug einschätzen. Es sei „absolut richtungsweisend“.

Die Veranstaltung erhielt sehr positive Resonanz – es bleibt zu hoffen, dass die unterstrichene Dringlichkeit des Themas zu entsprechenden Handlungsschritten auf politischer Ebene führt. Kammerpräsidentin Sabine Maur kündigte an, zeitnah auf die rheinland-pfälzische Gesundheitspolitik zuzugehen, um hier gemeinsam aktiv werden zu können.

### Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11  
55128 Mainz  
Tel.: 06131/93055–0  
Fax: 06131/93055–20  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## 60 Studienplätze nach der Approbationsordnung für Psychotherapeut\*innen

**Ein Interview zum neuen Masterstudiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ an der Universität des Saarlandes mit Prof. Dr. Tanja Michael und Frau Prof. (apl.) Dr. Monika Equit**

An der Universität des Saarlandes (UdS) wird es künftig 60 Studienplätze für den Masterstudiengang Psychotherapie geben. Mit dann insgesamt drei Studiengängen in der Fachrichtung Psychologie wird Saarbrücken ein attraktiver Studienort für alle Studierenden, deren Berufswunsch im Bereich der Psychologie liegt. Wann geht es los und was ändert sich dadurch? Darüber haben wir mit Prof. Dr. Tanja Michael, der Inhaberin des Lehrstuhls Klinische Psychologie und Psychotherapie, und Frau Prof. (apl.) Dr. Monika Equit gesprochen.

**Susanne Münnich-Hessel (PKS):  
Erstmal herzlichen Glückwunsch zu diesem wichtigen Erfolg. Wie wird nun der Studiengang umgesetzt?**

**Prof. Dr. Michael:** Im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes (ab 1. September 2020 in Kraft) sowie des Inkrafttretens der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO; März 2020) werden Bachelor- und Masterstudiengänge für Psychologie an den Universitäten im Hinblick auf die neuen Erfordernisse umgestellt. An der UdS wurde ein neuer polyvalenter Bachelorstudiengang Psychologie bereits zum Wintersemester 2021/2022 eingeführt. Der Studiengang beinhaltet (wahlweise) alle Studieninhalte und die damit verbundenen Kompetenzen, die

für eine Bewerbung für den Masterstudiengang mit dem Studienschwerpunkt „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ ab dem Wintersemester 2023/24 vorausgesetzt werden. Die ersten Absolventinnen und Absolventen werden den neuen Studiengang voraussichtlich erstmals zum Ende des Sommersemesters 2025 abschließen.

**Was wird sich für die Studierenden im Vergleich zum jetzigen Psychologiestudium ändern?**

**Prof. Dr. Equit:** Inhaltlich sind für den neuen Masterstudiengang Psychologie mit dem Studienschwerpunkt „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ zahlreiche Neuerungen vorgesehen: So werden sowohl alle anerkannten psychotherapeutischen Verfahren gelehrt als auch die komplette Lebensspanne (Kleinkind- bis hohes Erwachsenenalter) betrachtet. Darüber hinaus wird die Vermittlung theoretischer Inhalte sehr eng gekoppelt sein mit der Anwendung psychotherapeutischer Basisfertigkeiten und der Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns. Hierzu werden Fertigkeiten wie Anamneseerhebung, Therapieplanung, Suizidabklärung etc. zunächst in Kleingruppen erprobt und in darauf aufbauenden Modulen im Rahmen der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III (stationär und ambulant) im Patient\*innenkontakt (teilweise eigenständig unter Supervision) angewendet. Insgesamt wird das Studium dadurch deutlich „praxisnäher“.

**Das hört sich sehr spannend an. Was bedeutet das für den Ablauf und die Studieninhalte?**



*Studierende an der UdS*

**Prof. Dr. Michael:** Das Studium wird aus einem dreijährigen polyvalenten Bachelorstudium und einem zweijährigen Masterstudium bestehen. Während des Bachelorstudiums wird das Modul „Studium der Psychotherapie“ in den allgemeinen Studiengang integriert. Dieses beinhaltet Veranstaltungen wie Grundlagen der Pharmakologie, Grundlagen der Medizin, Ethik, Allgemeine Verfahrenslehre und Berufsrecht. Im Masterstudium wählen die Studierenden zwischen zwei getrennten Studiengängen. Sie können entweder einen Allgemeinen Master in Psychologie oder einen Master in Psychologie mit dem Studienschwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie wählen.

**Welche Herausforderungen kommen auf die UdS zu?**

**Prof. Dr. Equit:** Die mit dem neuen Studiengang einhergehenden Herausforderungen für die Fachrichtung Psychologie und insbesondere die Klinischen Lehrstühle sind vielfältig. Zum einen wurde bereits in Vorbereitung auf den neuen Studiengang eine Juniorprofessur für Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie und Psycho-

therapie geschaffen, die mit Dr. Anselm Crombach besetzt werden konnte. Diese neu geschaffene Professur wird eine Lehr- und Forschungsambulanz für Kinder- und Jugendliche aufbauen. Zum anderen wird die bereits bestehende Lehr- und Forschungsambulanz am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Lehrstuhlinhaberin Prof. Michael) erheblich erweitert, um die patientenorientierte Lehre gewährleisten zu können. Mit den damit verbundenen personellen Neueinstellungen muss die UdS viele neue Räume zur Durchführung von Psychotherapien sowie von Lehre in Kleingruppen zur Verfügung stellen, was in der aktuellen Situation, in der campusweit eine enorme Raumnot herrscht, besonders herausfordernd ist.

**Das sind deutliche Veränderungen und es ist zu hoffen, dass die Raumnot gelöst werden kann. Wie sieht im Masterstudiengang Gewichtung von Theorie und Praxis aus?**

**Prof. Dr. Michael:** Im Masterstudiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ wird es einen Grundlagenbereich sowie einen Pflichtbereich zu Methoden und Diagnostik geben. Im Grundlagenbereich wählen die Studierenden ein Modul aus dem Kernbereich des Allgemeinen Masters in Psychologie (z. B. Kognitive Psychologie; Persönlichkeit, Situation, Interaktion; Psychologie der Lebensspanne; Kognitive Neuropsychologie). Der Pflichtbereich Methoden und Diagnostik umfasst Module zu Forschungsmethoden, Testtheorie, Diagnostik und Evaluation sowie Gutachtenerstellung. Der Schwerpunkt



Prof. Dr. Tanja Michael

liegt jedoch auf dem Vertiefungsbereich in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, in dem die Studierenden die Module Krankheits- und Verfahrenslern, Angewandte Psychotherapie, Praxis der Psychotherapie, Psychotherapieforschung, Selbstreflexion sowie die Berufsqualifizierende Tätigkeit II belegen. Darüber hinaus absolvieren die Studierenden ein ambulantes Praktikum in den universitären Lehr- und Forschungsambulanzen und ein stationäres Praktikum am Universitätsklinikum des Saarlandes. Zum Abschluss des Masterstudiums fertigen die Studierenden eine Masterarbeit an.

**Wie sind im Masterstudiengang Inhalte zu den verschiedenen Therapieverfahren präsentiert?**

**Prof. Dr. Equit:** Im Masterstudiengang werden alle anerkannten psychotherapeutischen Verfahren in Lehrveranstaltungen sowie ihre Anwendung auf unterschiedliche psychische Störungsbilder und in verschiedenen Altersgrup-



Prof. (apl.) Dr. Monika Equit

pen dargestellt.

**Frau Prof. Dr. Michael, Frau Prof. Dr. Equit, herzlichen Dank für das Interview!**

Mit dem Abschluss des Studiums und einer staatlichen Prüfung werden unsere künftigen Kolleg\*innen bereits die Approbation erhalten. Danach können sie sich zum\*zur Fachpsychotherapeut\*in für Erwachsene, Fachpsychotherapeut\*in für Kinder und Jugendliche oder Fachpsychotherapeut\*in für Neuropsychologische Psychotherapie weiterbilden lassen.

Wir freuen uns sehr auf die weitere gute Zusammenarbeit in unserem gemeinsamen Ziel, im Saarland sowohl für den Nachwuchs eine qualitativ hochwertige Ausbildung als auch eine gute psychotherapeutische Versorgung im Saarland zu sichern.

Das Interview führte  
Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel,  
Vizepräsidentin der PKS.

## Die neue Weiterbildung – was ändert sich für Psychotherapeut\*innen in Kliniken?

### Ein Veranstaltungsbericht

Am 7. März 2023 bot die PKS eine spannende Abendveranstaltung zum Thema „Die neue Weiterbildung – was ändert sich für Psychotherapeut\*innen in Kliniken?“ an, an der 22 Teilnehmer\*innen per Videokonferenz teilgenommen haben.

Wir freuen uns, dass wir für diesen Abend Dr. phil. Dipl.-Psych. Christina

Jochim gewinnen konnten. Sie hat sich als berufspolitisch engagierte und fachkompetente Kollegin aus der Psychotherapeutenkammer Berlin und Mitglied des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der BPTK mit diesem Thema intensiv auseinandergesetzt. Durch ihre Berufstätigkeit sowohl in einer Klinik der psychiatrischen Akutversorgung als auch in eigener Praxis hat sie einen um-

fassenden und alltagsnahen Einblick in aktuelle Fragen und Problemstellungen dieser Versorgungsbereiche sowie ihrer Entwicklungspotenziale und Erfordernisse für die Zukunft.

Mit der Änderung des Psychotherapeutengesetzes zum 1. September 2020 hat sich die Struktur der Aus- und Weiterbildung grundlegend geändert:



Es gibt den neuen Studiengang „Psychotherapie“, ab dem Wintersemester 2023/2024 glücklicherweise auch an der Universität des Saarlandes, der mit der Approbation endet und an den sich eine mindestens 5-jährige Weiterbildung zum\*zur Fachpsychotherapeut\*in anschließt. Diese findet in Hauptberuflichkeit statt und mindestens zwei Jahre davon sind verpflichtend in Kliniken zu erbringen. Parallel dazu wird es noch für eine Übergangszeit von weiteren zehn Jahren das jetzige System der psychotherapeutischen Ausbildung und damit auch PiA in Kliniken geben.

Ab Herbst 2025 können wir also in der Kammer die ersten nach neuem Recht approbierten Kolleg\*innen begrüßen. Viele von ihnen werden danach voraussichtlich die Weiterbildung zur Erlangung der Qualifikation als Fachpsychotherapeut\*in und sozialrechtlichen Zulassung anstreben.

In der stationären Versorgung wird sich dadurch mittelfristig einiges ändern. Denn die künftigen Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) sind nicht nur umfassender einsetzbar,

da sie eine Heilkundeerlaubnis haben werden; sie werden auch bereits seit Beginn ihres Studiums spezialisierte Kenntnisse zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen erworben haben. Denn künftig sind verpflichtend mehr klinisch-praktische Erfahrung im Masterstudium vorgeschrieben. Zudem bleiben sie länger in der Klinik tätig, da die Weiterbildung im stationären Bereich mindestens zwei Jahre in Vollzeit umfasst – es sind auch drei Jahre möglich.

In wenigen knappen „take home messages“ fasste die Referentin am Ende ihres sehr informativen Vortrages die wichtigsten Punkte zur neuen Weiterbildung zusammen:

- Die Weiterbildung liegt künftig nicht mehr in der Hand der Landesprüfungsämter, sondern wird vom Berufsstand selbst gestaltet.
- Die Zulassung von Weiterbildungsstätten und Befugten erfolgt über die Kammern, während die bisherigen Ausbildungsinstitute durch die Landesprüfungsämter zugelassen wurden.



(Foto: pixabay.com\_Gerd Altmanna)

- Bisher betrug die Ausbildungszeit formal drei Jahre, real lag der Durchschnitt aber bei 4,7 Jahren. Künftig werden es fünf Jahre in Vollzeit sein.
- Neuropsychologische Psychotherapie ist neu als Weiterbildungsgebiet. Bisher führte zu dieser Fachqualifikation der sehr aufwendige Weg von Studium über Approbationsausbildung als PP oder KJP plus neuropsychologische Aus- bzw. Bereichsweiterbildung.
- Die künftigen PtW sind als Angestellte und in Hauptberuflichkeit tätig (vergleichbar den Assistenzärzt\*innen). Die PiA sind Praktikant\*innen ohne Status.

Dipl.-Psych. Irmgard Jochum  
Präsidentin der PKS

### 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,



es herrscht weiter Krieg. In der Ukraine und an vielen anderen Orten in der Welt. Der Klimawandel wird zunehmend deutlich und bedroht die Menschheit insgesamt und viele Menschen ganz besonders.

Eigentlich könnte ich nun aufhören zu schreiben. Alles Weitere scheint belanglos.

Aber vielleicht auch nicht. Vielleicht sind es ja die all-

täglichen Aktivitäten, das Arbeiten an Zielen, die Umsetzung von Werten, welche dazu beitragen, kleine und große Änderungsprozesse anzustoßen. Daher nun ein paar Informationen aus der PKSH.

Diese ersten drei Absätze standen schon in den letzten Editorials. Ich werde sie so lange an dieser Stelle wiederholen, bis sich die Wirklichkeit geändert hat.

Diese Zeilen schreibe ich auf der Rückreise vom 42. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in Frankfurt. Hier wurde ein neuer Bundesvorstand gewählt. Dazu gibt es auch noch einen eigenen Bericht.

Aber das weiterhin wichtige Thema des DPT ist die Umsetzung der neuen Weiterbildung. Hier sind die Finanzierungsfragen v. a. für die ambulante Weiterbildungsphase noch weitgehend ungeklärt.

Bis zum 1. Juni 2023 konnten wir eine Petition zur „Finanzierung der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ vom 23.03.2023“ mitzeichnen. Ich hoffe, dass das Quorum von 50.000 Stimmen erreicht wird. Bei Erscheinen dieses Heftes wird das Ergebnis vorliegen.

In Schleswig-Holstein wird es auf Initiative des Ministeriums für Justiz und Gesundheit einen Pakt für Gesundheits- und Pflegeberufe geben. Wir werden uns aktiv an diesem Projekt beteiligen, um eine Verbesse-

rung der Rahmenbedingungen für eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung für Menschen, die sich für einen Gesundheits- oder Pflegeberuf entscheiden, zu erreichen. Nur so ist die „Versorgung“ von Menschen, die Hilfe benötigen, nachhaltig sicherzustellen. Aus den Fehlern der Vergangenheit („Von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel“) gilt es, die richtigen Konsequenzen für die Qualifikation von Fachkräften in unserem beruflichen Arbeitsfeld zu ziehen.

Ich hoffe, dass viele von Ihnen am 8. Norddeutschen Psychotherapie-tag in Kiel teilnehmen werden. Neben dem fachlich qualifizierten Fortbildungsprogramm planen wir anschließend ein „Get together“. Nach Jahren mit reduzierten persönlichen Kontakten wollten wir mit diesem Programmbestandteil erreichen, dass wir uns wieder „wirklich“ begegnen, uns miteinander austauschen über Wichtiges und „Belangloses“. Zusammenkommen ist eine wichtige Voraussetzung für Zusammenhalten, also das Erleben von gegenseitiger Solidarität und das gemeinsame Engagement für berufspolitische Interessen.

In diesem Jahr haben wir im Rahmen der Rotation der beteiligten Mitglieder den Vorsitz für die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein. Im Rahmen eines Parlamentarischen Abends werden wir die Bedeutung der „Selbstständigkeit“ in den Heilberufen beleuchten und mit Politiker\*innen diskutieren. Das scheint uns von großer Bedeutung, da in vielen Bereichen der ambulanten Behandlung und bei der Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten zunehmend größere Unternehmenseinheiten (Konzerne) Oberhand gewinnen. Auch sind in vielen ländlichen Regionen die Apotheken in ihrem Bestand gefährdet und immer weniger ärztliche Kolleg\*innen lassen sich in den Kleinstädten und Dörfern in Schleswig-Holstein nieder.

Und dann noch eine personelle Änderung: Frau Dr. Bern, die als Juristin den Prozess der Umsetzung der Weiterbildung bei uns maßgeblich vorantreibt, hat die Leitung des Referats für Weiterbildung übernommen. Ein weiterer kleiner Fort-Schritt auf dem langen und möglicherweise beschwerlichen Weg, bis es mit der neuen Weiterbildung „richtig“ losgehen kann.

Genießen Sie den Sommer!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. phil. Clemens Veltrup  
Präsident

## 42. Deutscher Psychotherapeutentag

Vom 5. bis 6. Mai 2023 fand in Frankfurt der 42. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) statt. Die Veranstaltung stand ganz im Zeichen der Neuwahl des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).

Am ersten Sitzungstag informierten Vorstand, Ausschüsse, Kommissionen und sonstige Gremien die 140 Delegierten über ihre Arbeit seit dem letzten DPT. Insbesondere der Bundesvorstand gab ausführlich Rechenschaft über die Arbeit der letzten Monate. Der scheidende, noch amtierende Präsident der BPtK, Dr. Dietrich Munz, der sich nach achtjähriger Amtszeit nicht erneut zur Wahl stellte, wurde mit minutenlangem, stehendem Applaus für seine herausragende Arbeit der vergangenen Jahre gewürdigt.

Am zweiten Sitzungstag standen dann die Wahlen zum Vorstand der BPtK auf der Tagesordnung. In einzelnen Wahlgängen stellten sich die Kandidat\*innen den Delegierten vor und beantworteten deren Fragen.

Zur neuen Präsidentin der BPtK wurde Dr. Andrea Benecke gewählt. Sie war bereits Vizepräsidentin der Bundeskammer und ist Leiterin der Ausbildungsambulanz für Psychotherapie an der Universität Mainz, zudem Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Zur Wahl als erster\*erste Vizepräsident\*in stellte sich Sabine Maur, die



*DPT-Delegierte der PKSH (von links): Heiko Borchers, Dr. Björn Riegel, Dagmar Schulz-Wüstenberg, Dr. Clemens Veltrup, Haluk Mermer, Birte Ernst, Jan Albers Foto: M. Wohlfarth*

von den Delegierten neu in den Vorstand hinzugewählt wurde. Sie ist als niedergelassene Psychotherapeutin tätig und gleichzeitig Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Sodann stand die Wahl zur\*zum zweiten Vizepräsident\*in an. In einer Stichwahl traten der Präsident der Psychotherapeutenkammer Bayern, Dr. Nikolaus Melcop, und die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin, Eva Schweitzer-Köhn, gegeneinander an. Die Mehrheit fiel auf Herrn Dr. Melcop, berufstätig als niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut.

Als die beiden Beisitzer\*innen wurden Wolfgang Schreck, Leiter des Referats Kinder, Jugend und Familie der Stadt Gelsenkirchen, sowie Cornelia Metge, niedergelassene Kinder- und Jugendli-

chenpsychotherapeutin aus Sachsen, in ihren Ämtern bestätigt. Der neue Bundesvorstand nimmt seine Arbeit Mitte Mai auf.

Wahlen zu den Ausschüssen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie Psychotherapie in Institutionen sowie Änderungen der Weiterbildungsordnungen wurden aus Zeitgründen auf den nächsten DPT vertagt.

Die Delegierten verabschiedeten außerdem zahlreiche Resolutionen, unter anderem zu den Themen Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung, EU: Patientenrechte schützen, Schutz und Förderung von Kindern und Jugendlichen, Verfahrensvielfalt an Universitäten, Gefährdung der psychischen Gesundheit durch die ökologische Krise und Novellierung der GOÄ/GOP.

(MW)

## Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut\*innen für approbierte Psychotherapeut\*innen in Schleswig-Holstein

Von „Klinischen Psycholog\*innen“ zu „Psychologischen Psychotherapeut\*innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen“ zu „Fachpsychotherapeut\*innen“ – in den letzten 35 Jahren ist die psychotherapeutische Behandlung zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden. Sie entwickelt sich nun

relativ unabhängig von dem Studium der Medizin und Psychologie weiter. Die zukünftigen Psychotherapeut\*innen sind nicht mehr (nur) Psycholog\*innen oder Ärzt\*innen, sie werden eine eigene berufliche Identität entwickeln. Um diesen sinnvollen Prozess konstruktiv zu gestalten, muss die Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen umgesetzt

werden. Dafür benötigt die „nächste Generation“ die umfassende Unterstützung und Solidarität der heute Verantwortlichen.

Nach dem „alten“ Psychotherapeutengesetz (16. Juni 1998 bis 31. August 2020) waren Personen nach erfolgreichem Abschluss des Studiengangs

Psychologie, wenn das Fach „Klinische Psychologie“ eingeschlossen war, berechtigt, eine Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeut\*innen oder zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen zu beginnen. Auch konnten Personen mit einer bestandenen Abschlussprüfung in den Studiengängen Sozialpädagogik oder Pädagogik sich für einen Ausbildungsplatz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bewerben. Dieser Ausbildungsweg steht jetzt nur noch jenen Personen offen, die ein entsprechendes qualifizierendes Studium vor dem 1. September 2020 begonnen haben. Grundsätzlich ist es möglich, noch bis August 2032 (in Härtefällen bis zum 31. August 2035) die Ausbildung nach „altem“ Recht abzuschließen.

Das „neue“ Psychotherapeutengesetz ist zum 1. September 2020 in Kraft getreten. Es beinhaltet u. a. Regelungen für das Masterstudium „Klinische Psychologie und Psychotherapie“. So wird dieser Studiengang mit einer Approbationsprüfung zum\* zur Psychotherapeut\*in abgeschlossen.

In Schleswig-Holstein wird der oben benannte Masterstudiengang seit Oktober 2022 an den Universitäten in Lübeck und Kiel angeboten. Pro Jahr können an beiden Standorten jeweils 40 Studierende ihr Masterstudium beginnen.

Nach Abschluss des Studiums mit erfolgreicher Approbationsprüfung besteht die Möglichkeit, eine Fachpsychotherapeut\*innenweiterbildung zu beginnen. Nach dem HBKG Schleswig-Holstein (in der Fassung vom 29. März 2022) hat die PKSH u. a. die Aufgabe, die Weiterbildung der Kammermitglieder in einer Weiterbildungsordnung zu regeln (§ 3 Satz 3). In einem mehrjährigen Prozess ist es unter Koordination der BPTK gelungen, eine „Musterweiterbildungsordnung“ durch den Deutschen Psychotherapeutentag zu verabschieden. Diese ist auch Grundlage für die Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein.

Bei der Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut\*innen handelt es sich um

eine mindestens fünfjährige Weiterbildung in Vollzeit, die sich bei Teilzeittätigkeit entsprechend verlängert.

Die Weiterbildung kann in drei Gebieten erfolgen:

- (1) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
- (2) Erwachsenenpsychotherapie,
- (3) Neuropsychologische Psychotherapie.

Die Weiterbildung erfolgt mindestens jeweils zwei Jahre im stationären und ambulanten Setting, optional kann auch ein Jahr im „institutionellen Rahmen“ (z. B. in Erziehungs- und Suchtberatungsstellen, in Jugendämtern) anerkannt werden. Im Rahmen der ambulanten Weiterbildungsphase erfolgt die verfahrensspezifische Qualifizierung in einem der anerkannten Richtlinienverfahren (Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, Tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie).

Ein wesentliches Ziel der „neuen“ Weiterbildung ist es, den Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) während ihrer gesamten Zeit der Weiterbildung eine Vergütung zu zahlen, welche ihrer Qualifikation entspricht, so wie dies auch bei den Ärzt\*innen in Weiterbildung der Fall ist.

Im Sommer/Herbst 2024 werden bis zu 80 Studierende an den Universitäten in Kiel und Lübeck ihren Masterstudiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ mit der Approbationsprüfung abschließen. Diese werden dann als approbierte Psychotherapeut\*innen eine Fachpsychotherapeut\*innenweiterbildung anstreben. In Hamburg wird bis zu diesem Zeitpunkt nur die „Medical School Hamburg“ diesen Studiengang anbieten, auch hier werden vermutlich einige Absolvent\*innen nach Möglichkeiten der Weiterbildung in Schleswig-Holstein suchen.

Eine Novelle des Heilberufekammergesetzes in Schleswig-Holstein, welche 2022 in Kraft getreten ist, ermöglicht

die Umsetzung der neuen Weiterbildung.

Es ist geplant, dass die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein im November 2023 eine gültige Weiterbildungsordnung in enger Anlehnung an die Musterweiterbildungsordnung der BPTK und unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge aus dem Ministerium für Justiz und Gesundheit verabschiedet wird. Ab diesem Zeitpunkt ist es grundsätzlich möglich, eine Gebietsweiterbildung zu beginnen.

Die PKSH bereitet sich organisatorisch und personell darauf vor, die Bedingungen für die Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten zu schaffen. Entsprechende Richtlinien sind auf Bundesebene verabschiedet, diese müssen nun in konkretes „Verwaltungshandeln“ übersetzt werden. Für die Dokumentation der Weiterbildungselemente der Teilnehmenden wird es ein Logbuch geben, geplant ist auf Bundesebene, dieses bis 2024 auch als eLogbuch anbieten zu können. Es wird angestrebt, alle Gebiete der Weiterbildung in Schleswig-Holstein zu ermöglichen. Für die Weiterbildung zu Neuropsychologischen Psychotherapeut\*innen ist dies besonders herausfordernd und auch noch nicht endgültig geklärt.

Die PKSH hat sich seit ca. einem Jahr verstärkt bemüht, die an der neuen Weiterbildung Beteiligten zu informieren und zu motivieren. Zu den Aktivitäten gehörten u. a. Information der Studierenden des Masterstudiengangs „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ an der Universität Lübeck, der Austausch mit den zuständigen Lehrstuhlinhaber\*innen in Kiel und Lübeck, Gespräche mit den Verantwortlichen aller Ausbildungsinstitute, die in Schleswig-Holstein tätig sind, regelmäßige Informationsveranstaltungen mit Psychotherapeut\*innen in Leitungsposition in den psychiatrischen und psychosomatischen Akutkliniken sowie in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Vorstellung der Weiterbildungsordnung bei der Lan-

desarbeitsgemeinschaft der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Schleswig-Holstein sowie im Rahmen der Leitungskonferenzen der Zentren für Integrative Psychiatrie des UKSH in Kiel und Lübeck. Außerdem wurde die Weiterbildung im Rahmen eines Workshops im Rahmen der Norddeutschen Psychotherapietage 2022 den überwiegend niedergelassenen ambulanten Psychotherapeut\*innen in Schleswig-Holstein vorgestellt. Anfang 2022 war ein Sozialmedizinisches Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung Nord in Kooperation mit der PKSH diesem Thema gewidmet.

Für die Implementierung der Weiterbildung von Fachpsychotherapeut\*innen im institutionellen Bereich bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit mit den Vertreter\*innen der Wohlfahrtsverbände im Land.

Die Ermöglichung der Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken der Akutversorgung ist von zentraler Bedeutung. Wir hoffen, dass es gelingen kann, dass sich viele Kliniken

als Weiterbildungsstätten anerkennen lassen. Es müssen aber in den Krankenhäusern und Tageskliniken auch die entsprechenden Strukturen (Betriebsleitung) realisiert sowie die Aufgaben der Weiterbildungsbefugten möglichst einheitlich geregelt werden.

Auch die forensische Psychiatrie ist ein wichtiges Arbeitsfeld für Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung. Hier kann das Land Schleswig-Holstein als Leistungsträger ganz wesentlich dazu beitragen, dass die Voraussetzungen für die Einstellung von PtW gelingt.

Vor allem in den Kliniken für Neurologische Rehabilitation, Psychosomatische Rehabilitation und der Suchtrehabilitation werden zukünftig approbierte Psychotherapeut\*innen als qualifizierte Fachkräfte durch die Deutsche Rentenversicherung anerkannt. Als Bundesland mit einem hohen Anteil an Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ist zu hoffen, dass die Kliniken sich auch als Weiterbildungsstätten akkreditieren lassen und die Leitenden Psychotherapeut\*innen die Aufgabe von Weiterbildungsbefugten übernehmen.

In diesem Bereich ist der größte Klärungsbedarf. Vonseiten vieler niedergelassener Kolleg\*innen und der Ausbildungsinstitute besteht großes Interesse, den PtW die ambulante Weiterbildungsphase zu ermöglichen. Voraussetzung dafür wird sein, dass die Finanzierung der Weiterbildung durch gesetzgeberische Maßnahmen gesichert wird. Eine Unterstützung vonseiten der Landesregierung Schleswig-Holstein, um die notwendigen gesetzlichen Änderungen im SGB V zu erreichen, wäre extrem hilfreich.

Die PKSH führt eine Vielzahl von Gesprächen mit unterschiedlichen Personen und Institutionen, um einen guten Start der Weiterbildung in Schleswig-Holstein zu realisieren. Dass an dieser Stelle nur allgemeine Informationen zu finden sind, hat auch mit der den Gesprächspartner\*innen zugesicherten Vertraulichkeit zu tun. Aber irgendwie scheint doch alles auf einem guten Weg zu sein – das Ziel vor Augen, wollen wir es auch möglichst schnell erreichen.

(CV)

## „PiA“-Stammtisch der PKSH

Am 22. März 2023 fand wieder unser regelmäßig stattfindender Online-Stammtisch statt. Unsere „PiA“-Sprecherin, Frau Ljuba Rosin, und ich nutzten wieder die Gelegenheit, uns mit den PP/KJP-Ausbildungskandidat\*innen in Schleswig-Holstein auszutauschen. Auch Frau Judith Wulff (Kammervorsitzende der PKSH) hat an dem Stammtisch teilgenommen und dankenswerterweise ihre Erfahrungen eingebracht. Es konnten wieder viele Fragen und Probleme gemeinsam be-

sprochen und teilweise auch geklärt werden. Die Atmosphäre dabei ist sehr kollegial gewesen und wir freuen uns immer außerordentlich auf die Anregungen, die Fragen und den Austausch mit den Ausbildungskandidat\*innen. Die Themen waren sehr vielfältig, wie beispielsweise die geringe Anzahl der Praktikumsplätze in den psychiatrischen Kliniken und die unterschiedliche Vergütung der Praktika, die Übergangssituation in die neue Ausbildungsform und die damit verbundene gegenwärtige

Unsicherheit sowie die Möglichkeiten eines Institutswechsels, um nur einige Beispiele zu nennen. Vielfach war auch die Frage der Rolle der Psychotherapeutenkammer zu den genannten Themen aufgekommen, welche wir sehr gut im Dialog besprechen und nahebringen konnten. Wir freuen uns schon auf den nächsten „PiA“-Stammtisch, den wir wieder rechtzeitig ankündigen werden.

(HM)

### Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegin:

Arndt, Marion  
geb. 15.06.1954  
verst. 31.03.2023, Kiel

### Redaktion

An den Texten dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Clemens Veltrup, Haluk Mermer, Michael Wohlfarth.

### Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94; 24114 Kiel  
Tel.: 0431/661199–0  
Fax: 0431/661199–5  
Mo., Mi. und Fr.: 09.30–11.30 Uhr  
Di.: 08.00–10.00 Uhr  
Do.: 12.00–14.00 Uhr  
info@pksh.de; www.pksh.de

# Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen 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 Psychotherapeut\*innen 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. 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.)  
Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin  
Psychotherapeutenkammer Bayern  
Birketweg 30  
80639 München  
Tel.: 089/515555-19 und -26  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournal's erforderlichen Adressdaten

haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

22. Jahrgang, Ausgabe 2/2023

## 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



[www.blauer-engel.de/uz195](http://www.blauer-engel.de/uz195)

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

RG4

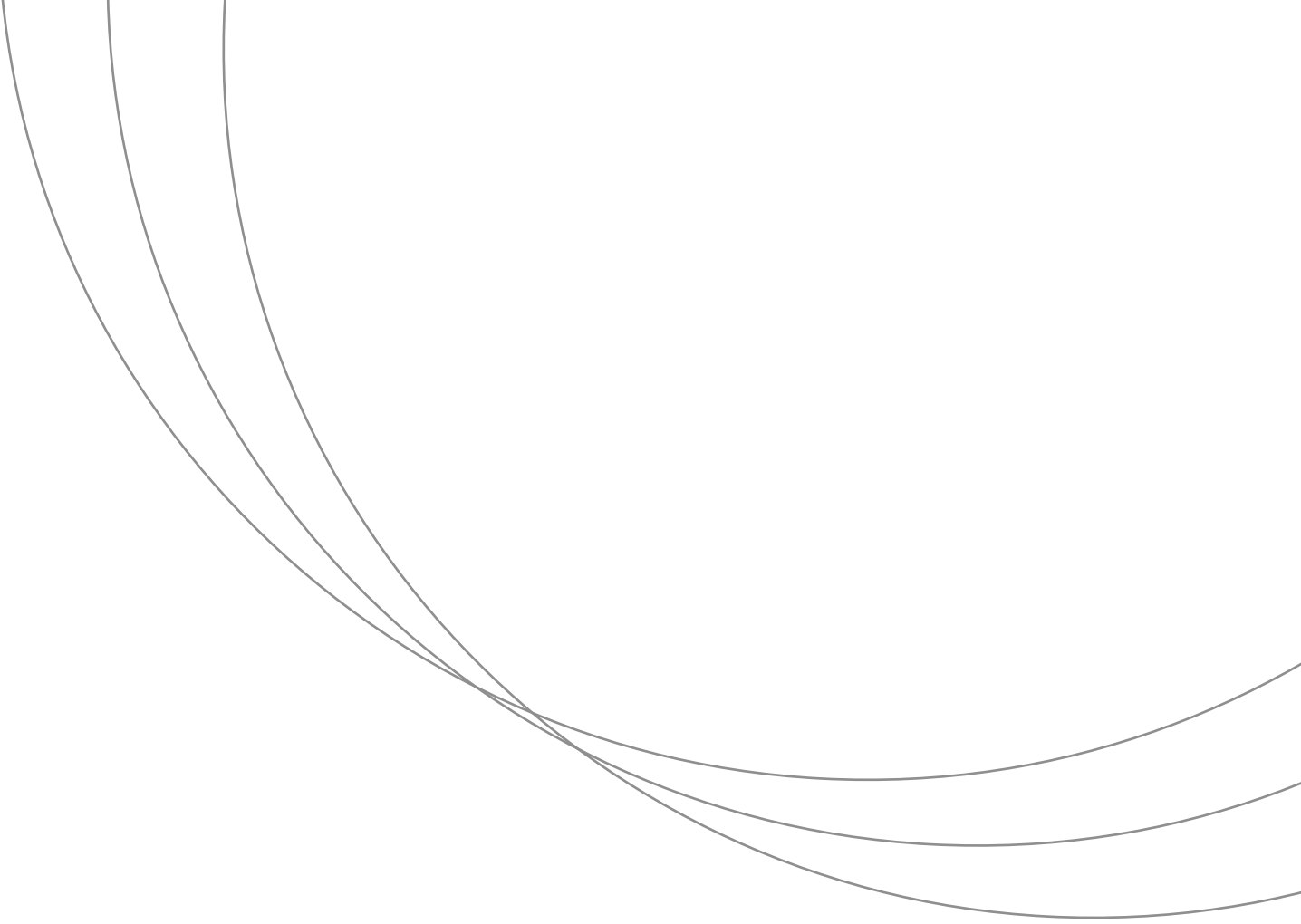
## Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 4/2023 ist der 6. September 2023. 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)

