

Psychotherapeuten journal

- **Übersichtsartikel zur ICD-11:
Veränderungen und Trends**
- **Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohl-
gefährdung**
- **Gewalt in Paarbeziehungen erkennen und
Betroffene unterstützen**
- **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik:
Neuerungen zum 30. Jubiläum**
- **Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei
Patient*innen**
- **Triggerwarnungen: Hilfreich, wirkungslos –
oder sogar schädlich?**

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,

in dieser Ausgabe des PTJ finden Sie wieder ein Sie hoffentlich ansprechendes Neben- und Miteinander von sehr unterschiedlichen Themen.

Einerseits beschäftigen sich Alex Hartig mit einer Übersicht zu Veränderungen in der ICD-Systematik und Cord Benecke mit der Vorstellung von Neuerungen in der OPD-3 mit wichtigen Weiterentwicklungen in der Diagnostik. Die Ausführungen von Hartig zur ICD-Systematik sind besonders zu beachten aufgrund der Verbindlichkeit der Codierung für fast alle unter Ihnen. Beide Texte verdeutlichen jedoch, mit welcher Intensität die Forschung in diesem Bereich voranschreitet und wie diese Weiterentwicklungen in der Diagnostik hilfreich für Praktiker*innen sein können.

Ein Feld von ganz andersartiger und hoher Relevanz bearbeiten Thea Rau und Kolleg*innen in ihrem Beitrag. Sie nehmen ein leider sehr aktuelles Thema aus dem vorangegangenen Heft des PTJ wieder auf und diskutieren mögliche Strategien im Umgang mit extremistischen Ansichten bei Patient*innen in der Praxis. Sie bearbeiten damit eine Thematik, die aktuell sprichwörtlich „auf der Straße“ liegt und allwöchentlich Hunderttausende, die sonst nicht so engagiert und zahlreich an Demonstrationen teilnehmen, dazu bewegt, sich auf der Straße zu äußern. Aber auch im Behandlungsraum erleben wir die Vielfalt der Meinungen und Einstellungen und dabei auch Patient*innen mit sehr radikalem bis extremistischem Denken, das über das Phantasieren hinausgeht und manchmal auch zum Handeln drängt. Als Psychotherapeut*innen sind wir in solchen Situationen einerseits gefordert, weiterhin das Gebot der Abstinenz zu befolgen, und uns anderer-

seits professionell als glaubhaftes und integriertes Gegenüber zur Verfügung zu stellen. Nicht zu vergessen: Auch innerhalb der Psychotherapeut*innenschaft muss der Umgang mit extremistischen Haltungen ein Thema sein – leider eines, das uns alle nicht so bald verlassen wird!

Gerade an dieser Stelle soll nochmals auf die Diskussion, die Birsan Kahraman mit ihrer kritischen Frage nach einer nachhaltigen Rassismuskritik in der Psychotherapie-Profession im letzten Heft aufgenommen hat, Bezug genommen werden. Wir waren im Redaktionsbeirat sehr erfreut und bewegt über die vielen Zuschriften zu diesem Artikel; in der übergroßen Mehrheit wurde die Veröffentlichung begrüßt, auch und gerade von selbst betroffenen Kolleg*innen! Berichtet wurde auch vom Gefühl einer „unangenehmen, aber notwendigen Zumutung“ beim Lesen. Tatsächlich konfrontiert uns der Text ja auch mit dem erforderlichen Hinterfragen eigener gängiger Selbstidealisierungen als aufgeklärte und liberale Bürger*innen und Psychotherapeut*innen, denen struktureller Rassismus im Ergebnis ihrer intensiven Ausbildung doch fern sei... Wir hoffen und wünschen uns sehr, diese Diskussion fortsetzen zu können, v. a. aber, dass die Autorin auch ganz praktisch und nachhaltig etwas Gutes und Weiterführendes in der Aus- und Fortbildung sowie in der psychotherapeutischen Arbeit im Alltag in Bewegung bringen kann!

Mit anderen Formen von potenzieller und realer psychischer und physischer Gewalt beschäftigen sich Christof Radewagen sowie Hannah M. Micklitz und Kolleg*innen, die sich über den Umgang mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und Überlegungen zur Arbeit mit Patient*innen, die Gewalt in Paar-



beziehungen erleben oder erlebt haben, Gedanken machen. Beide Beiträge vermitteln für die oft auf akute Krisensituationen bezogene praktische Arbeit mit Patient*innen oder auch Partner*innen und Familien wichtige und hilfreiche Hinweise und Anregungen.

Auch in diesen Themenkreis gehört schließlich die Arbeit von Nathalie Wahlsdorf und Kolleginnen, die den Forschungsstand zum Thema Triggerwarnungen darstellen und sich kritisch Gedanken machen zur möglichen Prophylaxe von Retraumatisierungen.

Wie immer seien Ihnen auch die Rezensionen, die sich in diesem Heft ebenfalls mit kritischen Situationen in Psychotherapien, aber auch in unserer Kultur und Gesellschaft beschäftigen, empfohlen!

Besonders um Ihre Beachtung bitten wir für den Nachruf auf Dianne L. Chambless, die für sehr viele Angehörige unserer Profession eine große Bedeutung insbesondere für die Psychotherapieforschung zur Verbesserung von Behandlungsansätzen bei Angst- und Zwangsstörungen hatte.

Wir wünschen Ihnen eine spannende und Sie bereichernde Lektüre!

*Anne Springer (Berlin)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

- 4** *Alex Hartig*
ICD-11: Veränderungen und Trends. Eine Übersicht – Teil 1
Zum Einstieg in die zweiteilige Artikelreihe wird kurz auf die Geschichte der ICD eingegangen. Dann werden einige FAQ beantwortet und es werden grundlegende Innovationen (wie die Kapitelstruktur und das Codierungssystem) erläutert. Zudem werden die wesentlichen neuen Diagnosen vorgestellt.
- 16** *Christof Radewagen*
Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen und anderen Berufsheimnisträger*innen
In diesem Beitrag wird die Rolle der in § 4 Abs. 1 KKG genannten Berufsheimnisträger*innen (z. B. Psychotherapeut*innen) bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beleuchtet und ein mögliches fachliches Vorgehen zur Einschätzung und Abwendung einer Kindeswohlgefährdung beschrieben. Schwerpunkte bilden dabei datenschutzrechtliche Aspekte und die Frage der Gewichtung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung.
- 24** *Hannah M. Micklitz, Gunda Wössner, Heide Glaesmer & Lasse B. Sander*
Betroffene von Gewalt in Paarbeziehungen erkennen und unterstützen – Grundlagen für die psychotherapeutische Praxis
Gewalt in Paarbeziehungen ist ein weitverbreitetes Problem, welches häufig schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit von betroffenen Menschen hat. Dieser Artikel vermittelt grundlegendes Wissen und Kompetenzen zum Erkennen von und dem psychotherapeutischen Umgang mit Menschen, die Gewalt in Paarbeziehungen erleben oder erlebt haben.
- 36** *Cord Benecke*
30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Neuerungen in der OPD-3
Der Artikel stellt die neueste Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3) mit deren dreißigjähriger Entwicklung und den vier Achsen dar: I. Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, II. Beziehung, III. Konflikt und IV. Struktur. Dabei sollen die Neuerungen, die Wechselwirkungen zwischen den Achsen, die empirische Fundierung sowie die Breite der Anwendungsfelder beschrieben werden.
- 44** *Thea Rau, Jörg M. Fegert, Christiane Montag, Knut Schnell, Dietrich Munz, Sophia Mayer, Hannah Strauß, Anna-Lena Bröcker, Alexander Gesing, Vera Dittmar & Marc Allroggen*
Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen
In diesem Beitrag werden Denkanstöße für die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung im Umgang mit Patient*innen und Angehörigen mit extremistischen Einstellungen diskutiert. Auch wird auf Vernetzungsmöglichkeiten mit Fachberatungsstellen im Themenbereich Extremismus hingewiesen, die Anlaufstellen für Patient*innen und ihnen Nahestehende, aber auch für Fachkräfte selbst sein können.

Nachruf Rezensionen

- 50** *Nathalie Wahlsdorf, Tanja Michael, Johanna Lass-Hennemann & Roxanne Sopp*
Triggerwarnungen: Hilfreich, wirkungslos – oder sogar schädlich?
Um Personen mit traumatischen Erfahrungen vor Reaktionen auf potenziell belastende Inhalte zu schützen, werden in verschiedenen Kontexten sogenannte Triggerwarnungen eingesetzt. Gegenstand dieses Artikels ist die Synthese bisheriger Studienbefunde zu den evtl. sogar ungünstigen Effekten von Triggerwarnungen sowie die Ableitung von Hinweisen für die Praxis.
- 57** *Babette Renneberg*
Dianne L. Chambless (1948–2023)
- 58** **Epidemie ohne Ansteckungsgefahr bei Kontakt: Einsamkeit und soziale Isolation im Alter**
Eine Rezension von Hannes Rathjen: Hajek, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H.-H. (2023). Loneliness and Social Isolation in Old Age – Correlates and Implications.
- 59** **Hat die Klimakrise einen Platz in der Psychotherapie?**
Eine Rezension von Tanja Ehrhardt: Pudlatz, M. (2023). Klimaresilienz aufbauen – Was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beitragen können.
- 60** **Ein Update genau zur rechten Zeit: Udo Rauchfleischs Ratgeber zum Thema „Transidentität“**
Eine Rezension von Lars Hauten: Rauchfleisch, U. (2023). Transgender verstehen. Ein Ratgeber für Angehörige, Freund:innen und Kolleg:innen.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

- | | |
|---|--|
| 66 Bundespsychotherapeutenkammer | 92 Hessen |
| 70 Baden-Württemberg | 96 Niedersachsen |
| 74 Bayern | 99 Nordrhein-Westfalen |
| 79 Berlin | 103 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| 83 Bremen | 107 Rheinland-Pfalz |
| 88 Hamburg | 111 Saarland |
| | 112 Schleswig-Holstein |

- 1** Editorial
- 62** Leserbrief und Replik
- 116** Impressum Psychotherapeutenjournal
- A1** Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages
- A20** Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

ICD-11: Veränderungen und Trends

Eine Übersicht – Teil I

Alex Hartig

Zusammenfassung: 2022 wurde die ICD-11 für die Implementierung in den Mitgliedsstaaten der WHO freigegeben. Der Umstellungsprozess wird zwar noch Jahre in Anspruch nehmen. Die ICD-11 hat jedoch schon jetzt Relevanz für den klinischen Alltag. Zu den Neuheiten gegenüber der Vorgängerversion gehören u. a. die Option zur vermehrten Nutzung von Specifiern und das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstörungen. Im ersten Teil dieser Artikelserie werden die Grundstruktur der ICD-11, die neue Kapitelstruktur und das Codierungssystem erläutert. Ferner werden die wesentlichen neuen Störungsbezeichnungen vorgestellt.

Vorbemerkungen

Aktuell, zum Zeitpunkt des Artikelverfassens, liegt keine offizielle, vollständige deutsche Ausgabe der International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11; *World Health Organization, 2019*) vor. Da das Vokabular für die finale deutsche Version noch nicht feststeht, wird bei den Störungs- und Gruppierungsbenennungen auf die englischen Originalbezeichnungen zurückgegriffen. In dem Glossar am Textende auf S. 14 werden die Übersetzungen (für die im Artikel verwendeten englischen Originalbegriffe) aufgelistet. Diese Übersetzungen entstammen der nicht endgültigen deutschen Entwurfsfassung der ICD-11.

Aufgrund von Umfangsbeschränkungen wird der Beitrag auf zwei Ausgaben des Psychotherapeutenjournals verteilt. Der erste Teil umfasst folgende Inhaltspunkte: Einleitung; Geschichte; Häufige Fragen – FAQ; Innovationen; Neue Störungen und Zwischenfazit. Der zweite Teil in Ausgabe 2/2024 beinhaltet: Weitere Veränderungen innerhalb einzelner Störungsgruppierungen; Gesamtfazit.

Einleitung

Fallbeispiel: A. J. ist 23 Jahre alt und berichtet im Erstgespräch, unter der Entstellung des eigenen Kinns zu leiden. Auffällig seien die Überproportioniertheit und die merkwürdige Quadratform des Kinns. Zudem rage es in Blickrichtung – wie ein kleiner Ast – aus dem Gesicht hervor. Die Therapeutin merkt an, dass sie die aufgeführten kosmetischen Auffälligkeiten nicht bestätigen könne. Im Gegenteil: Sie blicke in ein Gesicht, das von einer harmonischen Physiognomie geprägt sei. A. J. bedankt sich für die Rückmel-

dung der Therapeutin und erklärt, auf derartiges Feedback vorbereitet gewesen zu sein. Offensichtlich handele es sich dabei um einen wohlgemeinten Beruhigungsversuch, der die Wirklichkeit in keiner Weise widerspiegele. Auch von nahestehenden Personen bekomme A. J. häufig zu hören, ein hübsches (oder zumindest unauffälliges) Gesicht zu haben. A. J. glaube, diese Personen hätten ebenfalls Beruhigungsabsichten. Treffe A. J. – beispielsweise im öffentlichen Verkehr – auf unbekannte Menschen, komme es hingegen zu starrenden Blicken, unverhohlenem Auslachen und Getuschel. Ein weiteres im Erstgespräch berichtetes Symptom: exzessives Checkingverhalten, das vor allen Dingen aus dem Anfertigen und der Digitalnachbearbeitung von Selfies bestehe und das massive Verzögerungen im Alltagsablauf verursache.

Anhand des Fallbeispiels kann eine Revidierung in den ICD-Vorgaben zur Differentialdiagnostik veranschaulicht werden. Kommt es im Kontext eines körperdysmorphen Störungsbildes zu einer Wahnsymptomatik, soll laut der ICD-10 eine sonstige anhaltende wahnhaftige Störung vergeben werden. Die ICD-11 bestimmt ein entgegengesetztes Vorgehen und stützt sich dabei auf neuere wissenschaftliche Erkenntnisse (Stein et al., 2016). Demnach soll bei vorliegender körperdysmorpher Symptomatik die Diagnose einer körperdysmorphen Störung vergeben werden – auch wenn die kognitiven Komponenten des Störungsbildes einen wahnhaften Charakter aufweisen. In der ICD-11 gilt generell: Lässt sich eine wahnhaftige Symptomatik besser durch eine Störung aus der Neugruppierung der *Obsessive Compulsive and Related Disorders* erklären, soll diese (nichtpsychotische) Diagnose bevorzugt werden. Betroffene Personen sollen so vor unbe-

gründeten antipsychotischen Behandlungen geschützt werden (Reed et al., 2019).¹

Der aus dem Fallbeispiel abgeleitete Unterschied zwischen den Handlungsvorgaben zeigt: Eine Auseinandersetzung mit der ICD-11 lohnt sich schon deswegen, da die ICD-11 aktuelle Forschungsergebnisse berücksichtigt.

Im Kapitel der **Mental Behavioral and Neurodevelopmental Disorders (MBND)** hat sich einiges getan:

- Ein neues Codierungssystem ist installiert worden.
- Optionen zur vermehrten Nutzung von sog. Specifiern, mit deren Hilfe Symptombilder präziser beschrieben werden können, sind kreiert worden.
- (Teil)dimensionale Modelle sind eingeführt worden (besonders auffällig: das dimensionale Persönlichkeitsstörungsmodell).
- Einige „neue Störungen“ sind in das MBND-Kapitel integriert worden.
- Manche der „alten Störungen“ sind eliminiert, neu zugeordnet, umbenannt oder zu Superdiagnosen zusammengefasst worden.
- Differentialdiagnostische Vorgaben und Störungsbeschreibungen sind aktualisiert worden.

In der vorliegenden Artikelserie wird auf jeden der genannten Punkte cursorisch eingegangen. Ziel dabei ist es, einen Überblick über die Anpassungen und Trends im MBND-Kapitel herzustellen. Zum Einstieg werden jedoch zunächst die Entstehungsgeschichte der ICD präsentiert und einige FAQ beantwortet.

Geschichte

Die historischen Wurzeln der ICD reichen mindestens in das 19. Jahrhundert zurück. William Farr und Marc-Jacob d'Espine erhielten während des Ersten Internationalen Statistischen Kongresses (1853 in Brüssel) den Auftrag, eine global einsetzbare Klassifikation für Todesursachen zu erarbeiten (Clark et al., 2017). Die unterschiedlichen Vorschläge von Farr und d'Espine wurden zu einem Kompromissystem verwendet, das beim Zweiten Internationalen Statistischen Kongress (1855 in Paris) verabschiedet wurde. 1864 kam es zu einer Überarbeitung im Sinne Farris: Krankheiten wurden nun anhand ihrer anatomischen Lokalisation klassifiziert. Jacques Bertillon baute das System aus und stellte seine Version 1893 bei der Tagung des Internationalen Statistischen Instituts in Chicago vor. Bertillons *International List of Causes of Death (ILCD)* (Internationales Todesursachenverzeichnis) erhielt allgemeine Anerkennung (BfArM, o. J. a). Zwischen 1900 und 1935 fanden die ersten fünf Revisionsverfahren der ILCD statt; die Verantwortlichen erkannten die Notwendigkeit, das Todesursachenverzeichnis um eine Morbiditätsklassifikation zu erweitern (Clark et al., 2017). 1948 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet und mit der sechsten

Revision der ILCD beauftragt. Ein Expertiseausschuss wurde bestimmt. Dieser stellte eine Klassifikation vor, die neben den Todes- erstmalig auch die Krankheitsursachen beinhaltete (BfArM, o. J. a). Dadurch wurde eine Umbenennung des Systems erforderlich. Die ICD war geboren und 1948 nahm die WHO die *International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (ICD-6) offiziell an.

Seit 1948 hat kein Revisionsprozess länger gedauert als der aktuelle (Sievers, 2021), an dem mehr als 300 Fachkundige aus mehr als 90 Ländern der Welt beteiligt gewesen sind (Fung et al., 2020; Gaebel & Kerst, 2019). Diese haben – laut Aussage von Ghebreyesus (2018) – über 10.000 Veränderungshinweise verwertet. Da die psychischen Störungen nur einen kleinen Teil der ICD-11 ausmachen, finden sich die meisten Veränderungen außerhalb des MBND-Kapitels. Hier ist beispielsweise neu, dass über 5.500 „Seltene Erkrankungen“ codiert werden können (Feinstein et al., 2023), deutlich mehr als in früheren Ausgaben (Aymé et al., 2015). Auch die Aufnahme von Allergien in das Kapitel der Krankheiten des Immunsystems stellt eine Neuerung dar. Zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfälle) gehören in der ICD-11 nicht mehr zu den Störungen des Kreislaufsystems, sondern werden als Krankheiten des Nervensystems klassifiziert; hier befinden sich nun auch die Prionenerkrankungen, die zuvor den Infektionskrankheiten zugeordnet waren. Die Infektionskrankheiten werden um Influenza und Pneumonie ergänzt; beide tauchten in der ICD-10 noch bei den Erkrankungen der Atemwege auf.²

Für die Anpassungen im MBND-Kapitel bildete sich 2007 ein Themenbeirat, der eine Betaversion des MBND-Kapitels entwickelte. Diese wurde 2015 veröffentlicht (Gaebel et al., 2020). Eine globale Zusammenarbeit wurde initiiert. Klinisch Tätige wurden dazu eingeladen, die Betaversion zu testen und erste Anwendungserfahrungen zurückzumelden. Zudem wurden primäre Feldstudien zur praktischen Handhabbarkeit und Reliabilität durchgeführt. 2019 wurde die Gesamt-ICD von der WHO final angenommen und online zugänglich gemacht. Seit 2022 können die Mitgliedstaaten der WHO mit der Implementierung der neuen Ausgabe beginnen (Pezzella, 2022). Die ICD-11 bleibt ein dynamisches System, das regelmäßig aktualisiert wird (Gaebel, 2021).

Häufige Fragen – FAQ

Wird die WHO die ICD-11 wie gewohnt in Buchform publizieren?

Nein. Aufgrund der Fortschritte in der Gewährleistung globaler Netzerreichbarkeit hat sich die WHO für eine reine Online-Verfügbarkeit entschieden. Bevorzugen oder Benachteiligen

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.
² siehe Sievers (2021) für weitere Veränderungsbeispiele

gungen einzelner Mitgliedstaaten sollen vermieden werden (Ghebreyesus, 2018).

Gibt es schon eine deutsche Ausgabe?

Ja. Aber nur eine vorläufige. Diese deutschsprachige Entwurfsfassung ist noch nicht vollständig und beruht zum Teil auf automatisierten Übersetzungen (BfArM, o. J. b). Im klinischen Alltag können vorerst das englische Original oder weitere offizielle Übersetzungen angewendet werden. Bisher ist die ICD-11 in folgenden Sprachen veröffentlicht worden: Englisch, Arabisch, Chinesisch, Spanisch, Französisch, Türkisch.

Wann wird die ICD-11 die ICD-10 in Deutschland ersetzen?

Ein Zieldatum steht nicht fest. Es handelt sich um ein komplexes Umstellungsverfahren. Viele Versorgungsebenen und Gesundheitssystembereiche sind betroffen; exemplarisch können „Abrechnung stationärer und ambulanter Leistungen, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik“ genannt werden (BfArM, o. J. c). Die Einführung wird „noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen“ (BfArM, o. J. d). Des Weiteren wird die fünfjährige „angedachte flexible Übergangszeit“ u. U. überschritten werden (BfArM, o. J. d). Zur Orientierung: Im letzten Jahrzehnt vor der Jahrtausendwende wurde in Deutschland die ICD-10 implementiert; dieser Prozess dauerte damals ebenfalls Jahre: von 1994 (Beginn der Installationsphase der ICD-10 in den Mitgliedstaaten der WHO) bis 1998 (endgültige Ablösung der ICD-9 in der BRD) (BfArM, o. J. e). Zumindest in der Theorie war es demnach im Jahr 1997 noch möglich, dass Menschen ICD-9-Diagnosen wie Homosexualität oder Hochgradiger Schwachsinn erhielten. Im Rückblick zeigt sich also: Eine frühe Auseinandersetzung mit den Veränderungen, die die jeweilige Revision mit sich bringt, kann vor Falschversorgung schützen.

Welchen Nutzen hat es, sich mit der ICD-11 zu beschäftigen, wenn zu Abrechnungszwecken bis auf Weiteres die ICD-10-Codes genutzt werden und die ICD-11 noch nicht auf Deutsch erschienen ist?

Die Forschungsnähe bzw. die Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Entwicklungen sind bereits genannt worden. In der neuen Version tauchen einige etablierte Diagnosen erstmalig auf, die den klinischen Alltag längst prägen – zum Beispiel die *Complex Post Traumatic Stress Disorder* (Cloitre, 2021) und die *Binge Eating Disorder* (Citrome, 2021). In den Fließtexten der Psychotherapieanträge, Epikrisen und Entlassberichte, in Interventionen, Supervisionen und generell im Fachaustausch kann auf die Neudiagnosen zurückgegriffen werden. Für einige dieser Diagnosen liegen Assessmentinstrumente mit hohen Gütewerten vor (Hecker et al., 2018). Auch Behandlungsableitungen sind möglich; beispielsweise

existieren Therapiemanuale für die in der ICD-11 aufgeführte *Prolonged Grief Disorder* (Rosner et al., 2014). Der Einsatz des neuen Systems ist also grundsätzlich möglich; insbesondere bei administrativen Prozessen wie Abrechnungen oder Verordnungen besteht aber eine Bindung an die alte Kodierung.

Bleiben die separaten Klassifikationen der psychischen Störungen in der ICD und dem DSM bestehen?

In der gemeinsamen Revisionshistorie des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* und der ICD finden sich Phasen mit hoher Übereinstimmung und Verzahnung. Aber auch solche Phasen, in denen eher eine unabhängige Koexistenz herrschte (First et al., 2021). Der höchste Harmoniegrad bestand in der Zeit, als das DSM-II und die ICD-8 die jeweils aktuellen Versionen darstellten (Clark et al., 2017; First et al., 2021). Den damaligen Ausgaben lagen psychoanalytische Theorien zugrunde und sie bestanden aus kurzen Beschreibungen, die die Störungen prototypisch vorstellten (Jewell et al., 2009).

1980 veröffentlichte die American Psychiatric Association (APA)³ das DSM-III. Und diese Veröffentlichung wurde zu einem Wendepunkt in der Geschichte psychischer Nosologien. Das DSM-III gilt als das erste empirische System zur Klassifikation psychischer Störungen. Zu den Innovationen des DSM-III zählten: die Multiaxialität, die Kriterienlisten, die klaren Cut-Offs und die genaueren Zeitvorgaben (Jewell et al., 2009; Johnson, 2013). Mit dieser Empirisierung sollte u. a. eine höhere Interrater-Reliabilität erzielt werden. Ätiologiebasierte Diagnosedarstellungen kamen nicht mehr vor. Die WHO passte sich dem neuen Standard erst mit der Publikation der ICD-10 an (American Psychiatric Association, o. J.). Auch wenn zwischen den jeweils aktuellen Ausgaben eine höhere Gesamtübereinstimmung besteht, existieren weiterhin Detailunterschiede (First et al., 2021). Und mit der Abschaffung der kategorialen und kriterienbasierten Konzeption von Persönlichkeitsstörungen weicht die ICD-11 unüblich deutlich vom DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ab.

Die Partikularinteressen der beiden Dachorganisationen bedingen das Parallelbestehen der zwei Systeme. Beispielsweise stellt der weltweite Verkauf des DSM eine Haupteinnahmequelle für die APA dar (Frances, 2015). Zudem hält die APA an der Zielsetzung einer möglichst hohen Reliabilität fest (Hualparuca-Olivera & Palomino, 2023); für sie ist es attraktiv, den Status des Primärtools der Forschung innezuhaben. Die WHO strebt hingegen eine hohe Praktikabilität im klinischen Alltag an (Stein et al., 2020). Und zwar nicht nur für die Gesundheitsversorgungssysteme westlich geprägter und finanzstarker Länder, sondern für jeden Mitgliedsstaat.

³ Sowohl die American Psychiatric Association als auch die American Psychological Association nutzen die Abkürzung APA; bei der Verwendung der Abkürzung APA im vorliegenden Artikel ist – wenn nicht anders gekennzeichnet – die American Psychiatric Association gemeint.

Die ICD soll alle Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme umfassen. Das DSM beinhaltet nur die psychischen Diagnosen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Unterschied ebenfalls zu der Fortführung der separaten Entwicklungen und Veröffentlichungen beitragen wird.

Hin und wieder ertönt der Appell zur Fusionierung (Tyrer, 2014). Aktuell gibt es jedoch keine Anzeichen für einen derartigen Prozess. Die gestiegene Relevanz der ICD (Tyrer, 2014) stärkt die Trennungskontinuität. Laut First et al. (2021) kann daraus aber auch ein Vorteil entstehen, da die unterschiedlichen Konzeptionen von Störungen wissenschaftliche Vergleiche erlauben und so Forschungsfortschritte erzielt werden können. Abzuwarten bleibt, welche Bedeutung andere Systeme erlangen werden. Insbesondere der gesamtdimensionale Ansatz HiTOP (Kotov et al., 2017) ist vielversprechend und im Auge zu behalten.

Innovationen (Highlights)

Störungsbeschreibungen

Die ICD-11 möchte vor allem praktikabel sein und unterscheidet sich hier von der streng empirischen Struktur des DSM, die dort seit der dritten Ausgabe grundlegend ist. Im MBND-Kapitel der ICD-11 werden Störungen eher guidelineartig beschrieben. Willkürliche Cut-Offs und eng definierte Zeitvoraussetzungen werden vermieden. Störungsdarstellungen werden weicher formuliert. Zur Veranschaulichung kontrastiert Tabelle 1 die ersten drei Kriterien für eine generalisierte Angststörung (GAS) im DSM-5 mit den ersten drei Kriterien der GAS in der ICD-11.

Laut *Reed et al. (2019)* soll der ICD-11-Ansatz für eine bessere Übereinstimmung zwischen den theoretischen Vorgaben und einer klinischen Realität sorgen, in der diagnostische Entscheidungen häufig flexibel getroffen werden. Auch für kultur- und geschlechterbedingte Symptomvariationen bietet der neue Ansatz mehr Raum. Erste Feldstudien bestätigen die Anwendungsfreundlichkeit; die Reliabilitätswerte scheinen sich nicht zu verschlechtern (*Reed et al., 2019*). Wichtig: In den Fällen, in denen eine zufriedenstellende empirische Fundierung für harte Marker wie Mindestsymptomanzahl und Symptombdauer existiert, wird daran festgehalten (*Reed, 2023*); so müssen für die Diagnose einer depressiven Episode fünf von zehn Merkmalen vorhanden sein und eines der Merkmale muss depressive Stimmung oder klare Reduktion der Freude bzw. des Interesses an Aktivitäten sein.

Specifier

Es wird ein Codierungssystem mit einem erweiterten Kombinationsspielraum eingeführt. In der vorherigen Version galt noch die Regel *eine Störung = ein Code*; die ICD-11 bietet stattdessen die Möglichkeit der Clusterkodierung (Mabon et al., 2021). Mehrere *Primärcodes* (die auch als *stem codes* bezeichnet werden) können zu einer Codekette zusammengefasst werden. Und: Primärcodes können mit *Erweiterungscodes* kombiniert werden (*Sievers, 2021*). Für das MBND-Kapitel ist besonders das Zusammenspiel aus Stammdiagnosen und *Specifiern* relevant. Unter Specifier werden Spezifizierungsoptionen verstanden, mit deren Hilfe Störungsrealitäten individueller beschrieben werden können. Dieses Prinzip ist grundsätzlich nicht neu. Zum Beispiel konnte bereits in der ICD-10 die Diagnose einer depressiven Episode um eine Nachkommastelle ergänzt werden, mit der das Vorliegen

DSM-5	ICD-11
<p>A. Excessive anxiety and worry (apprehensive expectation), occurring more days than not for at least 6 months, about a number of events or activities (such as work or school performance).</p> <p>B. The individual finds it difficult to control the worry.</p> <p>C. The anxiety and worry are associated with three (or more) of the following six symptoms:</p> <p>Note: Only one item is required in children.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restlessness or feeling keyed up or on edge. 2. Being easily fatigued. 3. Difficulty concentrating or mind going blank. 4. Irritability. 5. Muscle tension. 6. Sleep disturbance (difficulty falling or staying asleep, or restless, unsatisfying sleep). 	<p>Marked symptoms of anxiety manifested by either:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ General apprehensiveness that is not restricted to any particular environmental circumstance (i. e. „free-floating anxiety“); or ■ Excessive worry (apprehensive expectation) about negative events occurring in several different aspects of everyday life (e. g., work, finances, health, family). <p>Anxiety and general apprehensiveness or worry are accompanied by additional characteristic symptoms, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Muscle tension or motor restlessness. ■ Sympathetic autonomic overactivity as evidenced by frequent gastrointestinal symptoms such as nausea and/or abdominal distress, heart palpitations, sweating, trembling, shaking, and/or dry mouth. ■ Subjective experience of nervousness, restlessness, or being ‘on edge’. ■ Difficulty concentrating. ■ Irritability. ■ Sleep disturbances (difficulty falling or staying asleep, or restless, unsatisfying sleep). <p>The symptoms are not transient and persist for at least several months, for more days than not.</p>

Tabelle 1: Vergleich GAS DSM-5/ICD-11

Anmerkung: links: ein strenges Zeitkriterium („for at least 6 months“) und eine Mindestsymptomanzahl („three (or more) of the following six symptoms“); rechts: ein offeneres Zeitkriterium („persist for at least several months“), eine weichere Formulierung („accompanied by additional characteristic symptoms, such as“); auf einen Symptomcount wird verzichtet

bzw. Nichtvorliegen des somatischen Syndroms angegeben werden konnte. Ähnlich wie das DSM-5 beinhaltet die ICD-11 deutlich mehr derartige Möglichkeiten zur Präzisierung. Um sich beispielsweise der Symptomwirklichkeit einer Person mit einer Schizophrenie diagnostisch genauer zu nähern, können folgende Specifier kombiniert eingesetzt werden:

- Positivsymptome
- Negativsymptome
- Depressive Symptome
- Manische Symptome
- Psychomotorische Symptome
- Kognitive Symptome.

In einem weiteren Schritt kann in diesem Fall der Ausprägungsgrad des jeweiligen Specifiers bestimmt werden. Dazu steht folgende Skala zur Verfügung:

- mild
- moderat
- schwer.

Die Specifier können mithilfe von *postcoordination* in den Gesamtcode integriert werden. Wenn eine Person die Grundvorgaben der Schizophrenie erfüllt, und moderate Positivsymptome, moderate Negativsymptome und milde psychomotorische Symptome zeigt, entsteht ein ICD-11-Gesamtcode, der folgendermaßen aussieht:

6A20/6A25.0&XS0T/6A25.1&XS0T/6A25.4&XS5W

Aufgeschlüsselt:⁴

6A20 → Schizophrenie (Primärkode bzw. stem code)

<p>6A25.0&XS0T → Positivsymptome & moderate Ausprägung</p> <p>6A25.1&XS0T → Negativsymptome & moderate Ausprägung</p> <p>6A25.4&XS5W → Psychomotorische Symptome & milde Ausprägung</p>	}	<p>postcoordination: Specifier</p>
--	---	---

Zusätzlich kann mitverschlüsselt werden, ob es sich um die erste Schizophrenieepisode handelt. Wenn dies nicht der Fall ist, kann spezifiziert werden, ob der Verlauf entweder durch Störungskontinuität oder von mehreren, abgegrenzten Episoden geprägt ist.

Es gibt auch Präzisierungsoptionen, die für verschiedene Störungen gelten. Hierzu zählen zum Beispiel Panikattacken. Wenn Personen etwa eine soziale Angststörung oder eine GAS haben und in diesen Kontexten unter Panikattacken leiden, kann dies mithilfe eines Specifiers kodiert werden. Gleichzeitig ist zu beachten, dass nicht alle Diagnosen im MB-

ND-Kapitel mit Specifiern ausgestattet sind. In diesen Fällen wird pro Störung nur der Primärkode zur Verfügung gestellt.

Die intensive Bereitstellung von Specifiern kann als Versuch verstanden werden, ein tendenziell kategoriales System um dimensionale Optionen zu ergänzen (Gaebel et al., 2020). Jedoch bleibt zu vermerken, dass der Kategorienansatz in der ICD-11 trotz der vieldiskutierten Probleme dieser Herangehensweise (Borgogna et al., 2023; Clark et al., 2017) überwiegend aufrechterhalten wird (Clark et al., 2017); eine prominente Ausnahme findet sich – wie erwähnt – in der Neukonzeption der Persönlichkeitsstörungen.

Kapitelstruktur

Die ICD-10 beruhte auf einem dezimalen Codierungssystem, das die Maximalanzahl der Störungsgruppen des F-Kapitels künstlich beschränkte. Auf diese Weise entstanden heterogene Gruppen wie der F4-Bereich, der sowohl Angststörungen als auch Belastungsstörungen und somatoforme Störungen zusammenfasste. Das alphanumerische Codierungssystem der ICD-11 ermöglicht eine größere Anzahl an Diagnosegruppierungen, deren Zusammensetzung besser durch wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Praktikabilität begründet ist (Reed et al., 2019).

Insgesamt beinhaltet das MBDN-Kapitel 21 Gruppen (siehe Tabelle 2). Auffällig ist, dass der F-9-Bereich aus der ICD-10 nicht übernommen wird. Diagnosen, die zuvor bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gelistet worden sind, werden nun inhaltsbezogen zugeordnet. Das heißt, sie werden zusammen mit den Diagnosen aufgeführt, mit denen sie Symptomüberschneidungen haben (Gozi, 2019; Reed et al., 2019). So wird die *Separation Anxiety Disorder* der Gruppierung der *Anxiety or Fear-Related Disorders* zugeteilt. Und die *Rumination-Regurgitation Disorder* findet bei den *Feeding and Eating Disorders* ihre Verortung. Störungen, die inhaltlich zu keiner der anderen Gruppierungen passen, erhalten ein eigenes Subkapitel. *Enuresis* und *Encopresis* werden daher als *Elimination Disorders* neu gruppiert. Generell gilt: Die ICD-11 betont den Lebensspannenansatz (Gozi, 2019); Lebensabschnittsbeschränkungen werden vermieden. Stattdessen finden sich Zusatzinformationen zu alterstypischen Symptombildvariationen, wenn diese empirisch gut belegt sind (Reed et al., 2019). Beispielsweise wird darauf hingewiesen, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen einer Schizophrenie eher zu auditiven Halluzinationen mit einer einzelnen (kommentierenden bzw. verurteilenden) Stimme neigen; Erwachsene leiden häufiger unter mehreren (sich unterhaltenden) Stimmen. Auch das F-4-Unterkapitel der ICD-10 wird aufgelöst und die einzelnen Störungen dieses Abschnitts werden zu neuen Diagnosegruppen zusammengefasst. Exemplarisch können die *Anxiety or Fear-Related Disorders*, die *Obsessive-Compulsive or Related Disorders*

⁴ Für weitere Erläuterungen der Codestruktur wird auf folgenden Link verwiesen: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/aufbau.html>.

Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders (ICD-11: 06)	Psychische und Verhaltensstörungen Kapitel V (ICD-10: F00-F99)
6A00-6A06.Z → Neurodevelopmental Disorders	F7 → Intelligenzminderung F8 → Entwicklungsstörungen
6A20-6A2Z → Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders	F2 → Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
6A40-6A4Z → Catatonia	F2 → Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
6A60-6A8Z → Mood Disorders	F3 → Affektive Störungen
6B00-6B0Z → Anxiety or Fear-Related Disorders	F4 → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6B20-6B2Z → Obsessive-Compulsive or Related Disorders	F4 → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6B40-6B4Z → Disorders Specifically Associated With Stress	F4 → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6B60-6B6Z → Dissociative Disorders	F4 → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6B80-6B8Z → Feeding or Eating Disorders	F5 → Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6C00-6C0Z → Elimination Disorders	F9 → Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
6C20-6C2Z → Disorders of Bodily Distress or Bodily Experience	F4 → Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6C40-6C5Z → Disorders Due to Substance Use or Addictive Behaviors	F1 → Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F6 → Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
6C70-6C7Z → Impulse Control Disorders	F6 → Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
6C90-6C9Z → Disruptive Behaviour or Dissocial Disorders	F9 → Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
6D10-6D11.5 → Personality Disorders and Related Traits	F6 → Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
6D30-6D3Z → Paraphilic Disorders	F6 → Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
6D50-6D5Z → Factitious Disorders	F6 → Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
6D70-6E0Z → Neurocognitive Disorders	F0 → Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
6E20-6E2Z → Mental or Behavioural Disorders Associated With Pregnancy, Childbirth, or the Puerperium	F5 → Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6E40-6E40Z → Psychological or Behavioural Factors Affecting Disorders or Diseases Classified Elsewhere	F5 → Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6E60-6E6Z → Secondary Mental or Behavioural Syndromes Associated With Disorders or Diseases Classified Elsewhere	keine Korrespondenzgruppierung

Tabelle 2: Störungsgruppen im MBND-Kapitel (ICD-11) und Korrespondenzgruppen (ICD-10)

oder die *Disorders Specifically Associated With Stress* genannt werden.

Schlafstörungen haben in der ICD-10 noch zu den F-Diagnosen gehört. Im MBND-Kapitel der ICD-11 tauchen sie nicht auf. Stattdessen erhalten sie ein eigenes Kapitel (Reed et al., 2019). Die sexuellen Funktions- und sexuellen Schmerzstörungen sind ebenfalls nicht Teil des MBND-Kapitels. Sie werden in der neugeschaffenen Sektion der *Conditions Related to Sexual Health* aufgeführt (Velten & Özdemir, 2023). Hier befindet sich auch die neue Diagnose der *Gender Incongruence*, deren Zentralphänomen die Nichtidentifikation mit dem Zuweisungsgeschlecht ist. Dass *Gender Incongruence* außerhalb des MBND-Kapitels platziert wird, soll zur Entstigmatisierung beitragen. Es handelt sich um eine Funktionsdiagno-

se, die nicht zwingend mit Leidensdruck einhergehen muss, dafür aber den Zugang zur Versorgung sichern soll (Stein et al., 2020). Die veralteten ICD-10-Begriffe Geschlechtsidentitätsstörung und Transsexualismus sind gestrichen worden.

Ein Trend zeichnet sich ab: KJP und PP werden zukünftig vermehrt von Personen aufgesucht werden, deren Symptomatik außerhalb des MBND-Kapitels zu verorten sein wird. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die *Premenstrual Dysphoric Disorder* zu nennen, die primär den Störungen des Urogenitalsystems zugeordnet wird. Auch chronifizierter Schmerz befindet sich außerhalb des MBND-Kapitels und erhält dort eine biopsychosoziale Definition (Barke et al., 2022). Alle in diesem Abschnitt erwähnten ICD-11-Störungen fallen in den Kompetenzbereich von KJP und PP. Ein Fakt, der in der

Anpassung der Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) berücksichtigt werden sollte.

Neue Störungen (Highlights)

Reed (2023) betont die Verschlinkung des MBND-Kapitels und nennt eine Reihe an ICD-10-Diagnosen, die nicht mehr in der elften Revision auftauchen. Hierzu gehören die phobische Störung des Kindesalters, die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, die Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, die sexuelle Reifungskrise, die ichdystone Sexualorientierung und die sexuelle Beziehungsstörung.

Die Anzahl der Neudiagnosen wird in der Literatur nicht einheitlich wiedergegeben. Laut Reed (2023) beinhaltet das MBND-Kapitel 23 neue Störungen. Bei Gaebel und Kerst (2019) sind es 15 (siehe Tabelle 3). Zu diesem Unterschied kann es zum einen durch divergierende Zählweisen kommen. Die Frage, welche Störungen wirklich neu sind, ist zum anderen gar nicht so leicht zu beantworten. Zählen nur diejenigen dazu, die überhaupt keine Korrespondenzdiagnose in der ICD-10 haben? Oder zählen auch diejenigen dazu, die auf Vorgängerstörungen beruhen, aber grundlegend neukonzipiert wurden und eine andere Bezeichnung erhalten haben? Im Gegensatz zu Reed (2023) führen Gaebel und Kerst (2019) die *Premenstrual Dysphoric Disorder* als neue Diagnose auf. Wie oben angedeutet: Die *Premenstrual Dysphoric Disorder* hat lediglich einen Sekundärlink im MBND-Kapitel (und zwar bei den affektiven Störungen); die Primärverortung liegt bei den Störungen des Urogenitalsystems.

Catatonia

In der ICD-10 wird katatone Symptomatik im Bereich der Schizophrenie und bei den Störungen mit bekannter organischer Ätiologie genannt. Von wissenschaftlicher Seite aus ist aber klar, dass weitere Störungen – wie Depressionen oder Autismusspektrumstörungen – mit katatonen Beschwerden einhergehen können (Reed et al., 2019; Walther & Strik, 2016). Und deswegen wird *Catatonia* in der ICD-11 als eigenständige Kategorie mit drei Optionen aufgeführt: (i) *Catatonia Associated With Another Mental Disorder*, (ii) *Catatonia Induced by Substances or Medications* und (iii) *Secondary Catatonia Syndrome*; der dritte Punkt beschreibt Katatonien, die durch Krankheiten verursacht werden, die nicht Teil des MBND-Kapitels sind (wie Enzephalitiden).

Bipolar Type II Disorder

Der Begriff Bipolar II kommt bereits in der ICD-10 vor. Allerdings nur als Alternativterminus unter *Sonstige Bipolare Affektive Störungen* und ohne jegliche Störungsbildbeschreibung (Stein et al., 2020). In der ICD-11 erhält Bipolar II einen vollwertigen Status. Kernvoraussetzung für eine Diagnosevergabe ist ein Verlauf mit mindestens einer hypomanischen und mindesten einer depressiven Episode. Die Grenze zur manischen Episode darf in der Vergangenheit nicht über-

6A40, 6A41, 6E69, 6A4Z	Catatonia
6A61	Bipolar Type II Disorder
6B21	Body Dysmorphic Disorder
6B22	Olfactory Reference Disorder**
6B24	Hoarding Disorder**
6B25.1	Excoriation Disorder
6B41	Complex Post-Traumatic Stress Disorder (cPTSD)
6B42	Prolonged Grief Disorder**
6B82	Binge Eating Disorder
6B83	Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)**
6C21	Body Integrity Dysphoria
6C51	Gaming Disorder**
6C72	Compulsive Sexual Behaviour Disorder**
6C73	Intermittent Explosive Disorder
GA34.41	Premenstrual Dysphoric Disorder**

Tabelle 3: Neue Störungen im MBND-Kapitel der ICD-11 nach Gaebel und Kerst (2019)

** zu den mit Sternchen gekennzeichneten Störungen sind im *Psychotherapeutenjournal* bereits Fachartikel erschienen, siehe Übersicht auf Seite 14

schritten worden sein. Bipolar-II wird in der ICD-11 den *Mood Disorders* zugeordnet.

Body Dysmorphic Disorder

Körperdysmorphie Symptomatik wird in der ICD-10 unter der Hypochondrie subsumiert (Reed et al., 2019). In der elften Revision der ICD wird die *Body Dysmorphic Disorder* nun zu einer unabhängigen Entität, in der Gruppierung der *Obsessive Compulsive and Related Disorders*. Wie in der Einleitung erwähnt, kann die Diagnose auch dann gestellt werden, wenn keine Einsichtsfähigkeit vorliegt. Ein Drittel oder mehr der betroffenen Personen leiden unter wahnhaften körperdysmorphen Überzeugungen (*American Psychiatric Association, 2013*), wobei der Einsichtsgrad schwanken kann. Ob Einsicht besteht, kann mithilfe eines Specifiers angegeben werden. Apropos Specifier: In der ICD-11 wird mehrfach auf *Muskeldysmorphie* als Sonderform hingewiesen. Anders als im DSM-5 fehlt hier aber ein Specifier zur Markierung dieser Sonderform (Reddy et al., 2018).

Olfactory Reference Disorder**

Die *Olfactory Reference Disorder* ist gekennzeichnet durch eine anhaltende Beschäftigung mit der Überzeugung, einen übelriechenden oder anstößigen Körper- bzw. Mundgeruch zu verbreiten. Dieser ist für andere nicht oder kaum wahr-

nehmbar. Betroffene zeigen exzessive, auf den vermeintlichen Geruch fokussierte Selbstaufmerksamkeit. Oft treten Beziehungsideen auf (z. B. die Überzeugung, dass andere Personen den Geruch bemerken). Mindestens eine der folgenden drei Verhaltensweisen liegt vor: (i) repetitive und exzessive Handlungen (Checkingverhalten oder das Einholen sozialer Rückversicherung), (ii) Versuche, den scheinbaren Geruch zu tarnen oder zu unterdrücken (exemplarisch können der Einsatz von Deos und Parfüms, häufiges Duschen oder die Reduktion des Konsums bestimmter Lebensmittel genannt werden) und (iii) Vermeidung sozialer oder anderer Reizsituationen. Die *Olfactory Reference Disorder* gehört zu der Gruppierung der *Obsessive Compulsive and Related Disorders*; mithilfe eines Specifiers kann markiert werden, ob Einsichtsfähigkeit existiert oder nicht. Im DSM-5 wird die *Olfactory Reference Disorder* nicht aufgeführt.

Hoarding Disorder **

Ebenfalls in der Gruppierung der *Obsessive Compulsive and Related Disorders* findet sich die *Hoarding Disorder*. Kardinalsymptome der *Hoarding Disorder* sind das Anhäufen von Besitztümern und die daraus resultierende Überfüllung der eigenen Wohnräume. Sind die Wohnräume aufgeräumt, ist dies nur auf das Eingreifen Dritter (z. B. Familienmitglieder oder Mitarbeitende städtischer Behörden) zurückzuführen. Das Akkumulieren der Besitztümer kann passiv vollzogen werden, indem beispielsweise eingehende Post zum Gesamtbesitz hinzugefügt wird. Oder es kann aktiv vollzogen werden, indem z. B. Gegenstände gekauft oder gestohlen werden. Eine erlebte Aufbewahrungsnotwendigkeit bedingt die Schwierigkeit, sich von Gegenständen zu trennen und trägt so zu der Anhäufung der Besitztümer bei. Auch für die *Hoarding Disorder* kann durch Einsatz eines Specifiers signalisiert werden, ob Einsichtsfähigkeit vorliegt. So gibt es z. B. Betroffene, die –phasenweise oder überdauernd – von der Sinnhaftigkeit des Aufbewahrens überzeugt sind, sogar wenn der Großteil der Gegenstände objektiv wert- und funktionslos ist.

Excoriation Disorder (Skin Picking Disorder)

Trichotillomania und *Skin Picking Disorder* werden in der ICD-11 als *Body-Focused Repetitive Behaviour Disorders* zusammengefasst und gehören ebenfalls zu den *Obsessive Compulsive and Related Disorders*. Allerdings unterscheiden sie sich in einem Punkt von sämtlichen anderen Störungen in dieser Sektion: Das Symptomverhalten (Haarausreißen bzw. Hautmanipulationen) folgt in den meisten Fällen nicht kognitiven Phänomenen (wie Zwangs- oder Intrusivgedanken), sondern sensorischem Erleben (Reed et al., 2019).

Complex Post-Traumatic Stress Disorder (cPTSD)

Die *cPTSD* ist nicht Bestandteil des DSM-5. Stattdessen erweitert das DSM-5 das Profil der posttraumatischen Be-

lastungsstörung und berücksichtigt so ein breites Spektrum potenzieller Symptomkombinationen (Maercker et al., 2022). Daraus resultiert eine hohe Heterogenität der Diagnose, wodurch wiederum die weitere Erforschung der Störung und das Ableiten von Interventionen erschwert werden (Borgogna et al., 2023).

Im Kontrast dazu wird die posttraumatische Belastungsstörung in der ICD-11 eng definiert (Wang et al., 2023); als zusätzliche Diagnose wird die *cPTSD* eingeführt. Voraussetzung für *cPTSD* ist, dass alle Kernelemente der posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sind. Zudem muss folgende Symptomtriade vorliegen: (i) Affektregulationsschwierigkeiten, (ii) die Überzeugung, besiegt, wertlos oder herabgesetzt zu sein; damit einhergehend traumabezogenes Schuld-, Scham- oder Versagenserleben, (iii) Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen. Die posttraumatische Belastungsstörung und die *cPTSD* befinden sich in der Gruppierung der *Disorders Specifically Associated With Stress*.

Prolonged Grief Disorder**

Die *Prolonged Grief Disorder* kann vergeben werden, wenn die schwerwiegende Trauerreaktion (s. u.) mindestens sechs Monate lang besteht oder wenn die kulturtypische Normdauer für Trauerphasen deutlich überstiegen wird. Zudem muss die Symptomatik als Folge des Todes eines nahestehenden Menschen auftreten. Zu nahestehenden Menschen zählen u. a. Elternteile, Kinder und Partnerschaftspersonen. Zentrale Merkmale der *Prolonged Grief Disorder* sind die Sehnsucht nach der verstorbenen Person oder die anhaltende Beschäftigung mit der verstorbenen Person. Begleitsymptom ist u. a. intensiver emotionaler Schmerz. Dieser äußert sich zum Beispiel in Traurigkeit, Schuldgefühlen, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisung, Nichtakzeptanz des Todes und in dem Gefühl, einen Teil von sich selbst verloren zu haben. Auch die Unfähigkeit, eine positive Stimmung zu erleben, Affektstarre sowie die Schwierigkeit, sich an sozialen oder anderen Aktivitäten zu beteiligen, können Manifestationen des intensiven emotionalen Schmerzes sein. Die *Prolonged Grief Disorder* gehört ebenfalls zu der Gruppierung der *Disorders Specifically Associated With Stress*. In der Erstveröffentlichung des DSM-5 im Jahr 2013 tauchte noch keine vollwertige Trauerdiagnose auf. Im Jahr 2022 kam es zu einem Update des Systems und seitdem findet sich die *Prolonged Grief Disorder* auch im DSM-5 (Tremel et al., 2022).

Binge Eating Disorder

Die Aufnahme der *Binge Eating Disorder* in die ICD-11 stützt sich auf einen soliden Forschungsstand (Reed et al., 2019). Die *Binge Eating Disorder* ist geprägt durch wiederkehrende Essattacken (z. B. mindestens einmal pro Woche über eine Phase von mehreren Monaten). Essattacken stellen einen abgegrenzten Zeitraum (z. B. zwei Stunden) dar, in dem die betroffene Person subjektiv die Kontrolle über das Essen ver-

liert und deutlich mehr oder anders als gewöhnlich isst. Für die Person kann der Kontrollverlust beispielsweise mit dem Eindruck einhergehen, nicht mit dem Essen aufhören zu können. Im Regelfall tritt kein Kompensationsverhalten auf. Häufig besteht ein hoher Belastungsgrad, der sich in Emotionen wie Schuld, Ekel oder Scham zeigen kann. Die *Binge Eating Disorder* ist der Gruppierung der *Feeding or Eating Disorders* zugeteilt worden.

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)**

Auch die *ARFID* gehört zu den *Feeding or Eating Disorders*. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass die Menge oder die Vielfalt der zu sich genommenen Nahrung nicht ausreichen, um einen angemessenen Energie- oder Nährstoffbedarf zu decken. Es kommt zu einem signifikanten Gewichtsverlust, klinisch bedeutsamen Ernährungsdefiziten, zur Abhängigkeit von oralen Nahrungsergänzungsmitteln, zur Sondenernährung oder zu einer anderweitigen Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit. Zudem liegen Funktionseinschränkungen vor. Das Essverhalten ist nicht durch die Beschäftigung mit dem Körpergewicht oder der Körperform motiviert.

Body Integrity Dysphoria

Die *Body Integrity Dysphoria* wird in der ICD-11 den *Disorders of Bodily Distress or Bodily Experience* zugerechnet. Es handelt sich um eine seltene Störung (Kasten, 2023), die in der Adoleszenz beginnt. Kardinalsymptome sind der Wunsch, in bedeutsamer Weise körperlich behindert zu sein, und das Unbehagen bzw. Aversionserleben, das durch die gegenwärtige nichtbehinderte Körperkonfiguration und -funktionalität ausgelöst wird. Betroffene Personen haben oft Amputations- oder Lähmungswünsche; weniger häufig sehnen sie sich danach, multiple Behinderungen gleichzeitig zu haben oder zu erblinden (Kasten, 2023). U. a. muss mindestens eins der folgenden zwei Symptome vorhanden sein: (i) erhebliche Gesundheits- oder Lebensgefährdungen, die aus Versuchen resultieren, die erwünschte Behinderung durch Selbstverletzungen herzustellen, (ii) klare Funktionseinschränkungen, die sich durch die Beschäftigung mit dem Wunsch nach Behinderung entwickeln. Die *Body Integrity Dysphoria* ist nicht Teil des DSM-5.

Gaming Disorder**

Neben den Substanzkonsumstörungen führt die ICD-11 im Bereich der *Disorders Due to Substance Use or Addictive Behaviours* auch Verhaltenssuchtdiagnosen auf. Die Glücksspielsucht ist bereits aus früheren Ausgaben der ICD bekannt. Neu ist die *Gaming Disorder*, die Videospiele- bzw. Computerspielkonsum beschreibt. Für die Vergabe der Diagnose müssen u. a. drei Merkmale vorliegen: (i) Die Fähigkeit, das Spielen zu kontrollieren, ist eingeschränkt (was Auswirkungen auf Faktoren wie Beginn, Häufigkeit, Dauer, Beendigung haben kann), (ii) das Spielen wird zunehmend priorisiert und erhält Vorrang

vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten, (iii) das Spielen wird trotz auftretender Negativkonsequenzen fortgesetzt oder intensiviert. Mithilfe eines Specifiers kann angegeben werden, ob das Spielen eher online oder eher offline stattfindet. Die Aufnahme der Störung in das MBND-Kapitel hat kritische Reaktionen und Pathologisierungsvorwürfe provoziert (Reed, 2023). In einer Delphistudie kamen die befragten Expertisepersonen mehrheitlich zu dem Schluss, dass die ICD-11-Guidelines zur *Gaming Disorder* eine sichere Diagnosestellung ermöglichen, ohne dass „healthy gaming“ dadurch als krankhaft eingeordnet wird (Castro-Calvo et al., 2021).

Die *Gaming Disorder* beschränkt sich auf Video- und Computerspiele. Für digitalen Mischkonsum (Hawi et al., 2019), exzessive Sozialmediennutzung und andere Formen potenzieller Online-Verhaltenssuchte kommt die Diagnose der *Other Specified Disorders Due to Addictive Behaviours* in Frage (Brand et al., 2021). Die Forschungsdiagnosen des DSM-5 beinhalten eine Störung, die ausschließlich das Online-Spielen beschreibt. Eine vollwertige Vergleichsdiagnose existiert im DSM-5 hingegen nicht.

Compulsive Sexual Behaviour Disorder**

Die ICD-11 rechnet die *Compulsive Sexual Behaviour Disorder* zu den *Impulse Control Disorders*. Im DSM-5 gibt es keine korrespondierende Diagnose. Das Kernmerkmal der Störung ist das musterhaft auftretende Unvermögen, sexuelle Impulse oder Triebe zu kontrollieren, was zu repetitiven sexuellen Verhaltensweisen führt. U. a. können folgende Symptome vorliegen: (i) Sexuelle Aktivitäten (z. B. Sex mit wechselnden Personen, Selbstbefriedigung, Pornografiekonsum) werden wiederholt vollzogen und rücken so sehr in den Mittelpunkt des Lebens, dass Gesundheit und Körperpflege oder andere Interessen, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten vernachlässigt werden, (ii) es kommt zu erfolglosen Bemühungen, das Sexualverhalten zu reduzieren, (iii) die Aktivitäten werden fortgesetzt, obwohl dadurch nachteilige Konsequenzen entstehen, (iv) die Aktivitäten werden fortgesetzt, obwohl dadurch keine sexuelle Gratifikation mehr erzielt wird.

Bei Menschen mit frisch veränderten Lebensumständen (z. B. Umzug in eine neue Stadt, Partnerschaftsende), bei Adoleszenten oder bei Menschen mit erhöhtem sexbezogenem Schuld- bzw. Schamempfinden ist diagnostische Vorsicht geboten.

Intermittent Explosive Disorder

Dass im DSM-5 mehrere Diagnosen vorkommen, zu deren Haupt- oder Nebenmerkmalen Reizbarkeit gehört, wirft Fragen zur Abgrenzbarkeit der einzelnen Störungen auf (Leibenluft et al., im Druck). Und angesichts gestiegener Antipsychotika-Verschreibungsraten im Kinder- und Jugendbereich (Bachmann et al., 2014) kann das Überangebot an Diagnose-

Übersetzungsglossar ICD-11-Begriffe	
Englische Originalbegriffe	Übersetzungen – deutschsprachige Entwurfsfassung
Anxiety or Fear-Related Disorders	Angst- oder furchtbezogene Störungen
Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)	Vermeidend-restriktive Ernährungsstörung (ARFID)
Binge Eating Disorder	Binge-eating-Störung
Bipolar Type II Disorder	Bipolare Störung Typ II
Body Dysmorphic Disorder	Körperdysmorphie Störung
Body Focus Repetitive Disorder	Körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen
Body Integrity Dysphoria	Körper-Integritäts-Identitätsstörung (BIID)
Catatonia	Katatonie
Catatonia Associated With Another Mental Disorder	Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung
Catatonia Induced by Substances or Medications	Katatonie durch Substanzen oder Medikamente
Secondary Catatonia Syndrome	Sekundäres katatonies Syndrom
Complex Post-Traumatic Stress Disorder (cPTSD)	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
Compulsive Sexual Behaviour Disorder	Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten
Disorders Due to Substance Use or Addictive Behaviors	Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte
Disorders of Bodily Distress or Bodily Experience	Störung der körperlichen Belastung oder des körperlichen Erlebens
Disorders Specifically Associated with Stress	Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
Disruptive Behaviour or Dissocial Disorders	Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen
Dissociative Disorders	Dissoziative Störungen
Excoriation Disorder (Skin Picking Disorder)	Skin-Picking-Störung
Elimination Disorders	Ausscheidungsstörungen
Factitious Disorders	Artifizielle Störungen
Feeding or Eating Disorders	Fütter- oder Essstörungen
Gaming Disorder	Computerspielsucht
Gender Incongruence	Geschlechtsinkongruenz
Hoarding Disorder	Pathologisches Horten
Impulse Control Disorders	Störungen der Impulskontrolle
International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision (ICD-11)
Intermittent Explosive Disorder	Intermittierende explosive Störung
Mental Behavioral and Neurodevelopmental Disorders (MDBND)	Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
Mental or Behavioural Disorders Associated With Pregnancy, Childbirth, or the Puerperium	Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
Mood Disorders	Affektive Störungen
Neurocognitive Disorders	Neurokognitive Störungen
Neurodevelopmental Disorders	Neuronale Entwicklungsstörungen
Obsessive-Compulsive or Related Disorders	Zwangsstörung oder verwandte Störungen
Olfactory Reference Disorder	Eigengeruchswahn
Paraphilic Disorders	Paraphile Störungen
Personality Disorders and Related Traits	Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale
Postcoordination	Poskoordination
Premenstrual Dysphoric Disorder	Prämenstruelle dysphorische Störung
Prolonged Grief Disorder	Anhaltende Trauerstörung
Psychological or Behavioural Factors Affecting Disorders or Diseases Classified Elsewhere	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders	Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen
Secondary Mental or Behavioural Syndromes Associated With Disorders or Diseases Classified Elsewhere	Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
Stem Code	Primärkode
Trichotillomania	Trichotillomanie

optionen für Störungsbilder mit Reizbarkeit kritisch betrachtet werden (Leibenluft et al., im Druck).

Auch bei der neu in die ICD-11 integrierten *Intermittent Explosive Disorder* spielt Reizbarkeit eine zentrale Rolle (Leibenluft et al., im Druck). Die *Intermittent Explosive Disorder* wird den *Impulse Control Disorders* zugeordnet. Kernsymptom ist das Vorliegen eines Musters, das durch wiederkehrende, kurze und explosive Episoden gekennzeichnet ist. Im Zuge dieser Episoden kommt es zu verbaler oder körperlicher Aggression. Die Diagnose gilt nur bei Personen, die mindestens sechs Jahre alt sind. Typisch für die Episoden ist, dass die Intensität des Ausbruchs bzw. der Grad der Aggressivität in keinem Verhältnis zur Provokation oder dem auslösenden psychosozialen Reiz stehen. Zudem sollen die Ausbrüche nicht auf Planungen beruhen, sondern klar reizreaktiv sein und deswegen keinen funktionalen Wert haben. Übrigens wird bereits in der ICD-10 eine Störung mit intermittierend auftretender plötzlicher Reizbarkeit erwähnt. Dabei handelt es sich um eine Alternativbezeichnung für sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle.

Premenstrual Dysphoric Disorder**

Die *Premenstrual Dysphoric Disorder* stellt eine Symptomkonstellation dar, die einige Tage vor Einsetzen der Menses beginnt, sich innerhalb weniger Tage bessert und im Verlauf einer Woche wieder abklingt. Die Konstellation setzt sich aus mindestens einem affektiven Merkmal (z. B. Affektlabilität, Reizbarkeit, deprimierte Stimmung oder Angst) und mindestens einem somatischen oder kognitiven Merkmal (z. B. Gelenkschmerz, angeschwollene Extremitäten, Vergesslichkeit oder Konzentrationseinschränkungen) zusammen. Nur wenn die Symptomatik während der meisten Menstruationszyklen innerhalb eines Jahres auftritt, soll die Diagnose vergeben werden. Die *Premenstrual Dysphoric Disorder* wird von subklinischen Regelbeschwerden durch die Ausprägung der Belastung, den hohen Leidensdruck und die Funktionseinschränkungen unterschieden (Reed et al., 2019).

Zwischenfazit

Wir befinden uns in einer Übergangsphase, deren Dauer nicht feststeht. Das Gesundheitssystem ist in seiner Gänze betroffen; die Umstellung auf die ICD-11 wird Zeit in Anspruch nehmen. Dennoch prägt die ICD-11 längst unseren Alltag. Viele der neu aufgeführten Diagnosen sind bereits aus dem DSM-5 bekannt. Einige von ihnen gehören schon jetzt zum Standardspektrum der Störungen, auf die wir in der täglichen Praxis treffen. Zahlreiche Diagnosen, die nicht dem MBND-Kapitel zugeordnet sind, fallen in unseren Expertisebereich. Hierzu zählen *Schlafstörungen*, *chronifizierter Schmerz*, *Gender Incongruence* sowie die *sexuellen Funktions- und Schmerzstörungen*. Eine kapitelbezogene Zuständigkeitsbeschränkung ist nicht zielführend (Velten & Özdemir, 2023).

Trotz einer breiten Forschungsbefundlage, die signalisiert, dass Psychopathologien eher dimensional zu verstehen sind (Haslam et al., 2012), wird der kategoriale Ansatz in der ICD-11 größtenteils beibehalten. Neu ist die umfangreiche Zurverfügungstellung von Spezifiern zur Präzisierung individueller Symptomatiken. Welchen Stellenwert kategoriale Herangehensweisen zukünftig haben werden, wird sich zeigen. Auch wenn nicht davon auszugehen ist, dass durch das HiTOP-Modell alle Probleme klinisch psychologischer Diagnostik gelöst werden können, stellt es eine vielversprechende Alternative dar (DeYoung et al., 2022).

** zu den mit Sternchen gekennzeichneten Störungen sind im Psychotherapeutenjournal bereits folgende Fachartikel erschienen:

Olfactory Reference Disorder: Anja Grochowski: Die Olfaktorische Referenzstörung: Eine „neue“ Störung des Zwangsspektrums. *Psychotherapeutenjournal* 1/2022, 18–23.

Hoarding Disorder: Anne Katrin Kütz: Pathologisches Horten als neue Diagnose in der ICD-11: Charakteristika und Behandlung. *Psychotherapeutenjournal* 2/2021, 126–133.

Prolonged Grief Disorder: Franziska Lechner-Meichsner: Anhaltende Trauerstörung: Merkmale, Diagnostik und Therapie einer neuen Diagnose in der ICD-11. *Psychotherapeutenjournal* 3/2022, 271–279.

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Andrea S. Hartmann: Die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Eine neue Diagnose in der Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ der ICD-11. *Psychotherapeutenjournal* 2/2021, 134–143.

Gaming Disorder: Katharina Leo & Katajun Lindenberg: Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose. *Psychotherapeutenjournal* 1/2021, 6–13.

Compulsive Sexual Behaviour Disorder: Charlotte Markert, Sarah Golder & Rudolf Stark: Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als neue ICD-11-Diagnose: Diagnostik und Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 1/2022, 24–30.

Premenstrual Dysphoric Disorder: Sibel Nayman, Isabelle F. Schrickler & Christine Kühner: Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS): Eine neue Diagnose in der ICD-11. *Psychotherapeutenjournal* 2/2022, 138–147.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> [01.02.2024].

Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E. & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18 (2), 72–145.

DeYoung, C. G., Kotov, R., Krueger, R. F., Cicero, D. C., Conway, C. C., Eaton, N. R. et al. (2022). Answering questions about the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): Analogies to whales and sharks miss the boat. *Clinical Psychological Science*, 10 (2), 279–284.

Gaebel, W., Stricker, J. & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22 (1), 7–15.

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M. et al. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126 (4), 454.

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

Reed, G. M. (2023). Development and Innovation in on and the Mental, Neurodevelopmental ICD-11 Behavioural Chapter. *Making Sense of the ICD-11: For Mental Health Professionals*, 5.

Sievers, C. (2021). ICD-11: Mehr als nur ein Update. *Gesundheitswesen Aktuell*, 96–124.

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

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/> [01.02.2024].



Alex Hartig

a.hartig023@freenet.de

Alex Hartig ist Psychologischer Psychotherapeut, lebt in Hamburg, ist als Supervisor und Dozent tätig und arbeitet zudem für die Beratungsstelle NaSowas in Lübeck. Die Beratungsstelle NaSowas gehört zum Jugendnetzwerk lambda::nord e. V., das sich für die Belange junger queerer Menschen einsetzt.

Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen und anderen Berufsgeheimnisträger*innen

Christof Radewagen

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird die Rolle der in § 4 Abs. 1 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) genannten Berufsgeheimnisträger*innen (z. B. Psychotherapeut*innen) bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung beleuchtet und ein mögliches fachliches Vorgehen zur Einschätzung und Abwendung einer Kindeswohlgefährdung beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf der Gewichtung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung, einschließlich der Einschätzung des Gefährdungsrisikos, und einem partizipativen Vorgehen zum Schutz eines Kindes. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die einschlägigen datenschutzrechtlichen Grundlagen im Kinderschutz.

Zum Begriff der Kindeswohlgefährdung mit Schutzauftrag

Mit einem humanistisch geprägten Ansatz geht die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland davon aus, dass Eltern die am besten geeigneten Unterstützer*innen, Beschützer*innen, Förderer*innen und Vertrauenspersonen sind, die es für ihre Kinder¹ geben kann. Entsprechend haben sie über Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG auch das Recht und die Pflicht, ihre Kinder zu pflegen und zu erziehen. Das in Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG beschriebene staatliche Wächteramt steht hinter diesem Elternrecht zurück. Es greift jedoch immer dann, wenn Eltern nicht bereit bzw. in der Lage sind, ihrer Elternverantwortung nachzukommen und dies in der Konsequenz zu einer nachhaltigen Gefahr für das körperliche, geistige oder seelische Wohl ihres Kindes führt (BVerfG, Beschl. v. 17.02.1982, 1 BvR 188/80, BVerfGE 60, 79 (91)). Kindeswohlgefährdung mit Schutzauftrag markiert insofern die Interventionsschwelle in das verfassungsrechtlich geschützte Elternrecht. Voraussetzung ist allerdings, dass eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen, seelischen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist (BGH FamRZ 1956, 350 = NJW 1956, 1434, und BGH, Beschl. v. 23.11.2016, XII ZB 149/16, BGHZ 213, 107–120) und die Eltern unwillig und/oder unfähig sind, diese Gefahr abzuwenden. An die Wahrscheinlichkeit des Schadeneintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt (BGH, 23.11.2016, XII ZB 149/16). Liegt eine solche Kindeswohlgefährdung vor, hat

das Familiengericht gem. § 1666 Abs. 1 BGB Maßnahmen zu treffen, die zur Gefahrenabwehr erforderlich sind. Dazu zählt neben verschiedenen Geboten und Verboten auch der teilweise oder vollständige Entzug der elterlichen Sorge (PK-SGB VIII, Möller/Radewagen, 2022, § 8a, Rn. 2).

Zu den Aufgaben des Jugendamtes im Kinderschutz

Als Teil der staatlichen Gemeinschaft hat auch das Jugendamt gem. § 1 Abs. 3 Satz 3 SGB VIII die Aufgabe, Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Wie dies konkret zu erfolgen hat, regelt u. a. § 8a SGB VIII und unterstreicht damit noch einmal den gesetzlichen Schutzauftrag des Jugendamtes. Danach hat es bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen² und im Gefährdungsfall zum Schutz des Kindes tätig zu werden. Dies hat vorrangig durch Einbeziehung und bestenfalls mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten, im Notfall aber auch gegen ihren Willen zu geschehen. Zum Gefahrenabwehr-Repertoire des Jugendamtes zählt u. a., den Betroffenen erforder-

¹ Der Begriff „Kind“ beschreibt gem. Art. 1 UN-Kinderrechtskonvention jeden Menschen, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

² Die Zahl der in Jugendämtern bundesweit durchgeführten Gefährdungseinschätzungen ist 2022 im Vergleich zu 2013 um über 70 % auf 203.717 Beratungen gestiegen. Bei ca. einem Drittel der Fälle wurde nach der Beratung eine latente (14,2 %) oder akute (16,4 %) Kindeswohlgefährdung festgestellt. Für ein weiteres Drittel wurde zwar keine Kindeswohlgefährdung, wohl aber ein (weiterer) Hilfebedarf erkannt (33,8 %). Im verbleibenden Drittel sind die Fachkräfte zur Einschätzung gekommen, dass keine Gefährdung vorliegt und kein weiterer Hilfebedarf besteht (35,6 %) (Statistisches Bundesamt, 2022, S. 5 f.).

derliche und geeignete Hilfen anzubieten, ein Kind in Obhut zu nehmen bzw. das Familiengericht anzurufen, sofern es sein Tätigwerden für erforderlich hält.

Strukturiertes Vorgehen durch Psychotherapeut*innen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Auch wenn im Kinderschutz das Jugendamt zusammen mit dem Familiengericht in einer Art primären Verantwortungsgemeinschaft (OLG Koblenz, Beschl. v. 11.06.2012 – 11 UF 266/12) steht, ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Sowohl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen als auch Psychologische Psychotherapeut*innen bekommen über eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Patient*innen zum Teil tiefgehende Einblicke in den familiären Alltag. Sie erhalten darüber auch erste Anhaltspunkte, die darauf hinweisen, dass ein Kind in Gefahr ist, da es sich z. B. sehr zurückzieht, selbst verletzt oder Suizidgedanken äußert bzw. seine Erziehungsberechtigten nicht in der Lage zu sein scheinen, es in einem Mindestmaß körperlich, seelisch/emotional zu versorgen, in seiner sozialen oder kognitiven Entwicklung zu fördern bzw. vor Gefahren zu schützen.

Bei der Bewertung von komplexen, ungenauen oder (scheinbar) offensichtlichen Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung ist immer der Grundsatz der kausalen Diffusität hinsichtlich vegetativer und psychischer Symptome Minderjähriger zu beachten. Das bedeutet konkret, dass bei einem Kind anzutreffende Symptome, die auf schwere psychische Probleme verweisen, zunächst einmal dahingehend untypisch sind, ob es vernachlässigt, körperlich misshandelt oder sexuell missbraucht wird/wurde oder an hirnorganischen Erkrankungen leidet. Selbes gilt für Erziehungsberechtigte, die unter starken seelischen Belastungen oder psychischen Störungen leiden. Ob sich aus solchen oder ähnlichen Symptomen eine konkrete Gefährdung für durch sie versorgte Minderjährige ableitet, kann nicht pauschal bestimmt werden. Insofern ist es fachlich geboten, der Individualität eines jeden Einzelfalls Rechnung zu tragen und genau zu überprüfen, ob das Kind durch ein Handeln/Nichthandeln seiner Erziehungsberechtigten gefährdet ist. In der Praxis ist das nicht immer leicht zu erkennen und bedarf neben fachlicher, auch zeitlicher Ressourcen. Hinzu kommt, dass Fachkräfte, wie z. B. Psychotherapeut*innen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit der strafrechtlich relevanten Schweigepflicht gem. § 203 StGB unterliegen, oftmals vor der Frage stehen, wie sie bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung zu verfahren haben, um einerseits den Verdacht abklären und Minderjährige bei Bedarf schützen zu können, andererseits dabei nicht die ihnen anvertrauten Privatgeheimnisse zu verletzen und sich darüber

ggf. strafbar zu machen. Das alles kann zu Unsicherheiten im Helfer*innensystem führen, was wiederum den Schutz eines Kindes verzögern und seine Gefahrensituation weiter verlängern kann.

Um dem entgegenzuwirken, wurde zum 1. Januar 2012 das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) eingeführt. Über die in § 4 KKG (siehe Abb. 1 auf S. 18) beschriebene Regelung soll den in § 4 Abs. 1 KKG genannten Berufsgeheimnisträger*innen (u. a. Psychotherapeut*innen) in Kinderschutzfällen Handlungssicherheit gegeben werden. Als eine Art Checkliste konstruiert, beschreibt die Vorschrift das fachlich gebotene Vorgehen im Kinderschutz. Danach ist bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung zunächst zu sondieren, ob es sich dabei um gewichtige Anhaltspunkte handelt. Diese liegen vor, wenn mit einigem Gewicht davon auszugehen ist, dass ein Kind durch das Handeln/Nichthan-

— Berufsgeheimnisträger*innen haben gegenüber dem Jugendamt Anspruch auf Beratung durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft.

deln seiner Erziehungsberechtigten körperlich, geistig oder seelisch hinreichend wahrscheinlich einer erheblichen Gefahrensituation ausgesetzt ist. Sofern dies nicht auszuschließen ist, ist in einem nächsten Schritt einzuschätzen, welchem Gefährdungsrisiko das Kind ausgesetzt ist. Sowohl für den Prozess der Gewichtung als auch für die Gefährdungseinschätzung haben Berufsgeheimnisträger*innen gem. § 4 Abs. 2 Satz 1 KKG gegenüber dem Jugendamt Anspruch auf Fachberatung durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft. Das Jugendamt wiederum ist gem. § 8b Abs. 1 SGB VIII verpflichtet, diesen Beratungsanspruch zu erfüllen.

Die Aufgaben der insoweit erfahrenen Fachkraft liegen in erster Linie darin, die Handlungssicherheit von Berufsgeheimnisträger*innen, wie z. B. Psychotherapeut*innen, in Kinderschutzfällen zu erhöhen und sie dahingehend zu beraten, ob bei dem von ihnen eingebrachten Fall gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen bzw. sie dabei zu unterstützen, das hinreichend wahrscheinlich Gefährdungsrisiko eines Kindes einzuschätzen. Damit sie diese Aufgaben erfüllen kann, ist organisatorisch und strukturell seitens des Jugendamtes sicherzustellen, dass ein den Berufsgeheimnisträger*innen bekannter Pool geeigneter Kinderschutzfachkräfte niederschwellig und zeitnah erreichbar ist.

Die Eignung einer insoweit erfahrenen Fachkraft ergibt sich nicht allein aus ihrer Tätigkeit im Praxisfeld der Kinder- und Jugendhilfe, ihrer Profession oder einem spezifischen Zertifikat. Vielmehr hat sie neben der Erfüllung des Fachkräftegebotes gem. § 72 SGB VIII und der Sicherstellung, nicht wegen einer

der in § 72a SGB VIII genannten Straftaten verurteilt worden zu sein, über einen profunden kinderschutzspezifischen Erfahrungs- und Wissensschatz zu verfügen. So sollte sie z. B. zum einen in der Lage sein, unter Berücksichtigung der im System verfügbaren Ressourcen und Risikofaktoren, die Gefährdungssituation eines Kindes umfassend und differenziert zu erfassen und sie mit der (eingeschränkten) Erziehungsfähigkeit seiner Erziehungsberechtigten in Beziehung zu setzen. Den besonderen Schutzbedürfnissen von Kindern mit Beeinträchtigung/Behinderung hat sie dabei ebenso Rech-

nung zu tragen wie den Schutzbedürfnissen anderer vulnerabler Gruppen, wie z. B. Säuglingen. Zum anderen sollte sie auch über besondere Fach- und Persönlichkeitskompetenzen verfügen, wie z. B. eine mindestens dreijährige Berufserfahrung im Bereich des Kinderschutzes, Erfahrungen und Kompetenzen in der Beratung von Fachkräften zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos, Beratungserfahrungen mit Erziehungsberechtigten und Kindern, das Wissen um Dynamiken in Familiensystemen und die Wirksamkeit von Hilfeformen, eine persönliche Belastbarkeit sowie eine sachliche Urteilsfähigkeit (LWL-Landesjugendamt Westfalen und LVR-Landesjugendamt Rheinland, 2014; PK-SGB VIII, Möller/Radewagen, 2022, § 8a, Rn. 42).

Wird eine insoweit erfahrene Kinderschutzfachkraft zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung hinzugezogen, können ihr hierfür gem. § 4 Abs. 2 KKG alle erforderlichen Daten anonymisiert oder pseudonymisiert übermittelt werden. Das Anonymisieren bzw. Pseudonymisieren von personenbezogenen Daten heißt dabei allerdings nicht, nur den Namen der Betroffenen wegzulassen. Anonymisiert sind personenbezogene Daten vielmehr nur dann, wenn die betroffene Person nicht oder nicht mehr identifiziert werden kann. Werden personenbezogene Daten anonymisiert, fallen sie nicht unter den Schutzbereich der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO, Erwägungsgrund 26). Pseudonymisiert sind personenbezogene Daten gem. Art 4 Nr. 5 DS-GVO immer dann, wenn sie ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifisch betroffenen Person zuzuordnen sind (Radewagen, 2023, S. 54 f.).

Im Zusammenwirken mit der hinzugezogenen Kinderschutzfachkraft kann und sollte auch beraten werden, ob und, wenn ja, wie im Fall einer Kindeswohlgefährdung die Situation mit den betroffenen Personen erörtert werden kann und wie sie insbesondere zur Annahme von



Abbildung 1: Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gem. § 4 KKG

ggf. zur Gefährdungsabwendung erforderlichen Hilfeangeboten bewegt werden können.

Ist eine Einbeziehung der Betroffenen erfolglos, da man keinen Kontakt zu ihnen bekommt bzw. sie keinerlei Problemeinsicht und Kooperationsbereitschaft hinsichtlich der Gefahrenabwehr entwickeln bzw. würde ihre Einbeziehung die Gefährdungssituation für Minderjährige erhöhen, sind Berufsheimnisträger*innen gem. § 4 Abs. 3 KKG befugt, dem Jugendamt alle Informationen zu übermitteln, die zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos und zur Gefahrenabwehr erforderlich sind. Das schließt auch Informationen ein, die unter den Schutzbereich von § 203 StGB fallen. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, sofern der wirksame Schutz eines Kindes dadurch nicht infrage gestellt wird. Voraussetzung für die Datenübermittlung an das Jugendamt ist jedoch, dass sein Tätigwerden zur Gefahrenabwehr zwingend erforderlich ist.

Gewichtung der Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung

Für einen effektiven Kinderschutz ist es erforderlich, bereits ersten Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung nachzugehen und möglichst präzise herauszuarbeiten, ob es sich dabei um gewichtige Anhaltspunkte handelt.

Um hierzu eine fachlich fundierte und darüber hinaus rekonstruierbare Aussage treffen zu können, ist zunächst die Situation des Kindes genauer zu beschreiben und dabei herauszuarbeiten, was konkret auf eine Kindeswohlgefährdung hinweist. Da dieser Prozess sehr komplex sein kann, sollten Berufsheimnisträger*innen bereits hier von ihrem in § 4 Abs. 2 KKG beschriebenen Anspruch auf Beratung durch eine Kinderschutzfachkraft gegenüber dem Jugendamt Gebrauch machen.

Für eine präzise Situationserfassung ist es ratsam, zwischen folgenden Situationen eines Kindes zu unterscheiden und einzelne Gefährdungshinweise entsprechend zuzuordnen:

- **Körperliche Situation/Sinneswahrnehmung**, z. B.: Zeigt das Kind Krankheitsanfälligkeit, Hinweise auf eine Mangelernährung, nicht-akzidentelle Verletzungen, wiederholte Unfälle mit ernsthaften Verletzungen, besteht altersuntypisches Einnässen/Einkoten, treten Entzündungen, Rötungen oder andere Hinweise auf eine defizitäre Pflegesituation in Erscheinung, hat das Kind eingeschränkte Möglichkeiten zur Sinneserfahrung etc.?
- **Seelische/emotionale Situation**, z. B.: Ist das Kind unruhig, schreit es viel, ist es aggressiv, zeigt es selbstverletzendes Verhalten, ist es apathisch, zurückgezogen, leidet es unter Schlafstörungen, äußert es Suizidgedanken, konsumiert es Drogen, Alkohol, Zigaretten, erhält es keine Unterstützung für eine altersentsprechende Persönlichkeitsentwicklung, befindet es sich in Loyalitätskonflikten etc.?

- **Geistige Situation**, z. B.: Weist das Kind eine Verzögerung der sensorischen, kognitiven und/oder kommunikativen Entwicklung auf, zeigt es kein altersangemessenes Spiel, ist es teilleistungsgestört, ist es schulisch überfordert, hat es keinen Zugang zu Bildungsangeboten etc.?
- **Sozialverhalten**, z. B.: Zeigt das Kind Furcht vor seinen Bindungspersonen, ist es distanzlos gegenüber Fremden, weicht es Bindungspersonen nicht von der Seite, ist es aggressiv, legt es rücksichtsloses Verhalten an den Tag, kann es sich nicht in Gleichaltrigengruppen einfügen, hat es ein problematisches Medien- oder Sexualverhalten, hat es kaum/keine Beziehungen zu Peers, darf es keine Wünsche äußern etc.?
- **Interaktion der Erziehungsberechtigten mit dem Kind**, z. B.: Schenken die Erziehungsberechtigten dem Kind kaum Aufmerksamkeit, findet kaum Körperkontakt statt, werden kindliche Bedürfnisse nur unzureichend wahrgenommen, weist die Erziehung unzureichend Struktur/Leitung bzw. Regel- und Wertevermittlung auf, fehlt ein strukturierter Tagesablauf, werden keine genügenden Spielmöglichkeiten geboten, geben die Erziehungsberechtigten keine verbalen Anregungen/Ermutigungen bzw. Hilfestellungen zur Lernförderung etc.?
- **Versorgungssituation**, z. B.: Weist das Kind eine mangelhafte Ernährung oder Körperpflege auf, fehlt ein Schlafplatz, wird das Kind in potenziellen Gefahrensituationen nur unzureichend beaufsichtigt, bestehen Mängel in der medizinischen Versorgung, in der Verfügbarkeit/Anwendung erforderlicher Hilfsmittel bzw. medizinischer Geräte, im Schutz vor Gewalt und Bedrohungen, bieten sich lediglich eingeschränkte Möglichkeiten zu sozialen Kontakten außerhalb der Familie, werden keine geeigneten Förder-, Pflege- und Therapieprogramme in Anspruch genommen etc.?

Nachdem ein möglichst konkretes Bild von der Gefährdungssituation des Kindes entstanden ist, ist in einem nächsten Schritt zu überprüfen, ob diese auf eine fehlende bzw. unzureichende unterstützende Haltung Erziehungsberechtigter zur Entwicklung ihres Kindes hin zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit oder/und einen Mangel an Erziehungskompetenzen zurückzuführen sind. Aus der strukturierten Verbindung dieser Informationen mit der individuellen Situation eines Kindes lassen sich rekonstruierbare Rückschlüsse auf das kompetente Erziehungsverhalten Erziehungsberechtigter und ihre Erziehungsfähigkeit³ ableiten. Der Begriff der Erziehungsfähigkeit wird in diesem Zusammenhang also als Komplementärbegriff zur Kindeswohlgefährdung verstanden und entsprechend aus einer Erziehungsunfähigkeit auf eine Kindeswohlgefährdung geschlossen (Kindler et al., 2006, S. 61 ff.).

Auch wenn im deutschsprachigen Raum kein Verfahren existiert, das explizit benennt, wie Erziehungsfähigkeit zu messen

³ Das Beschreiben von Erziehungsfähigkeit im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung kann an dieser Stelle nur verkürzt erfolgen.

ist (Zumbach & Oster, 2021, S. 47), gibt es gleichwohl Indikatoren, die zur Beschreibung der Erziehungsfähigkeit herangezogen werden können. Hierfür ist in einem ersten Schritt herauszuarbeiten, inwieweit Erziehungsberechtigte über

1. **kindbezogene Kompetenzen** (das bedeutet, Erziehungsberechtigte müssen hinreichend in der Lage sein, dem Kind Zuneigung zu zeigen, für kindliche Bedürfnisse und Nöte empfänglich sein, kindliche Entwicklungspotentiale erkennen und zu deren Verwirklichung beitragen, die kindliche Kompetenzentwicklung unterstützen etc.),
2. **selbstbezogene Kompetenzen** (Erziehungsberechtigte müssen über die Fähigkeit/Bereitschaft verfügen, sich Wissen über Kinder und ihre Entwicklung bzw. den Umgang mit ihnen anzueignen, sich und ihre Handlungen reflektieren, Entwicklungsziele für die Kinder klären/begründen, unangenehme Emotionen kontrollieren, beim Handeln die Kinderperspektive berücksichtigen etc.),
3. **handlungsbezogene Kompetenzen** (Erziehungsberechtigte müssen Vertrauen in ihr Handeln haben, verlässlich sein, für das Kind sicher und durchschaubar handeln, aber: Flexibilität und Bereitschaft zeigen, ihr Handeln an neue Gegebenheiten anzupassen etc.) und
4. **kontextbezogene Kompetenzen** (umfasst u. a. die Fähigkeit und Bereitschaft von Erziehungsberechtigten, Minderjährigen Möglichkeiten zu Erfahrungsgewinn und zu eigenständigem Handeln zu eröffnen)

verfügen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 13 f.).

Innerhalb dieser vier Kompetenzbereiche kann jeweils eine Binnendifferenzierung vorgenommen werden, um die zur Verfügung stehenden Informationen (z. B. das beobachtete Handeln/Nichthandeln) dahingehend auszuwerten, ob die Erziehungsberechtigten in ausreichendem Maße über

1. **Beziehungsfähigkeit** (z. B. Empathie, Emotionalität, Zuneigung, Liebe etc.),
2. **Interaktions-/Kommunikationsfähigkeit** (z. B. Fähigkeit zum Zuhören, Miteinanderreden, Erzählen, Beobachten, angemessenen Reagieren etc.),
3. **Leitungsfähigkeit** (z. B. Fähigkeit darin, Absprachen zu treffen, eindeutige Regeln zu setzen, Kontakt zum Kind zu halten, konsequent zu sein, negative Verstärkung bei unangemessenem Verhalten zu vermeiden etc.),
4. **Förderfähigkeit** (z. B. Fähigkeit zu einer ausreichenden und angemessenen Ermutigung und Unterstützung, zu einer positiven Verstärkung, zum Setzen klarer Anforderungen, Übertragen von Aufgaben/Verantwortung auf das Kind etc.),
5. **Vorbildfähigkeit** (z. B. Selbstdisziplin, Reflexion des eigenen Handelns, Selbstkontrolle bei unangenehmen Emotionen, Impulskontrolle etc.) und
6. **Alltagsmanagementfähigkeit** (z. B. Versorgung, Pflege, Organisation von Haushalt/Essen/Einkauf, Strukturierung und Ritualisierung etc.)

verfügen oder aber ob die Gefährdungssituation Minderjähriger auf unzureichende Fähigkeiten in diesen Bereichen zurückzuführen ist (Petermann & Petermann, 2006, S. 2; Zumbach & Oster, 2021, S. 40 f.).

Ein Kernaspekt der in der Literatur beschriebenen Definition von Erziehungsfähigkeit ist die Fähigkeit Erziehungsberechtigter, elementare Grundbedürfnisse Minderjähriger anzuerkennen und in einem Mindestmaß zu erfüllen (Zumbach & Oster, 2021, S. 40). Das bedeutet, ihren

- **körperlichen Bedürfnissen** (Essen, Trinken, Ausscheidungen, Schlaf, Wach-Ruhe-Rhythmus, Zärtlichkeit, Körperkontakt etc.),
- **Schutzbedürfnissen** (Schutz vor Gefahren, vor Krankheiten, vor Unbill des Wetters, vor materiellen Unsicherheiten etc.),
- **Bedürfnissen nach Wertschätzung** (bedingungslose Anerkennung als seelisch und körperlich wertvoller Mensch, seelische Zärtlichkeit, Unterstützung der aktiven Liebesfähigkeit, Anerkennung als autonomes Wesen etc.),
- **Bedürfnissen nach Anregung, Spiel und Leistung** (Förderung der natürlichen Neugierde, Anregungen und Anforderungen, Unterstützung beim Erleben und Erforschen der Umwelt etc.) und
- **Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung** (Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensängsten, Entwicklung eines Selbstkonzeptes, Unterstützung der eigenständigen Durchsetzung von Bedürfnissen und Zielen, Bewusstseinsentwicklung etc.)

hinreichend nachzukommen (Schmidtchen, 1989, S. 104 ff.). Eine eingeschränkte Erziehungsfähigkeit zeigt sich also daran, dass ein Kind aufgrund unzureichend erfüllter Grundbedürfnisse (das auf ein Handeln/Nichthandeln seiner Erziehungsberechtigten) in eine erhebliche Gefahrensituation gerät.

Insgesamt lässt sich aus der ganzheitlichen Beschreibung elterlichen Handelns/Nichthandelns und dessen Auswirkungen auf die Situation Minderjähriger fachlich beschreiben, ob die Gefährdungssituation eines Kindes auf eine eingeschränkte Erziehungsfähigkeit seiner Erziehungsberechtigten zurückzuführen ist, da diese nur unzureichend die Fähigkeit haben,

- die Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher **Versorgung und Schutz** zu erfüllen,
- dem Kind als stabile und **positive Vertrauensperson** zu dienen,
- dem Kind ein Mindestmaß an **Regeln und Werten** zu vermitteln und
- einem Kind grundlegende **Lernchancen** zu eröffnen (Kindler et al., 2006, S. 62 f.).

Zusätzlich zu den Informationen zur Erziehungsfähigkeit sind die im System bekannten Risikofaktoren (wie z. B. die soziale, materielle oder familiäre Situation) und ihre zu erwartenden Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit bzw. Situation Min-



SITUATION DER*DES MINDERJÄHRIGEN
(FOLGE EINES BEDÜRFNISMANGELS)

- Körperliche Situation/Sinneswahrnehmung**
Krankheitsanfälligkeit • Fehlnahrung • nicht-akademische Verletzung(en) • wiederholte Unfälle mit ernsthaften Verletzungen • altersuntypisches Einmüssen/Einkoten • Entzündungen • Rötungen • defizitäre Pflegesituation • Anzeichen für Dekubitus • eingeschränkte Möglichkeiten zur Sinneserfahrung • etc.
- Seelische/emotionale Situation**
Unruhig • schreit viel • aggressiv • selbstverletzendes Verhalten • apathisch • zurückgezogen • Schlafstörungen • äußert Suizidgedanken • konsumiert Drogen, Alkohol, Zigaretten • Identitätskonflikt zwischen eigenen Vorstellungen und Erwartungen der EZB • isoliert • lautert eindringlich • keine Unterstützung einer alterssprechenden Persönlichkeitsentwicklung • Loyalitätskonflikte • etc.
- Geistige Situation**
Verzerrung der sensorischen, kognitiven und/oder kommunikativen Entwicklung • kein altersangemessenes Spiel • schulische Überforderung • teilleistungsgestört • kein Zugang zu Bildungsangeboten • etc.
- Sozialverhalten**
Furcht vor Bindungspersonen • distanzlos gegenüber Fremden • weicht Bindungspersonen nicht von der Seite • aggressiv/rücksichtsloses Verhalten • kann sich nicht in Gleichaltrigengruppen einfügen • keine positive Freundschaft • Opfer von Mobbing und Ausgrenzung • problematisches Medien-, Sexualverhalten • Weglaufen • unregelmäßiger Schulbesuch • kaum/keine Beziehungen zu Peers • darf keine Wünsche äußern • etc.
- Interaktion der EZB mit der*dem Minderjährigen**
Keine Aufmerksamkeit • kein Körperkontakt • keine Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse • keine Leitung/Struktur in der Erziehung • unzureichende Spielmöglichkeiten • kein strukturierter Tagesablauf • keine verbalen Anregungen • keine Ermunterungen • keine Lernförderung • keine Regeln und Wertevermittlung • keine Unterstützung der Autonomieentwicklung • Ablehnung/Verleumdung der Beeinträchtigung/Behinderung • „Minderjährige“ wird in den familiären Alltag nicht mit einbezogen bzw. nimmt nur passiv teil • keine angemessenen und interaktiven Spielangebote • Verweigerung sozialer Teilhabe • etc.
- Versorgungssituation**
Ernährung • Kleidung • Schlafplatz • Körperpflege • Aufsicht vor Gefahren • medizinische Versorgung • Schutz vor Gewalt • kein adäquates Spielmaterial • keine Verfügbarkeit/Anwendung geeigneter Hilfsmittel bzw. medizinischer Geräte • Ablehnung/Nichtverfügbarkeit erforderlicher Unterstützungsnetzwerke • eingeschränkte Möglichkeit zu sozialen Kontakten außerhalb der Familie • keine geeigneten Förder-, Pflege und Therapieprogramme • keine erforderliche Barrierefreiheit im Wohnraum • etc.

Folgen mangelnder Erziehungsfähigkeit und Bedürfnisvernachlässigung

SITUATION DER (EINGESCHRÄNKTE/ FEHLENDE) ERZIEHUNGSFÄHIGKEIT	(MANGELNDE) ERFÜLLUNG DER GRUNDBEDÜRFNISSE VON MINDERJÄHRIGEN NACH SCHMIDTCHEN	GEFÄHRDUNGSMERKMALE	PROGNOSE (behinderungsriskio)
<ol style="list-style-type: none"> Fähigkeit, Bedürfnisse Minderjähriger nach Schutz und Versorgung erfüllen zu können Fähigkeit, Minderjährigen als stabile und positive Vertrauensperson dienen zu können Fähigkeit, Minderjährigen ein Mindestmaß an Regeln/Werten vermitteln zu können Fähigkeit, Minderjährigen grundlegende Lernchancen eröffnen zu können 	<ol style="list-style-type: none"> Körperliche Versorgung Essen • Trinken • Ausscheidungen • Schlaf • Wach-Ruhe-Rhythmus • Zärtlichkeit • Körperkontakt • etc. Schutz Schutz vor Gefahren • vor Krankheiten • vor Unfällen des Welters • vor materiellen Unsicherheiten • etc. Wertschätzung bedingungslose Anerkennung als seelisch und körperlich wertvoller Mensch • seelische Zärtlichkeit • Unterstützung der aktiven Liebesfähigkeit • Anerkennung als autonomes Wesen • etc. Anregung, Spiel und Leistung Förderung der natürlichen Neugierde • Anregungen und Anforderungen • Unterstützung beim Erleben und Erforschen der Umwelt • etc. Selbstverwirklichung Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensängsten • Entwicklung eines Selbstkonzeptes • Unterstützung der eigenständigen Durchsetzung von Bedürfnissen und Zielen • Bewusstseinsentwicklung • etc. 	<ol style="list-style-type: none"> Misshandlung körperliche • emotionale Sexualisierte Gewalt Vernachlässigung Körperliche Vernachlässigung durch Missachtung körperlicher Grundbedürfnisse (Schutz, Schlaf, Pflege, Hygiene etc.) • unzureichende Ernährung (Hunger, Fehlnahrung, nicht-organische Gedenstörung etc.) • erhe unzureichende med. Versorgung • etc. Seelisch/emotionale Vernachlässigung durch einen Mangel an Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit, Bindung • einen Mangel an Interaktion, Kommunikation • fehlende Wertschätzung von Ängsten, Belastungen der des Minderjährigen • unzureichende Verlässlichkeit in der Beziehung • unsichere Lebensbedingungen • Erwachsenenkonflikte um die Minderjährigen • etc. Geistige Vernachlässigung durch einen Mangel an Anregung, Förderung, Bildung • einen Mangel an Interaktion, Kommunikation • etc. Soziale Vernachlässigung durch einen Mangel an Schutz vor Gefahren des Alltags, Gefahrenquellen im Haushalt • unzureichende Regeln, Werte • einen Mangel an Schutz, Obdach (Ausstich) • permissives Verhalten bei Verstößen gegen Regeln, Werte • unzureichende Förderung der Entwicklung, Selbständigkeit, sozialer Kompetenzen • einen Mangel an sozialer Teilhabe, Beziehungserfahrungen, Kommunikation • etc. Pränatale Vernachlässigung durch durch schädigenden Alkohol-, Drogen- und/oder Nikotinkonsum während der Schwangerschaft Autonomiekonflikte einengende Regelvorgaben • einengende Pflichten • einengende Erwartungen (z.B. Heirat) • keine Aneignung einer Unterstützung nach Abkündigung Eigenständigkeit/Selbstwirksamkeit/Freiraum/Exploration • etc. 	
<p>RISIKOFAKTOREN FÜR MISSHANDLUNG/VERNACHLÄSSIGUNG</p> <ol style="list-style-type: none"> Materielle/Soziale Situation der EZB Familiäre Situation Persönliche Situation der EZB Merkmale des Kindes/der Jugendlichen Merkmale einer Hilfesgeschichte 			

Abbildung 2: Kindeswohlmatrix (inkl. Folgen mangelnder Erziehungsfähigkeit und von Bedürfnisvernachlässigung)

derjähriger ebenso mit aufzugreifen, wie die im Familiensystem verfügbaren Ressourcen/Potenziale, die geeignet sind, einer Kindeswohlgefährdung entgegenwirken zu können.

Durch eine inhaltliche Verknüpfung der genannten Punkte entsteht eine Kindeswohlmatrix (Abb. 2 auf S. 21). Anhand ihrer Struktur gelingt es der Fachkraft, die Gefährdungssituation eines Kindes mit der (eingeschränkten) Erziehungsfähigkeit Erziehungsberechtigter fachlich präzise zu verbinden und die sich daraus ergebenden Gefährdungsmerkmale, wie z. B. körperlich/emotionale Misshandlung, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung oder Autonomiekonflikte, abzuleiten (Herrmann et al., 2022; PK-SGB VIII, Möller/Radewagen, 2022, § 8a, Rn. 9 ff.). Zudem lässt sich auch eine fachliche Prognose hinsichtlich des zu erwartenden Gefährdungsrisikos for-

— Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, ist zunächst mit den Betroffenen das Gespräch zu suchen, um auf eine dauerhafte positive Verhaltensänderung bzw. eine einvernehmliche Annahme von Hilfe hinzuwirken. —

mulieren, sollte sich die Situation des Kindes nicht verändern (Radewagen, 2023, S. 29).

Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vor, ist das Gefährdungsrisiko – möglichst unter Einbeziehung einer durch das Jugendamt bereitzustellenden insoweit erfahrenen Fachkraft – einzuschätzen. In diesem Fall sind Berufsheimnisträger*innen gem. § 4 Abs. 2 KKG befugt, der Kinderschutzfachkraft alle hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten zur Beratung anonymisiert oder pseudonymisiert zu übermitteln.

Die Gefährdungseinschätzung sollte vier Funktionen erfüllen:

1. die **kritische Reflexion der gewichtigen Anhaltspunkte** für eine Kindeswohlgefährdung (hierfür ist auf Grundlage aller verfügbaren Informationen herauszuarbeiten, ob die Erziehungsfähigkeit der Erziehungsberechtigten so weit eingeschränkt ist, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt),
2. die Stellung einer fundierten Prognose hinsichtlich des bestehenden **Gefährdungsrisikos** für das betroffene Kind,
3. die Erarbeitung geeigneter **Maßnahmen/Hilfeangebote** zur Gefahrenabwendung und
4. der Vorschlag eines **Vorgehens zur Einbeziehung der Betroffenen**, um mit ihnen die Gefährdungssituation zu erörtern und auf eine Verhaltensänderung/Hilfeannahme hinzuwirken.

Die Handlungsverantwortung am Ende der Beratung bleibt auch bei Einbeziehung einer Kinderschutzfachkraft uneinge-

schränkt bei den Berufsheimnisträger*innen. Er*Sie allein entscheidet, ob es zum Schutz des Kindes erforderlich ist, das Jugendamt unmittelbar einzuschalten und die zur Gefahrenabwehr erforderlichen Daten entsprechend zu übermitteln, bzw. ob die Situation zunächst mit den Betroffenen erörtert wird, um sie zu einer Verhaltensänderung und/oder Hilfeannahme zu bewegen.

Einbeziehung der Betroffenen

Sofern gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, besteht das primäre Vorgehen darin, dass Berufsheimnisträger*innen gem. § 4 Abs. 1 KKG zunächst einmal überprüfen, ob und, wenn ja, wie sie ihren Kontakt zu den Betroffenen nutzen können, um mit ihnen gemeinsam die Gefährdungssituation zu erörtern. Über einen positiven Zugang zu den Erziehungsberechtigten, der auf Vertrauen und gegenseitiger Wertschätzung beruht, gelingt es ihnen ggf., bei den Betroffenen ein Problembewusstsein zu

entwickeln und so auf eine dauerhafte Verhaltensänderung hinzuwirken. Das umfasst auch ihre Bereitschaft, die für eine Gefahrenabwehr erforderlichen Hilfen anzunehmen. Sofern dafür ein Kontakt zum Jugendamt erforderlich ist, wäre es im Sinne eines erfolgreichen Kinderschutzes ratsam, diesen mit Zustimmung der Betroffenen zu begleiten bzw. zu initiieren. In diesem Zusammenhang besteht dann auch die Möglichkeit, über eine entsprechend formulierte gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht, vom Jugendamt über den weiteren Hilfeprozess informiert zu werden, sofern dies für die weitere (psychotherapeutische) Arbeit von Bedeutung ist.

Meldung an das Jugendamt

Erscheint den Fachkräften ein partizipatives Vorgehen ungeeignet oder aussichtslos, da man z. B. keinen Zugang zu den Betroffenen bekommt oder diese trotz allen Werbens keine Problemeinsicht entwickeln und auch nicht zur Kooperation im Kinderschutz bereit sind, sind Berufsheimnisträger*innen gem. § 4 Abs. 3 KKG befugt, dem Jugendamt auch ohne Zustimmung der Betroffenen alle zur Gefährdungsabwendung oder Einschätzung des Gefährdungsrisikos erforderlichen personenbezogenen Daten, einschließlich derjenigen, die dem Schutzbereich des § 203 Abs. 1 StGB unterliegen, zu übermitteln. Das gilt auch, wenn eine Einbeziehung der Betroffenen von vornherein ausscheidet, da dies zu einer zusätzlichen Gefährdung für das Kind führen würde. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass ein Tätigwerden des Jugendamts zur Gefahrenabwehr zwingend erforderlich ist. Auf Grundlage von § 4 Abs. 3 KKG können die Berufsheimnisträger*innen zudem auf Rückfragen des Jugendamtes antworten, sofern dies zum Schutz einzelner Kinder erforderlich ist. In diesem

Fall werden sie in ein und demselben Gefährdungsabwendungsprozess tätig (BT-Drs. 19/26107, S. 75).

Im Sinne eines partizipativen Vorgehens sind die betroffenen Personen über die Meldung an das Jugendamt vorab zu informieren, vorausgesetzt, der Schutz Minderjähriger wird dadurch nicht in Frage gestellt (Radewagen, 2023, S. 88).

Fazit

Das Erkennen und Beschreiben von kindeswohlgefährdenden Situationen ist in der Praxis oft komplex und bedarf neben zeitlicher insbesondere fachlicher Ressourcen. Die in § 4 Abs. 1 KKG genannten Berufsheimnisträger*innen, wie z. B. Psychotherapeut*innen, haben gegenüber dem Jugendamt einen Anspruch auf Fachberatung durch eine Kinderschutzfachkraft. Gemeinsam mit ihr können sie sondieren, ob es sich bei den Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung um gewichtige Anhaltspunkte handelt und das Gefährdungsrisiko entsprechend einschätzen. Hierfür können ihr alle erforderlichen Daten gem. § 4 Abs. 2 KKG pseudonymisiert übermittelt werden.

Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, ist es zunächst geboten, mit den Betroffenen in ein Gespräch zu kommen und mit ihnen gemeinsam die Situation zu erörtern. Ein positiver Zugang soll zur Verhaltensänderung und zur Annahme ggf. erforderlicher Hilfe genutzt werden, um so, im Sinne erfolgreichen Kinderschutzes, die Gefahrensituation dauerhaft zu beseitigen. Das Jugendamt ist über die Gefährdungssituation immer dann direkt zu informieren, wenn sein Tätigwerden zur Gefahrenabwehr erforderlich ist. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Einbeziehung der Betroffenen nicht gelingt bzw. erfolglos ist oder aber die Gefährdungssituation für ein Kind erhöhen würde.

Ist die Information des Jugendamtes zum Schutz eines Kindes erforderlich, können ihm gem. § 4 Abs. 3 KKG alle personenbezogenen Daten, einschließlich derer, die dem Schutzbereich von § 203 Abs. 1 StGB unterliegen, übermittelt werden, sofern sie zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos bzw. zur Gefahrenabwehr erforderlich sind. Art und Umfang der zu übermittelnden Daten bestimmen dabei die Berufsheimnisträger*innen, also z. B. Psychotherapeut*innen.

Literatur

Herrmann, B., Dettmeyer, R. B., Banaschak, S. & Thyen, U. (2022). Kindesmisshandlung – Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.). (2006). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Deutsches Jugendinstitut (dji).

LWL-Landesjugendamt Westfalen und LVR-Landesjugendamt Rheinland (Hrsg.). (2014). Grundsätze und Maßstäbe zur Bewertung der Qualität einer insoweit erfahrenen Fachkraft. Eine Orientierungshilfe für Jugendämter. Münster/Köln: LWL/LVR.

Möller, W. (Hrsg.). (2022). Praxiskommentar SGB VIII (3. Aufl.). Köln: Reguvis (zitiert: PK-SGB VIII, Möller/Bearbeiter*in).

Petermann, U. & Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenzen. Kindheit und Entwicklung, 15 (1), 1–8.

Radewagen, C. (2023). Vertrauensschutz im Kinderschutz. Hannover: Nds. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung; Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie.

Schmidtchen, S. (1989). Kinderpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Statistisches Bundesamt. (2023). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. Wiesbaden: destatis.

Zumbach, J. & Oster, A. (2021). Elterliche Erziehungsfähigkeit: Definition, Indikatoren und Erfassungsmöglichkeiten. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49 (1), 37–50.



Prof. Dr. Christof Radewagen

Hochschule Osnabrück
Caprivistraße 30a
49076 Osnabrück
c.radewagen@hs-osnabrueck.de

Prof. Dr. Dipl.-Soz.päd. Christof Radewagen ist Professor für Handlungstheorie und Methoden Sozialer Arbeit an der Hochschule Osnabrück, wo er auch die wissenschaftlich-fachliche Leitung des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit innehat. Zudem ist er Leiter des Kinderschutz-Kompetenzzentrums der Science to Business GmbH (Foto: Aileen Rogge).

Betroffene von Gewalt in Partnerschaften erkennen und unterstützen

Grundlagen für die psychotherapeutische Praxis

Hannah M. Micklitz, Gunda Wössner, Heide Glaesmer & Lasse B. Sander

Zusammenfassung: Gewalt in Partnerschaften ist ein weitverbreitetes Problem und kann schwerwiegende psychische und körperliche Gesundheitsfolgen für betroffene Menschen haben. Der vorliegende Übersichtsartikel beleuchtet, wie Psychotherapeut*innen von Gewalt in Partnerschaften betroffene Menschen erkennen und unterstützen können. Der Artikel erläutert die heterogenen Erscheinungsbilder von Gewalt in Partnerschaften, deren Prävalenz sowie zugehörige ätiologische Modelle. Zudem werden häufige vorzufindende biopsychosoziale Problemlagen im Kontext von Gewalt in Partnerschaften dargestellt. Psychotherapeut*innen erhalten konkrete Hinweise zum routinemäßigen Screening und zur Diagnostik von Gewalt in Partnerschaften. Weiterhin thematisiert der Artikel zentrale Prinzipien und Interventionsansätze für die Psychotherapie mit Menschen, die Gewalt in Partnerschaften erleben oder erlebt haben.

Einleitung

Gewalt in Partnerschaften¹ ist ein häufig auftretendes Problem, welches Menschen aller Geschlechter betrifft und schwerwiegende Gesundheitsfolgen für betroffene Menschen haben kann (World Health Organization, 2012). Die psychotherapeutische Versorgung hat einen besonderen Stellenwert in der akuten und nachhaltigen Behandlung von Menschen, die von Gewalt in Partnerschaften betroffen sind (Oram et al., 2022; Trevillion et al., 2016)². Einerseits wirkt sich das Erleben von Gewalt in Partnerschaften häufig kurz- und langfristig negativ auf die psychische Gesundheit aus (Bacchus et al., 2018; White et al., 2023). Andererseits sind psychische Erkrankungen ein prominenter Risikofaktor für das Auftreten von Gewalt in Partnerschaften (Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019).

Der vorliegende Artikel widmet sich daher der Vermittlung von Wissen und Kompetenzen zum Erkennen von und psychotherapeutischem Umgang mit Menschen, die Gewalt in Partnerschaften erleben oder erlebt haben.

Definition und Formen von Gewalt

Gewalt in Partnerschaften ist ein heterogenes, komplexes und dynamisches Phänomen, das verschiedene Gewaltformen und -typen umfasst (Alexander & Johnson, 2023; Ali et al., 2016; Hall et al., 2022). Die WHO (2012) definiert Gewalt in Partnerschaften als „Verhalten eines Beziehungspartners [oder einer Beziehungspartnerin], das körperlichen,

sexuellen oder psychologischen Schaden herbeiführt, einschließlich körperlicher Gewalt, sexueller Nötigung, emotionaler Misshandlung und kontrollierendem Verhalten“ (S. I. G. N. A. L. e. V., 2014, S. VII). Im aktuellen Diskurs werden zusätzlich ökonomische Gewalt, digitale Gewalt und Stalking als spezifische Gewaltformen hervorgehoben (Gilbar et al., 2023; Kim & Ferrareso, 2023; Postmus et al., 2020). Tabelle 1 zeigt Beispiele der unterschiedlichen Gewaltformen.

Die Gewaltformen können gemeinsam oder allein auftreten. Beispielsweise werden physische und sexuelle Gewalt häufig von emotionaler Gewalt begleitet, können aber auch separat auftreten (Alexander & Johnson, 2023; Hall et al., 2022). Neben der Form variieren Gewalterlebnisse in ihrer Chronizität, Häufigkeit und Schwere (Alexander & Johnson, 2023). Zudem kann Gewalt einseitig oder beidseitig ausgeübt werden (Alexander & Johnson, 2023; Dokkedahl & Elklit, 2019). Gewaltvorkommnisse können sich im Verlauf einer Beziehung dynamisch in Form und Schwere verändern (Hall et al., 2022; Kafonek et al., 2022).

1 Der oftmals synonym verwendete Begriff „häusliche Gewalt“ umfasst neben Gewalt in Partnerschaften auch Gewalt gegen Kinder, ältere Familienmitglieder oder andere Haushaltsmitglieder (World Health Organization, 2012).

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

Prävalenz

In einer aktuellen repräsentativen Dunkelfeldstudie zur Häufigkeit von Gewalt in Partnerschaften in Deutschland fanden *Jud und Kolleg*innen (2023)*, dass 53,6 % der Frauen und 48 % der Männer mindestens einmal im Leben von psychischer Gewalt in der Partnerschaft betroffen waren. Physische Gewalt hatten bereits 15,2 % der Frauen und 10,8 % der Männer erfahren. Insgesamt berichteten Frauen häufigere und regelmäßige Betroffenheit sowie das gleichzeitige Erleben verschiedener Gewaltformen. Weiterhin waren Frauen (18,6 %) im Vergleich zu Männern (5,5 %) öfter von sexueller Gewalt betroffen (*Jud et al., 2023*).

Hinsichtlich der Bidirektionalität der Gewalterlebnisse überwiegt bei psychischer Gewalt der Anteil beidseitiger Partnerschaftsgewalt (41,2 % der Männer und Frauen übten psychische Gewalt aus und waren von psychischer Gewalt betroffen). Bei physischer, sexueller und ökonomischer Gewalt wurde gleichzeitige Betroffenheit und Täter*innenschaft weniger häufig berichtet (je nach Gewaltform 2,3 bis 3,1 % beidseitige Gewalt). Insgesamt berichteten Frauen im Vergleich zu Männern bei allen Gewaltformen häufiger nur Betroffenheit (8 bis 15,6 %), während Männer häufiger nur Täterschaft berichteten (1,9 bis 9,1 %) (*Clemens et al., 2023*).

Auch trans* Menschen (trans* Männer, trans* Frauen und nichtbinäre Menschen) sowie Menschen in nichtheterosexuellen Beziehungen sind von Gewalt in Partnerschaften betroffen, wobei eine Untersuchung zur Prävalenz in dieser Population in Deutschland aktuell erstmals durchgeführt wird (*Edwards et al., 2015; Rollè et al., 2018; Trombetta & Rollè, 2023*).

Als schwerste Ausprägung von Gewalt in Partnerschaften sei auch auf die Prävalenz von Tötungsdelikten durch (Ex-)Partner*innen hingewiesen. Weltweit werden ca. 38,6 % der Tötungsdelikte an Frauen und 6 % der Tötungsdelikte an Männern durch (Ex-)Partner*innen begangen (*García-Moreno et al., 2013; Stöckl et al., 2013*). In Deutschland starben 2022 186 Frauen und 52 Männer durch Mord oder Totschlag oder in Folge von Körperverletzung durch (Ex-)Partner*innen (*Bundes kriminalamt, 2023*).

Nicht zuletzt aufgrund der ungleichen Geschlechterverteilung von Tötungsdelikten durch (Ex-)Partner*innen gilt Gewalt in Partnerschaften als die häufigste Form von Gewalt gegen Frauen. Jedoch ist die Frage um Gendersymmetrie, inwiefern also Männer und Frauen in gleicher Häufigkeit Gewalt in Partnerschaften erleben und ausüben, seit Jahrzehnten Bestandteil intensiver Debatten und wird von Vertreter*innen verschiedener Ursachentheorien unterschiedlich beantwortet (*Alexander & Johnson, 2023; Ali et al., 2016*). Die empirische Befundlage ist aufgrund abweichender Stichproben (klinische Stichproben vs. Allgemeinbevölkerung) und Messmethoden (inkonsistente oder mangelnde Erfassung von verschiedenen Gewaltformen, Gewaltdynamiken und von beidseitiger Ge-

Gewaltform	Beispiele
Physische Gewalt	ohrfeigen, kratzen, treten, schlagen, mit Gegenständen werfen, verbrennen, anspucken, schubsen, würgen
Sexuelle und sexualisierte Gewalt	jegliche sexuellen Handlungen ohne Einwilligung, z. B. sexuelle Stimulation oder Penetration ohne Einwilligung, Zwang zum Pornografiekonsum, Aufnahmen pornografischer Inhalte ohne Einwilligung, Zwang zur Prostitution
Emotionale Gewalt	Beleidigung, Erniedrigung, Drohung (z. B. Androhung von physischer Gewalt, Wegnehmen der Kinder), Einschüchterung, Erpressung, Manipulation, gezielte Täuschung und Verunsicherung (gaslighting)
Kontrollierendes Verhalten (coercive control)	soziale Isolation von Freund*innen oder Familie, Überwachen der Tätigkeiten einer Person, Zugang zu finanziellen Ressourcen, Bildung, Beruf oder Gesundheitsversorgung einschränken
Stalking	absichtliches und wiederholtes Aufdrängen, Überwachen, Bedrohen und Einmischen, beispielsweise wiederholte unerwünschte Kontaktaufnahme, Beobachten und Auspiönieren, wiederholte unterschwellige und direkte Drohungen, Störung des sozialen und beruflichen Lebens
Digitale Gewalt	Einsatz von Technologie zur Ausübung von psychologischer oder sexueller Gewalt oder Stalking, z. B. Überwachen durch Spyware, Kameras, Überwachung der E-Mail und Social Media Accounts, Zusenden unerwünschter Inhalte, Erpressung mit oder tatsächliche Veröffentlichung von Bildern/Informationen, Erstellung von Fake-Accounts im Namen der anderen Person

Tabelle 1: Gewaltformen und Beispiele (nach Oram et al., 2022; Stewart & Vigod, 2019; Gilbar et al., 2023)

walt) sowie genereller Schwierigkeiten in der Erhebung verlässlicher Zahlen inkonsistent (*Alexander & Johnson, 2023; Hall et al., 2022*).

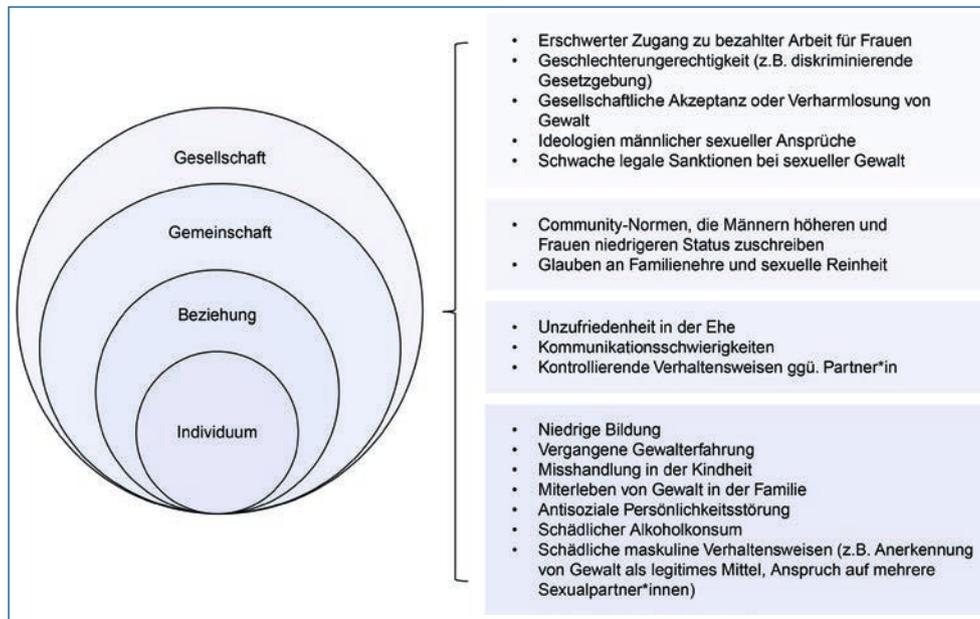


Abbildung 1: „Ökologisches“ Entstehungsmodell von Gewalt in Partnerschaften (WHO, 2021)

Ätiologische Modelle

Es bestehen vielfältige theoretische Erklärungsmodelle für Gewalt in Partnerschaften (Übersichtsarbeiten bieten z. B. Ali & Naylor, 2013a, 2013b sowie deutschsprachig Schwarz, 2022). Diese identifizieren die Ursachen von Gewalt in Partnerschaften in unterschiedlichem Ausmaß auf gesellschaftlicher, sozialer, psychologischer und biologischer Ebene und unterscheiden sich in entsprechend abgeleiteten Präventions- und Interventionsansätzen.

Einige Theorien untersuchen hierbei spezifische Einflussfaktoren und Dynamiken. Einflussreiche Beispiele sind feministische Theorien, die patriarchale Strukturen und Normen als Ursache für Gewalt hervorheben (z. B. Dobash & Dobash, 1979), das Zyklusmodell der Gewalt nach Walker (1977), aber auch die soziale Lerntheorie nach Bandura (1977). Psychodynamische Deutungsrahmen sind in Riehl-Emde (2004) sowie Löwer-Hirsch (2010) zu finden.

Aktuell setzen sich vorrangig „ökologische“ Erklärungsmodelle von Gewalt in Partnerschaften durch (basierend auf dem ökosystemischen Modell nach Bronfenbrenner, 1981). Diese beschreiben, wie verschiedene Risikofaktoren auf individueller, interpersoneller, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene direkt und in Interaktion die Entstehung von Gewalt in Partnerschaften sowie die Schwere der Folgen für die Betroffenen beeinflussen (Hardesty & Ogolsky, 2020; Heise & Kotsadam, 2015; Kim, 2023, siehe Abbildung 1).

Die theoretischen Überlegungen zur Entstehung von Gewalt in Partnerschaften sind auch für Psychotherapeut*innen relevant: Wird Gewalt in Partnerschaften ausschließlich als Resultat der individuellen Psychopathologie von betroffener

Person oder Täter*in betrachtet, kann dies die Pathologisierung und Stigmatisierung von Betroffenen verstärken, bei gleichzeitigem Bagatellisieren des missbräuchlichen Verhaltens des Partners oder der Partnerin und dem Übersehen wichtiger Kontextfaktoren (Sorrentino et al., 2021; Trevillion et al., 2014). Gewalt in Partnerschaften nur als Folge sozialer Ungleichheit oder Diskriminierung zu betrachten, riskiert hingegen den Ausschluss und das Übersehen vieler Betroffener, die nicht dem stereotypen Bild von Gewalt in Partnerschaften entsprechen, also beispielsweise nicht dem Bild einer heterosexuellen Beziehung, in der eine abhängige Frau schwere physische Gewalt durch einen

dominanten Mann erlebt (Bates et al., 2019; Overstreet & Quinn, 2013). Zudem wird die Chance verpasst, individuelle Risiko- und Schutzfaktoren für wiederholte Gewaltbetroffenheit (im Folgenden auch als Reviktimisierung bezeichnet) und psychische Folgeerkrankungen psychotherapeutisch zu bearbeiten (Oram et al., 2022).

Stattdessen sollte eine individuelle Konstellation an Risiko- und Schutzfaktoren für Reviktimisierung und Eskalation von Gewalt sowie mögliche körperliche, psychische und sozioökonomische Folgen der Viktimisierung im Sinne eines wie im nächsten Abschnitt dargestellten biopsychosozialen Modells diagnostisch erarbeitet und in der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden (Dixon & Graham-Kevan, 2011).

Biopsychosoziale Problemlagen bei Gewalt in Partnerschaften

Gewalt in Partnerschaften geht häufig mit negativen Folgen für die physische und psychische Gesundheit sowie mit verschiedenen sozioökonomischen Herausforderungen einher (MacGregor et al., 2022; Stubbs & Szoeko, 2022). Oftmals sind physische, psychische und sozioökonomische Probleme nicht nur Folge der Gewalterfahrung, sondern wirken auch als Risikofaktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt, als Barrieren bei der Hilfesuche, bei Trennungsbemühungen sowie bei der langfristigen Erholung von der Gewalterfahrung (MacGregor et al., 2022; Oram et al., 2022).

Physische Gesundheit

Neben der Gefahr der tödlichen Eskalation kann Gewalt in Partnerschaften sowohl zu akuten Verletzungen als auch

langfristigen körperlichen Beeinträchtigungen und chronischen Schmerzen führen (Stubbs & Szoeko, 2022). Verletzungen und körperliche Einschränkungen gelten wiederum als Risikofaktoren für die erneute Betroffenheit von Gewalt in Paarbeziehungen (Spencer et al., 2022).

Mögliche akute Verletzungen sind Hämatome, Schürfwunden, Prellungen, Quetschungen, Frakturen, Stich-/Schuss- und Brandwunden am gesamten Körper, Schädel-Hirn-Traumata und strangulationsbedingte Anoxie (Glas et al., 2021). Bei akuten Verletzungen sollten Betroffene zur Dokumentation und Behandlung an medizinisches Fachpersonal weitergeleitet werden, vorzugsweise an spezialisierte Ambulanzen (sog. Gewaltschutzambulanzen). Diese verfügen über geschultes Personal im Umgang mit und in der gerichtssicheren Dokumentation von körperlicher und sexueller Gewalt und bieten, falls gewünscht, auch anonyme Unterstützung. Gewaltschutzambulanzen sind daher für eine adäquate medizinische Versorgung von Betroffenen unabdingbar, sind bislang aber leider nicht flächendeckend verfügbar. Zudem sind Hausärzt*innen oder Notaufnahmen örtlicher Krankenhäuser für die Versorgung zuständig (S. I. G. N. A. L. e. V., 2014). Diese verfügen jedoch nicht immer über Qualifikationen und Ressourcen im Umgang mit Gewaltbetroffenheit, sodass die Gefahr inadäquater Reaktionen besteht (Crowe & Murray, 2015). Es kann daher hilfreich sein, potenziell auftretende negative Erfahrungen in der psychotherapeutischen Sitzung vor- oder nachzubereiten (weitere Hinweise hierzu weiter unten im Abschnitt „Hilfe bei der Inanspruchnahme des Unterstützungssystems“; Overstreet & Quinn, 2013).

Auch dauerhafte (psycho-)somatische funktionelle Beeinträchtigungen und chronische Schmerzen sowie sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen können als Folge von Gewaltbetroffenheit in der Paarbeziehung auftreten und eine ärztliche Konsultation erfordern (Hall et al., 2014; Pastor-Moreno et al., 2020; Stubbs & Szoeko, 2022). Tendenziell besteht Gewalt auch während einer Schwangerschaft fort (Devries et al., 2010). Ungewollte Schwangerschaften sind zudem ein Risikofaktor für die Eskalation von Gewalt in Paarbeziehungen (Yakubovich et al., 2018).

Psychische Gesundheit

Neben der Verminderung der allgemeinen Lebensqualität und der sozialen Teilhabe ist das Erleben von Gewalt in Paarbeziehungen mit zahlreichen psychischen Folgen assoziiert, darunter Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, Angststörungen, Alkohol- und Substanzmissbrauch, chronische Schmerzen, Essstörungen, Schlafstörungen und Suizidalität (Bacchus et al., 2018; White et al., 2023).

Psychische Folgen von Gewalterfahrung variieren in ihrer Symptomschwere und den Symptomclustern (z. B. An- oder Abwesenheit von Hypervigilanz, komplexe PTBS) sowie im Grad der Beeinträchtigung im Alltag (Bakaitytė et al., 2022; Fernández-Fillol et al., 2021; Hebenstreit et al., 2015). Psychische Folgesymptome können bei allen Gewaltformen und unabhängig von der Schwere der Gewalterfahrung auftreten (Ferrari et al., 2016; White et al., 2023). Aktuelle Evidenz deutet aber darauf hin, dass Gewalterfahrungen kumulativ wirken, sodass das Erleben schwerer und verschiedener gleichzeitig auftretender Gewaltformen, längeres Gewalterleben sowie

Bei akuten Verletzungen sollten Betroffene zur Dokumentation und Behandlung an medizinisches Fachpersonal in spezialisierten Gewaltschutzambulanzen weitergeleitet werden.

beidseitig ausgeübte Gewalt mit negativeren Konsequenzen für die psychische Gesundheit sowie mit umfangreichem Bedarf an psychosozialer Unterstützung einhergehen (Ferrari et al., 2016; Ford-Gilboe et al., 2023; Lagdon et al., 2023). Psychische Folgen können unmittelbar nach dem Gewalterleben oder, wie bei der PTBS, verzögert auftreten (Bonde et al., 2022; Ford-Gilboe et al., 2023). Zudem kann Gewalt in Paarbeziehungen bereits bestehende psychische Beschwerden verschlimmern (Ahmadabadi et al., 2020). Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass ein substantieller Anteil Betroffener von Gewalt in Paarbeziehungen keine psychischen Folgesymptome erlebt (Bakaitytė et al., 2022).

Psychische Erkrankungen können nicht nur Folge von Gewalt in Paarbeziehungen sein, sondern das Erleben und Ausüben dieser auch direkt und indirekt erhöhen (Saunders et al., 2021; Spencer, Stith et al., 2019; Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019). Hierbei sind die Risikofaktoren für das Erleben und Ausüben von Gewalt in Paarbeziehungen äußerst vielfältig. Dazu zählen selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität, PTBS, Angststörungen, Depressionen, Alkohol- und Substanzgebrauch, (psycho-)somatische Symptome sowie Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Saunders et al., 2021; Spencer, Stith et al., 2019; Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019). Transdiagnostisch sind frühere Gewalterfahrungen (in Kindheit, Jugend und/oder intimen Beziehungen), Traumata, traumaspezifische Überzeugungen sowie Wut, Scham, Impulsivität, unsichere Bindungsstile (ängstlich-unsicher, vermeidend, desorganisiert), sogenannte Verschmelzung (hohes Maß an Nähe und fehlende Grenzen) und Demand-Withdraw-Muster (d. h. Interaktionsmuster aus unter Druck setzender Anspruchshaltung und vermeidender, zurückziehender Haltung), aber auch mangelnde Kommunikationsfähigkeiten, Annahme traditioneller Geschlechterrollen, bis hin zu internalisierter Homophobie

sowie Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen mit dem Erleben und Ausüben von Gewalt in Paarbeziehungen assoziiert (Kimmes et al., 2019; Saunders et al., 2021; Spencer et al., 2022; Spencer, Mallory et al., 2019; Stefania et al., 2023).

Mitbetroffenheit von Kindern

Gewalt in der Beziehung der Eltern ist auch ein bedeutsames Thema in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Kinder, die Gewalt in der Beziehung ihrer Eltern miterleben, sind potenziell zahlreichen negativen Folgen ausgesetzt. Hierzu zählt ein schlechteres elterliches Fürsorgeverhalten (Chiesa et al., 2018), schlechtere Prognose für Gesundheitsverhalten und physische Gesundheit (z. B. häufigere Notaufnahmebesuche, niedrigere Impfquote) (Holmes et al., 2022), schlechtere physiologische Körperfunktionen (Berg et al., 2022), niedrigere Sozialkompetenz und Emotionsregulation (Bender et al., 2022), Erleben und Ausüben von Bullying (Lee et al., 2022) und schlechtere akademische Leistungen (Cage et al., 2021).

Kinder können für die Gewaltausübung instrumentalisiert werden (z. B. angedrohte oder tatsächliche Sorgerechtsprozesse, Kind als Vorwand ständiger Kontaktaufnahme, Beleidigungen oder Lügen über Partner*in vor Kind) (Spearman et al., 2023). Gemeinsame Elternschaft, Sorgerechtsverhandlungen und Übergabesituationen können im Kontext gewaltvoller Beziehungen bedeutsame Herausforderungen darstellen und psychisch stark belastende Situationen involvieren (Spearman et al., 2023).

Kinder im Haushalt stellen einen leichten Risikofaktor für das Erleben physischer Gewalt in Paarbeziehungen dar, zeigten sich in einer Metaanalyse aber weniger relevant als andere Risikofaktoren (Spencer, Stith et al., 2019). Wenn Kinder aus früheren Beziehungen im gemeinsamen Haushalt leben, ist dies laut einer Metaanalyse von Spencer & Stith (2020) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die tödliche Eskalation von Gewalt (insbes. Femizid) assoziiert.

Trennung, soziale Isolation und sozioökonomische Herausforderungen

Nicht alle Menschen, die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind, wünschen sich eine Trennung (Crump, 2020). Wenn eine Trennung gewünscht wird, kann diese mit potenziellen Gefahren und Herausforderungen verbunden sein (Spearman et al., 2023; Thomas et al., 2015).

Eine Trennung kann bestehende Gewaltdynamiken für Tage bis hin zu Monaten intensivieren und ist ein signifikanter Risikofaktor für das Erleben von physischer Gewalt, Stalking, ökonomischem und legalem Missbrauch (Instrumentalisierung des Rechtssystems zur Ausübung von emotionaler Gewalt und Kontrolle) sowie für die Eskalation von Gewalt bis hin zu Homizid (insbes. Femizid) von Partner*in und Kindern (Kafo-

nek et al., 2022; Rezey, 2020; Spearman et al., 2023; Spencer & Stith, 2020).

Die Trennung in/von einer gewaltvollen Beziehung ist zudem häufig mit zahlreichen logistischen Herausforderungen assoziiert. Hierzu zählt die Bedrohung von Wohnungslosigkeit und die Notwendigkeit, ein neues Zuhause zu finden, möglicherweise vorübergehend ein Schutzhaus zu beziehen sowie etwaige rechtliche Prozesse zu navigieren (z. B. Schutzanordnungen, Anzeigen, Scheidung und/oder Sorgerecht, wobei nicht alle Betroffenen rechtliche Konsequenzen für den*die Täter*in wünschen) (Thomas et al., 2015; Saxton et al., 2021).

Trennungen in/von einer gewaltvollen Beziehung erfordern die Bewältigung verschiedener emotionaler Prozesse (Messing et al., 2015; *Reisenhofer & Taft, 2013*), die psychotherapeutisch begleitet werden können. Hierzu zählen das Erkennen und Problematisieren der gewaltvollen Erlebnisse (*Reisenhofer & Taft, 2013*). Häufig bestehen ambivalente Gefühle in Bezug auf den*die Partner*in: Da die Beziehung nicht nur von negativen und gewaltvollen, sondern auch von liebevollen Episoden geprägt ist, besteht oftmals eine Hoffnung auf Besserung und möglicherweise auch eine Rechtfertigung des Verhaltens des Partners oder der Partnerin (Heron et al., 2022; Scheffer-Lindgren & Renck, 2008; Sichimba et al., 2020). Zudem ist die Auseinandersetzung mit familiären und kulturellen Erwartungen von Beziehungen und Familie relevant (Heron et al., 2022; Sichimba et al., 2020). Auch können Scham- und Schuldgefühle bestehen, die sich oftmals auf eine (befürchtete und/oder tatsächliche) Mitverantwortung an den Gewalterlebnissen beziehen (Messing et al., 2015; Scheffer-Lindgren & Renck, 2008; Sichimba et al., 2020). Weiterhin sind Angst vor Einsamkeit und tatsächliche oder befürchtete soziale Isolation sowie Trauerprozesse aufgrund des Verlusts einer nahestehenden Beziehung bedeutsam (Messing et al., 2015).

Soziale Isolation, finanzielle und akademische Schwierigkeiten sowie Arbeitslosigkeit und Diskriminierungserfahrungen können zusätzlich erschwerende Faktoren sein und Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt sowie Inhalt und Folge der Gewalt sein (Lucero et al., 2016; Postmus et al., 2020; Strenio, 2020; Voth Schrag et al., 2019).

Screening und Diagnostik von Gewalt in Paarbeziehungen

Setting

Verschiedene Faktoren können die Offenlegung von Gewalterlebnissen erleichtern. Hierzu zählt zu allererst eine positive und vertrauensvolle therapeutische Beziehung sowie eine sichere und ungestörte Umgebung (*Heron & Eisma, 2021*; Kyei-Onanjiri et al., 2022). Weiterhin ist ein transparentes Vorgehen mit umfangreicher Aufklärung über Schweigepflicht

Infokasten 1: Ausnahmen der Schweigepflicht im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen

Eine Befreiung von der gesetzlichen Schweigepflicht besteht nur bei vorliegender schriftlicher Schweigepflichtsentbindung (Befugnis i. S. v § 203 StGB) oder im Fall eines rechtfertigenden Notstands in Form einer akuten, nicht anders abwendbaren, schweren Gefahr für Leib, Leben und Freiheit (§ 34 StGB), wobei in diesem Fall keine Offenbarungspflicht besteht (Fydrich, 2021). Grundsätzlich ist hierbei anhand der konkreten individuellen Umstände der Schutz des Patient*innengeheimnisses mit dem Schutz von Leib und Leben abzuwägen (Fydrich, 2021). Es wird empfohlen, bei akuter Gefahr zunächst direkt mit dem*der Patient*in in Kontakt zu treten, Sicherheitsbedenken transparent zu kommunizieren und das Einverständnis zum Einschalten der Polizei und/oder staatlicher Behörden vorab schriftlich einzuholen bzw. den*die Patient*in zu ermutigen, diese selbst einzuschalten (Messing & Thaller, 2015). Liegt basierend auf der Gefährdungseinschätzung ein schweres oder extremes Gefährdungsrisiko vor, wird empfohlen, nach wiederholter erfolgloser Kontaktaufnahme auch ohne vorherige Zustimmung durch die Betroffenen Fachberatungsstellen und/oder die Polizei einzuschalten (Campbell, 2004; Messing & Thaller, 2015). Die Gründe für die Entscheidung zum Einhalten oder Bruch der Schweigepflicht müssen hierbei gut dokumentiert werden (Fydrich, 2021). Bei Kenntniserlangung von einer geplanten schweren Straftat (z. B. Mord oder Totschlag) unterliegen Fachkräfte einer Offenbarungspflicht. Hier ist eine Nichtanzeige nach § 138 StGB strafbar (Fydrich, 2021).

Die gleichen Bestimmungen gelten, wenn eine unmittelbare und erhebliche Gefahr für Leib und Leben eines Kindes besteht (Fydrich, 2021). Zudem gilt bei involvierten Kindern § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Bei gewichtigen Anhaltspunkten für den Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht hiernach eine Pflicht zum Handeln, jedoch keine Pflicht zur Informationsweitergabe (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019). Der Verdacht sollte zunächst mit den sorgeberechtigten Personen erörtert werden und eine Inanspruchnahme anderer Hilfen bewirkt werden, wenn der wirksame Schutz des Kindes dadurch nicht gefährdet wird (§ 4 KKG). Wenn darüber hinaus Tätigwerden für erforderlich eingeschätzt wird, ist eine Mitteilung an das Jugendamt möglich. Bei dringender Gefahr sollte das Jugendamt informiert werden. Liegt kein rechtfertigender Notstand vor, können Jugendamtsmitarbeitende und Beratungsstellen unter Angabe pseudonymisierter Daten die Gefährdungseinschätzung sowie ggf. das weitere Vorgehen unterstützen (ebd.).

Im Hinblick auf etwaige Strafverfahren gilt die Schweigepflicht auch gegenüber Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft). Zusätzlich haben psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (anders als Psycholog*innen mit Heilpraktikererlaubnis) ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 StPO). Werden Psychotherapeut*innen von der Schweigepflicht entbunden, führt dies zur Aussagepflicht (Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, 2023).

und Grenzen der Schweigepflicht wichtig (siehe Infokasten 1) (Doyle *et al.*, 2022). Hierbei sollte auch besprochen werden, ob und was Psychotherapeut*innen in der Patient*innenakte dokumentieren, und inwiefern diese in potenziellen gerichtlichen Verfahren (z. B. Sorgerecht) gegen den*die Patient*in verwendet werden können (Brzank, 2005; Doyle *et al.*, 2022; Robinson *et al.*, 2020).

Gerade im diagnostischen Prozess ist eine nichtkonfrontative, nichtwertende und empathische Haltung aufseiten des*der Psychotherapeut*in unabdingbar. Patient*innen sollten selbstbestimmt entscheiden können, was und wie viel sie in diesem Moment offenbaren wollen (Heron & Eisma, 2021; Sorrentino *et al.*, 2021). Hierbei können verschiedene bewusste oder unbewusste Gründe dafür bestehen, dass Patient*innen Gewalterlebnisse zunächst nicht offenbaren, beispielsweise stigmapbezogene Vorstellungen von Gewalt in Paarbeziehungen (z. B. Überzeugung, Gewalterlebnisse seien „nicht schwerwiegend genug“, man entspricht nicht dem Bild „typische*r Betroffene*r“ von Gewalt), Schuld- und Schamgefühle, psychische Instabilität, innere Widerstände sowie Angst vor möglichen Konsequenzen (Kyei-Onanjiri *et al.*, 2022; Overstreet & Quinn, 2013). Psychotherapeut*innen sollten dies respektieren, Geduld zeigen und eine fortlaufende Bereitschaft signalisieren, über etwaige Gewalterlebnisse sprechen zu können, sobald sich der*die Patient*in hierfür bereit fühlt (Kyei-Onanjiri *et al.*, 2022; Sorrentino *et al.*, 2021). Es wirkt erleichternd, wenn Betroffene wahrnehmen, dass ihr gegenüber sich mit Gewalt in Paarbeziehungen auskennt und auf die anvertrauten Erlebnisse adäquat reagieren kann (He-

ron & Eisma, 2021). Auch themenspezifische Aushänge und Infomaterialien wirken sich positiv aus (Heron & Eisma, 2021; Kyei-Onanjiri *et al.*, 2022).

Werden Fragebögen (siehe weiter unten) oder Informationsmaterialien ausgehändigt, sollte bei anhaltendem Täter*innenkontakt gemeinsam besprochen werden, inwiefern die Mitnahme der Materialien für die Betroffenen sicher ist oder zur Eskalation der Gewalt beitragen könnte (Doyle *et al.*, 2022). Da Fragebögen-Items und Informationsmaterialien vom individuellen Erleben abweichen können, sollte Zeit für eine Vorbesprechung sowie eventuell auftretende Rückfragen und Schwierigkeiten eingeräumt werden (Micklitz, Nagel *et al.*, 2023).

Screening

In Anbetracht der erhöhten Prävalenz in klinischen Populationen empfehlen einige Autor*innen in der psychotherapeutischen Versorgung ein routinemäßiges Screening zum Erleben von Gewalt in Paarbeziehungen (Doyle *et al.*, 2022). Patient*innen berichten in qualitativen Studien eine Offenheit dafür, nach Gewalterlebnissen befragt zu werden, und heben hervor, dass das direkte Erfragen das Mitteilen von Gewalterlebnissen erleichtert (Heron & Eisma, 2021; Velonis *et al.*, 2022).

Hierfür liegen verschiedene Screening-Instrumente vor (eine Übersicht sowie konkrete Screening-Fragen bieten Brzank & Blättner, 2010). Das darin aufgeführte HITS-Screening-Instrument (Sherin *et al.*, 1998) wurde für Männer und Frau-

en validiert und ist auch einsetzbar, um Gewalterleben in LGBTQIA+-Beziehungen zu erfassen (Leonardelli, 2014; Velonis et al., 2022).

Für einen weniger konfrontativen Einstieg und anschließende Exploration können die Fragen aus Infokasten 2 eingesetzt werden. Dies kann von besonderer Bedeutung sein, da sich viele Betroffene anfänglich oder generell nicht als Betroffene von „Gewalt“ identifizieren, aber dennoch bestimmte Verhaltensweisen oder das Gefühl der Angst oder Kontrolle kennen (Kyei-Onanjiri et al., 2022).

Exploration

Wenn aufgrund des Screenings oder psychotherapeutischen Gesprächs ein Verdacht auf Betroffenheit von Gewalt in Partnerschaften besteht, können im nächsten Schritt weitere Aspekte und konkrete Erlebnisse exploriert werden, die für das weitere psychotherapeutische Vorgehen sowie die darüber hinausgehende Behandlung von Bedeutung sind (siehe weiter unten). Hierbei können verschiedene Gewaltformen, Schwere (Häufigkeit und Intensität), Uni- oder Bidirektionalität von Gewalt, Gewaltdynamiken (z. B. Ausmaß systematischer Kontrolle und Einschüchterung, Gewalt als Selbstverteidigung, Gewalt als Eskalation von Konflikten) sowie persönliche Warnsignale exploriert werden (Alexander et al., 2022).

Entsprechende Fragebögen beinhalten spezifische Beispiele konkreter Gewalthandlungen und können daher als Grund-

lage der Exploration hilfreich sein (Doyle et al., 2022). Ein häufig eingesetztes Instrument ist hier die revidierte Conflict-Tactics-Scale (CTS-2; Straus et al., 1996).³ Die Skala erfasst in 33 Items psychische Aggression, körperliche und sexuelle Gewalt sowie adaptive Strategien zur Aushandlung von Konflikten.

Suizidalität

Suizidale Gedanken und Verhaltensweisen sind bei Betroffenen und Täter*innen von Gewalt in Partnerschaften im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht (Wolford-Clevenger & Smith, 2017). Das Ausüben oder Erleben von Gewalt in der Partnerschaft kann ein prädisponierender Faktor für einen Suizid sein (Kafka et al., 2022). Zudem ist Suizidalität ein Risikofaktor für das Erleben und Ausüben von Gewalt und Mord in Partnerschaften (Garcia-Vergara et al., 2022; Spencer & Stith, 2020). Als Bestandteil der Diagnostik sollte daher unbedingt auch das Suizidrisiko erfasst werden. Hinweise zur Risikoerfassung bei Suizidalität sind in Glaesmer et al. (2020) zu finden.

Zentrale Prinzipien und Inhalte in der Psychotherapie mit Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften

Empathische, nichtwertende und nichtdirektive Haltung

Die WHO-Richtlinien zu Gesprächsführung mit Betroffenen von Gewalt in Partnerschaften betonen die Relevanz einer aufnahmewilligen, nichtwertenden, empathischen und validierenden Haltung (Brzank et al., 2005). Hierfür sollten Psychotherapeut*innen Stereotype sowie eventuelle eigene Vorannahmen hinsichtlich Gewalt in Partnerschaften (wie z. B. Betroffene sind „selbst schuld“ oder könnten die Beziehung einfach verlassen, nur bestimmte Menschen sind von Gewalt in Partnerschaften betroffen, Gewalt ist immer physisch) kritisch reflektieren, um deren Reproduktion zu vermeiden (Crowe & Murrar, 2015; Overstreet & Quinn, 2013; Van Deinse et al., 2019).

Diese Haltung umfasst auch die Anerkennung der Komplexität von Gewalterfahrungen sowie der Bedürfnisse, Bedenken und Entscheidungen von Betroffenen (Oram et al., 2022; Sorrentino et al., 2021). Zwar ist das Bedürfnis, schnelle Lösungen zu finden und Patient*innen aus potenziell gefährlichen Beziehungen getrennt zu wissen, nachvollziehbar, widerspricht aber häufig dem Wunsch oder der Lebensrealität von Betroffenen (Van Deinse et al., 2019). Vorschnelle Lösungsvorschläge und Fragen darüber, warum Betroffene die Beziehung nicht verlassen, können verurteilend wirken und werden

³ Die CTS-2 kann in deutscher Sprache in Böhm (2006, S. 300 ff.) eingesehen bzw. unter folgendem Link heruntergeladen werden: <https://freidok.uni-freiburg.de/data/2554>.

Infokasten 2: Offene Fragen für Screening und Exploration von Gewalterlebnissen in Partnerschaften

- Wie lösen Sie Streitigkeiten mit Ihrem/Ihrer Partner*in?
- Redet Ihr*e (Ex-)Partner*in Ihnen ein, Ihre Gefühle seien irrational oder verrückt?
- Macht Ihr*e (Ex-)Partner*in Sie für seine/ihre eigenen Probleme verantwortlich?
- Wurden Sie von Ihrem/Ihrer (Ex-)Partner*in jemals beschimpft oder angeschrien?
- Hat Ihr*e (Ex-)Partner*in Sie jemals minderwertig behandelt oder beleidigt?
- Hatten Sie jemals Angst vor Ihrem/Ihrer (Ex-)Partner*in oder fühlten Sie sich bedroht?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihr*e (Ex-)Partner*in Sie kontrolliert? (z. B. Ihre Telefonnutzung, Finanzen, soziale Kontakte, wie/wo Sie Ihre Zeit verbringen etc.)
- Hält Ihr*e Partner*in Sie davon ab, Hilfe zu suchen?
- Mischt sich Ihr*e Partner*in in die Beziehung zu Ihrer Familie ein?
- Hat Ihr*e Partner*in Ihnen schon einmal vorgeworfen, eine Affäre zu haben?
- Hat Ihr*e Partner*in Ihnen jemals gedroht, Sie vor Familie/Freund*innen/Arbeitgeber*in und/oder staatlichen Institutionen zu outen? (Communityspezifisch bei LGBTQIA+-Patient*innen)
- Wurden Sie von Ihrem/Ihrer (Ex-)Partner*in jemals physisch verletzt oder hat er*sie Ihnen mit physischer Gewalt gedroht?
- Wurden Sie von Ihrem/Ihrer (Ex-)Partnerin jemals zu sexuellen Aktivitäten gezwungen?

(in Anlehnung an Começanha & Maia, 2018; Leonardelli, 2014; Stewart et al., 2016; Velonis et al., 2022)

als wenig hilfreich erlebt (Van Deinse et al., 2019; Sorrentino et al., 2021). Eine Bevormundung des*der Patient*in kann negative Selbstüberzeugung verstärken (z. B. hilflos, unfähig oder selbst schuld zu sein) (Doyle et al., 2022). Weitere typische Gegenübertragungsreaktionen in der Psychotherapie mit von Gewalt in Paarbeziehungen betroffenen Menschen sind in Riehl-Emde (2004) beschrieben.

Personalisiertes Vorgehen

Wie in jeder psychotherapeutischen Behandlung sollte auch im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen das Vorgehen individuell auf den Einzelfall angepasst und das therapeutische Vorgehen in einer partizipativen Entscheidungsfindung bestimmt werden (Kulkarni, 2019; Oram et al., 2022; Paphitis et al., 2022). Hierbei sind die individuelle Symptomatik und das Strukturniveau des*der Patient*in, die Gewalterfahrungen und Lebensumstände, das Bewusstsein über die Gewaltbetroffenheit sowie die Wünsche hinsichtlich des Fortbestehens der Beziehung und persönliche Therapieziele zu berücksichtigen (Doyle et al., 2022; Oram et al., 2022; Reisenhofer & Taft, 2013; Riehl-Emde, 2004).

Auch Paartherapie kann effektiv sein, um Gewalt in Paarbeziehungen zu reduzieren (Karakurt et al., 2016; Keilholtz & Spencer, 2022). Diese ist nach Keilholtz & Spencer (2022) jedoch nur indiziert, wenn Patient*innen dieses Vorgehen explizit wünschen und wenn die Gewalt situational im Kontext von Konflikten und in weniger schwerer Form auftritt. Hierbei ist es dringend erforderlich, zunächst beide Partner*innen einzeln über die Gewaltvorfälle zu befragen. Beide Partner*innen sollten die Vorfälle ähnlich beschreiben und Therapiemotivation und Bereitschaft zur Fortführung der Beziehung und Beendigung der Gewalt zeigen. Weitere Rahmenbedingungen und Hinweise für Paartherapie im Kontext von Gewalt in Paarbeziehungen sind in Keilholtz & Spencer (2022) sowie für psychodynamisch orientierte Paartherapie in Riehl-Emde (2004) zu finden.

Sicherheitsbedenken in der Psychotherapie berücksichtigen

Die Arbeit mit Betroffenen von akuter Gewalt in Paarbeziehungen erfordert die Beachtung einiger Sicherheitsaspekte, die transparent mit Patient*innen besprochen werden sollten (Doyle et al., 2022). Die Angst vor Eskalation von Gewalt ist eine häufige Barriere in der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote (Robinson et al., 2020). Diese Angst bezieht sich neben körperlichen Angriffen auch auf psychische Gewalt sowie die Wegnahme von Kindern (Robinson et al., 2020). Patient*innen können daher bevorzugen, dass ihre Partner*innen nicht von der Inanspruchnahme von Psychotherapie erfahren. Je nach Bedarf können dann Si-

cherheitsmaßnahmen vereinbart werden (Doyle et al., 2022). Hierzu zählen Sicherheitsmaßnahmen bei telefonischer oder schriftlicher Kontaktaufnahme (z. B. sicherer Zeitpunkt, um anzurufen, ggf. Einrichten einer geheimen Telefonnummer, Vorgabe eines Grunds, wenn andere Person Anruf entgegennimmt, Maßnahmen zur digitalen Sicherheit) sowie die Festlegung eines sicheren Zeitpunkts für die Psychotherapie (kann therapeut*innenseitig Flexibilität erfordern). Zudem sollte besprochen werden, ob Therapiematerialien sicher mit nachhause genommen werden können oder wo diese alternativ aufbewahrt werden können (z. B. bei nahestehender Person).

Psychoedukation und praktische Unterstützung

Die zuvor beschriebenen multiplen Problemlagen können aufseiten der Betroffenen mit vielfältigen psychosozialen Bedürfnissen einhergehen (Paphitis et al., 2022). Bestenfalls können Psychotherapeut*innen diesen Bedürfnissen direkt begegnen, indem sie selbst relevante Informationen, konkrete Unterstützung und Coping-Strategien bieten (Micklitz, Glass et al., 2023; Paphitis et al., 2022).

Die potenziell relevanten Themen sind hierbei vielfältig. Im Themenfeld Gewalt und Paarbeziehungen können beispielsweise die Definition, verschiedene Formen sowie Gesundheitsfolgen von Gewalt in Paarbeziehungen, Merk-

— Psychotherapeut*innen sollten Stereotype sowie eventuelle eigene Vorannahmen hinsichtlich Gewalt in Paarbeziehungen (z. B. nur bestimmte Menschen seien von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen) kritisch reflektieren.

male gesunder und ungesunder Beziehungen, Warnsignale für Eskalation sowie Deeskalationsstrategien (z. B. Stopp-Techniken) relevante Inhalte sein (Doyle et al., 2022; Micklitz, Nagel et al., 2023; Riehl-Emde, 2004; Sorrentino et al., 2021). Wenn Kinder involviert sind, können die Aufklärung über die Folgen von Gewalt für das Wohlbefinden der Kinder, aber auch das eigene Erziehungsverhalten, der Umgang mit Herausforderungen sowie elterliche Selbstfürsorge relevante Themen für die Psychotherapie sein (Iverson et al., 2021; Johnson et al., 2016; Micklitz, Nagel et al., 2023). Befinden sich Patient*innen im Entscheidungskonflikt hinsichtlich einer potenziellen Trennung, können sie durch das Explorieren der Ambivalenz, der Vor- und Nachteile einer Trennung sowie bei der Prioritätensetzung unterstützt werden (Hegarty et al., 2019; Micklitz, Nagel et al., 2023). Wird eine Trennung gewünscht, können Informationen über potenzielle sowie die konkrete Unterstützung bei logistischen und finanziellen Herausforderungen (z. B. Erstellen einer Packliste, Eröffnen eines Bankkontos, Fin-

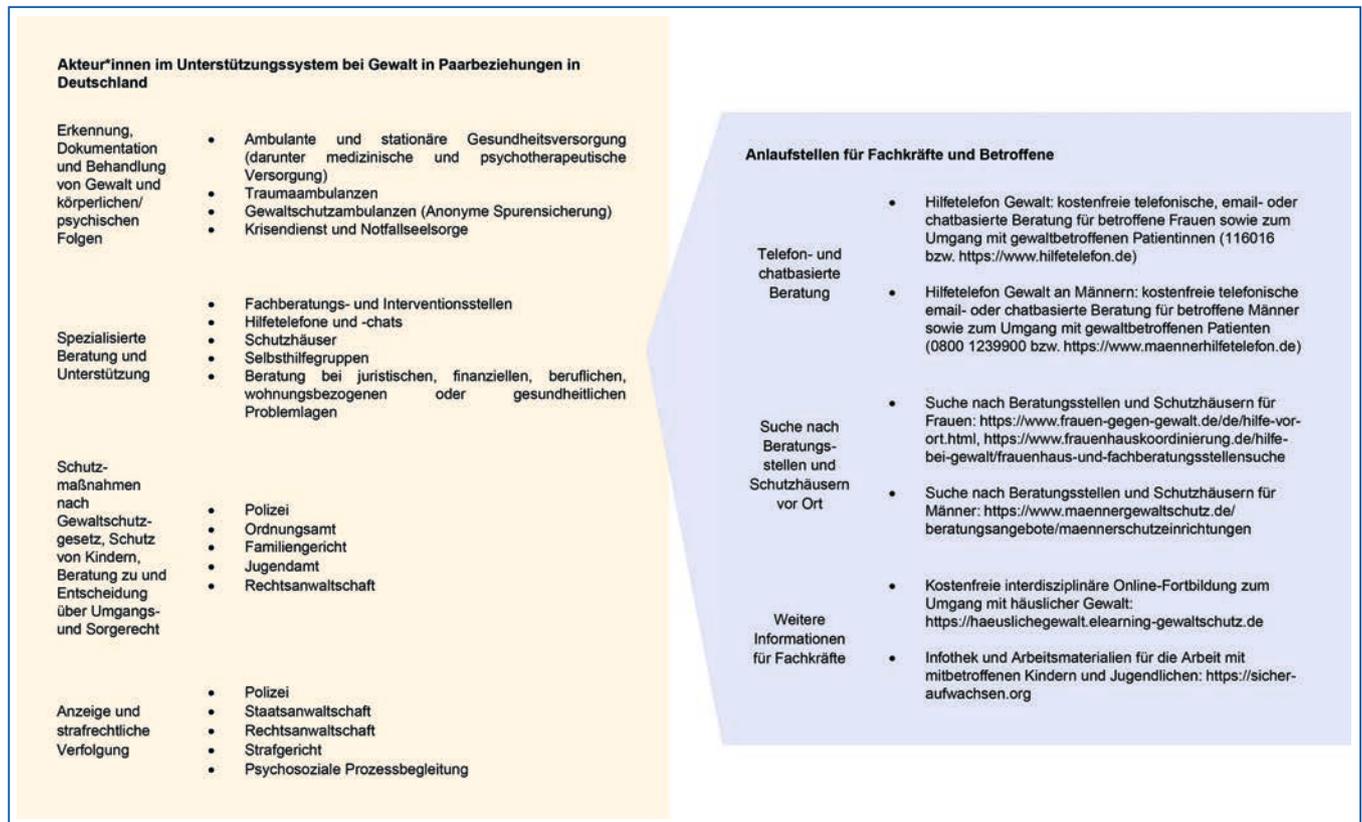


Abbildung 2: Akteur*innen im Unterstützungssystem bei Gewalt in Paarbeziehungen in Deutschland (Sondern & Pfeleiderer, 2020) und Anlaufstellen für Fachkräfte und Betroffene

den einer Wohnung, Behördengänge) und später das Üben des Umgangs mit unerwünschten Kontakten mit dem*der Partner*in (telefonisch, digital oder in Person) sowie Strategien zum Co-Parenting nach einer Trennung hilfreich sein (Iverson et al., 2021; Johnson et al., 2016; Kubany et al., 2004; Micklitz, Nagel et al., 2023).

Hilfe bei der Inanspruchnahme des Unterstützungssystems

Zudem können Psychotherapeut*innen bei der Identifikation und Inanspruchnahme spezialisierter Fachdienste und Beratungsangebote unterstützen (Warshaw & Brashler, 2009). Generell ist bei akutem Gewalterleben und anhaltendem Täter*innenkontakt (zusammen oder getrennt lebend) unabhängig von der Gewaltform eine zusätzliche Beratung durch auf Gewalt spezialisierte Beratungsstellen empfehlenswert, da Betroffene hier eine Gefährdungsbeurteilung und eine personalisierte Sicherheitsplanung durch geschulte Fachkräfte erhalten (Campbell, 2004; Messing & Thaller, 2015). Darüber hinaus sind bei Fällen von Gewalt in Paarbeziehungen oftmals zahlreiche weitere Akteur*innen involviert (siehe Abbildung 2).

Betroffene müssen sich hierbei in einem unübersichtlichen Unterstützungssystem zurechtfinden und sich mit sensiblen Erlebnissen wiederholt fremden Menschen anvertrauen (Trevillion et al., 2016). Dies kann insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und biografischen

Erfahrungen von Verlassen- oder Vernachlässigtwerden belastend sein (Sorrentino et al., 2021). Da nicht alle involvierten Fachkräfte für den Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen geschult sind, können Betroffene auch inadäquate Reaktionen erleben (Van Deinse et al., 2019). Männer, Menschen der LGBTQIA+-Community, Menschen, die von Rassismus betroffen sind, sowie Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit erleben zusätzliche Barrieren (Edwards et al., 2015; Lysova et al., 2022; Satyen et al., 2019).

Betroffene können hierbei durch Üben des Sprechens über die Erfahrungen, Barrierenmanagement sowie den Umgang mit negativen Erfahrungen unterstützt werden (Warshaw & Brashler, 2009). Für eine effektive Unterstützung ist es zudem wichtig, dass sich Psychotherapeut*innen aktiv mit örtlichen Hilfestrukturen vernetzen, sodass sie bei Bedarf nach vorheriger Absprache mit den Patient*innen und bei Vorhandensein entsprechender Schweigepflichtsentbindung direkt den Kontakt herstellen können (Gehring & Wössner, in prep; Trevillion et al., 2016). Zudem können auch Psychotherapeut*innen unter Angabe anonymisierter Daten im Bedarfsfall fachliche Beratung einholen (siehe Abbildung 2).

Gefährdungsbeurteilung

Die Einschätzung der Gefährdungslage gehört nicht in den Aufgabenbereich von Psychotherapeut*innen. Jedoch sollten Psychotherapeut*innen in Abhängigkeit der jeweiligen

Situation der Betroffenen auf die Inanspruchnahme spezialisierter Beratung hinwirken (Campbell, 2004; Messing & Thaller, 2015). Um über die Dringlichkeit und den möglichen aktiven Einbezug weiterer Akteur*innen entscheiden zu können (z. B. Informieren örtlicher Beratungsstellen und ggf. der Polizei, siehe Infokasten 1, S. 29), sollten daher auch Psychotherapeut*innen die Risikofaktoren für Eskalation der Gewalt und Homizid (insbes. Femizid) kennen.

Die stärksten gewaltbezogenen Risikofaktoren für Homizid (insbes. Femizid) in Paarbeziehungen sind der direkte Zugang zu Schusswaffen, Drohungen mit Waffen, Strangulation, angedrohte Verletzung, sexuelle/sexualisierte Gewalt, kontrollierende Verhaltensweisen, Stalking, Eifersucht, eine Zunahme an Schwere und Häufigkeit der Gewalt, intensive Gefühle von Unsicherheit sowie die Wahrnehmung des*der Patient*in, dass der*die (Ex-)Partner*in zu einem Tötungsdelikt fähig ist (Garcia-Vergara et al., 2022; Spencer & Stith, 2020). Zu einer systematischen Erfassung des Risikos für Homizid (insbes. Femizid) in Paarbeziehungen mit Betroffenen ist im Gesundheits- und Sozialwesen das „Danger Assessment“ etabliert (Campbell, 2004)⁴. Hierin werden verschiedene Risikofaktoren für Homizid (insbes. Femizid) in Paarbeziehungen erfasst und gemäß ihrer prädiktiven Stärke gewichtet. Dies resultiert in einer Gefährdungseinschätzung mit den Ausprägungen „variabler Gefahr“, „gesteigerter Gefahr“, „schwerer Gefahr“ und „extremer Gefahr“ (Campbell, 2004).

Zusätzlich können Betroffene die Gewalterlebnisse in einem Kalender schriftlich festhalten (Was ist wann passiert; Verletzungen), um eine eventuelle Zunahme und Eskalationsgefahr der Gewalt zu erkennen (Campbell, 2004). Jedoch ist in Abhängigkeit der individuellen Situation in Abstimmung mit den Betroffenen zu beurteilen, inwiefern das Führen des Kalenders zuhause sicher ist oder von dem*der Partner*in entdeckt werden und potenziell zur Eskalation der Gewalt führen könnte. Alternativ können die Vorfälle auch gemeinsam in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten werden (Campbell, 2004). Zudem ist zu beachten, dass keine Verantwortungsverschiebung stattfindet, bei der sich Betroffene für die erlebte Gewalt verantwortlich fühlen, weil sie die Eskalationsgefahr nicht erkannt haben.

Stärkenbasierte Psychotherapie

Um Hilflosigkeitserleben sowie Scham- und Schuldgefühlen von Betroffenen entgegenzuwirken, hat sich die Empowerment- und stärkenbasierte Arbeit mit Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen etabliert (Doyle et al., 2022; Kulkarni, 2019).

Hierzu zählt bei Therapiebeginn, es als Stärke zu würdigen, dass Patient*innen Hilfe gesucht haben, und ihnen Entscheidungsmöglichkeiten und Kontrolle einzuräumen (z. B. bei Bestimmung der Therapieinhalte) (Iverson et al., 2021; Rhodes et al., 2015). Zudem kann die Nutzung sensibler Sprache dabei helfen, patient*innenseitige Barrieren abzubauen (z. B. „Menschen, die Gewalt erleben“ oder „Betroffene“ statt

„Opfer“) (Doyle et al., 2022). Für einige Patient*innen kann das Erkennen von Gewaltbetroffenheit förderlich sein, um das eigene Handeln und eigene psychische Reaktionen nachvollziehen zu können (Doyle et al., 2022).

Im Therapieverlauf können Aspekte herausgearbeitet werden, welche der*die Patient*in kontrollieren kann (z. B. eigenes Verhalten, Sicherheitsmaßnahmen, Selbstfürsorge), und von denjenigen Aspekten differenziert werden, die außerhalb der Kontrolle des*der Patient*in liegen (z. B. Verhalten des Partners/der Partnerin) (Riehl-Emde, 2004; Sorrentino et al., 2021). Hierbei können interne (z. B. Symptommanagement, Umgang mit negativen Gedanken und Gefühlen in Bezug auf sich selbst) und externe Ressourcen (z. B. Aufbau eines sozialen Netzwerks) sowie interpersonelle Kompetenzen (z. B. Kommunikations- und Konfliktlösefähigkeiten, Selbstbehauptung und Aushandlung von Grenzen) gestärkt werden (siehe Tabelle 2, S. 34) (Doyle et al., 2022; Riehl-Emde, 2004; Sorrentino et al., 2021).

Auch hier sollte eine Verantwortungsverschiebung vermieden werden, bei der sich Betroffene für die erlebte Gewalt verantwortlich fühlen, weil sie bei der Umsetzung der erarbeiteten Strategien „versagt“ haben. Schuldbezogenen Kognitionen können Psychotherapeut*innen entgegenwirken, indem sie die Verantwortung klar der gewaltausübenden Person zuschreiben und die Schwierigkeit der Situation für die betroffene Person herausarbeiten (z. B. können bei schuldbezogenen Kognitionen wie „Warum habe ich mich nicht eher getrennt?“ Schwierigkeiten herausgearbeitet werden, die eine „einfache“ Trennung verhindert haben) (Kubany et al., 2004).

Für die Überwindung von Schuldgefühlen sowie den langfristigen Prozess der Verarbeitung und Bewältigung von Gewalt in Paarbeziehungen betonen Betroffene im Einklang mit psychodynamischen Ansätzen zudem die Relevanz des Wiederaufbaus und Zurückgewinnens der eigenen Identität, die Verbesserung des Selbstkonzepts, die Stärkung der Selbstbestimmung sowie die Sinn- und Hoffnungsfindung (Löwer-Hirsch, 2010; Sinko & Saint Arnault, 2019). Hierbei kann die Arbeit mit persönlichen und kulturellen Werten einen zentralen Stellenwert einnehmen (Doyle et al., 2022). Darüber hinaus kann nach einer Trennung der Aufbau neuer romantischer Beziehungen sowie Exploration und Selbstbestimmung der eigenen Sexualität zum Inhalt der Psychotherapie werden (Flasch et al., 2019).

Fazit

Gewalt in Paarbeziehungen ist aufgrund der schwerwiegenden Auswirkungen, aber auch aufgrund der hohen Prävalenz ein für die psychotherapeutische Arbeit hochrelevantes Prob-

⁴ Das Danger-Assessment kann in deutscher Sprache in Brzank (2005, S. 57), verfügbar unter: https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2021-05/Brzank_2005_SIGNAL_Materialien%20zur%20Implementierung%20von%20Interventionsprogrammen.pdf heruntergeladen werden.

Bereich	Inhalte
Emotionsbezogene Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stressmanagement ■ Entspannungsübungen ■ Skills ■ Umgang mit Wut ■ Umgang mit Trauer
Verhaltensbezogene Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aktivitätenaufbau ■ Selbstfürsorge ■ gesundheitsrelevantes Verhalten (z. B. Schlafhygiene, Bewegung, reproduktive Gesundheit)
Kognitionsbezogene Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitoring negativer Gedanken ■ Coping-Strategien ■ Problemlösung ■ kognitive Umstrukturierung (in Bezug auf das eigene Selbst, schuld- und schambezogene Kognitionen) ■ Aufbau positiver Gedanken (in Bezug auf das Selbst, die Zukunft)
Interpersonelle Strategien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten ■ Selbstbehauptung und Grenzen setzen ■ Aufbau eines sozialen Netzwerks
Störungsspezifische Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suizidalität ■ Depression ■ PTBS ■ Angststörungen ■ Alkohol-, Drogen- und Substanzkonsum ■ Somatoforme Störung ■ Essstörungen
Geschlechtstypische und kulturelle Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einfluss von und Umgang mit genderstereotypen Rollenerwartungen ■ Umgang mit Diskriminierungserfahrungen (z. B. Homo- und Transfeindlichkeit, Rassismus) ■ Arbeit mit kulturellen Stärken

Tabelle 2: Inhalte der Ressourcenarbeit mit Betroffenen von Gewalt in Paarbeziehungen (Doyle et al., 2022; Micklitz, Glass et al., 2023; Micklitz, Nagel et al., 2023)

lem. Betroffene Menschen sind häufig mit multiplen biopsychosozialen Problemlagen konfrontiert, die zur Aufrechterhaltung der Gewalt beitragen und die Hilfesuche sowie das Offenlegen von Gewalterfahrungen erschweren. Universelle Screenings, ein informiertes und transparentes Vorgehen sowie eine nichtwertende und empathische Haltung können die Offenbarung und psychotherapeutische Bearbeitung von Gewalterlebnissen erleichtern. Neben der individuellen Symptomatik und Gewalterfahrung sollten die Lebensumstände, das Bewusstsein über Gewaltbetroffenheit des*der Patient*in sowie seine*ihre Ziele erarbeitet und in einem individualisierten Vorgehen berücksichtigt werden. Sicherheitsbedenken sollten transparent kommuniziert und durch zielgerichtete Sicherheitsmaßnahmen adressiert werden. Psychotherapeut*innen können Betroffene bei der Navigation durch das vorhandene Hilfesystem beraten und durch eine fachgerechte Diagnostik, Psychoedukation sowie durch stärkenbasierte Psychotherapie unterstützen.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis sowie weiterführende Literatur für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Alexander, E. F. & Johnson, M. D. (2023). On categorizing intimate partner violence: A systematic review of exploratory clustering and classification studies. *Journal of Family Psychology, 37* (5), 743–752.

Brzank, P. & Blättner, B. (2010). Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner - Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, 53*, 221–232.

Bundeskriminalamt. (2023). Bundeslagebild Häusliche Gewalt 2022. Verfügbar unter: <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/HaeuslicheGewalt/HaeuslicheGewalt2022.html?nn=219004> [2.10.2023].

Clemens, V., Fegert, J. M., Kavemann, B., Meysen, T., Ziegenhain, U., Brähler, E. et al. (2023). Epidemiology of intimate partner violence perpetration and victimisation in a representative sample. *Epidemiology and psychiatric sciences, 32*, e25. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1017/S2045796023000069> [31.01.2024].

Doyle, K. W., Knetig, J. A. & Iverson, K. M. (2022). Practical implications of research on intimate partner violence experiences for the mental health clinician. *Current Treatment Options in Psychiatry, 9* (3), 280–300.

Heron, R. L. & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community, 29* (3), 612–630.

Jud, A., Grafe, B., Meshkova, K., Kavemann, B., Meysen, T., Hoffmann, U. et al. (2023). Prevalence and predictors of affirmations of intimate partner violence in Germany: a first nationwide study on victimization in women and men. *Journal of Interpersonal Violence, 38* (1–2), NP1473–NP1493.

Löwer-Hirsch, M. (2010). Kampf um Anerkennung. *Psychotherapeut, 55*, 106–112.

Micklitz, H. M., Glass, C. M., Bengel, J. & Sander, L. B. (2023). Efficacy of psychosocial interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 23* (0), 15248380231169481. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/15248380231169481> [31.01.2024].

Oram, S., Fisher, H. L., Minnis, H., Seedat, S., Walby, S., Hegarty, K. et al. (2022). The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *The Lancet Psychiatry, 9* (6), 487–524.

Paphitis, S. A., Bentley, A., Asher, L., Osrin, D. & Oram, S. (2022). Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. *PLoS One, 17* (3), e0264845. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264845> [31.01.2024].

Reisenhofer, S. & Taft, A. (2013). Women’s journey to safety – The Trans-theoretical model in clinical practice when working with women experiencing Intimate Partner Violence: A scientific review and clinical guidance. *Patient Education and Counseling, 93* (3), 536–548.

Riehl-Emde, A. (2004). Destruktivität in Paarbeziehungen: Paartherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut, 49*, 110–118.

Schwarz, S. (2022). Gewalt in heterosexuellen Beziehungen - Theoretische Verortungen und Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 54*, 83–95.

S. I. G. N. A. L. e. V. (2014). Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen: Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Berlin: World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf> [24.10.2023].

Sorrentino, A. E., Iverson, K. M., Tuepker, A., True, G., Cusack, M., Newell, S. et al. (2021). Mental health care in the context of intimate partner violence: Survivor perspectives. *Psychological Services, 18* (4), 512.

Trevillion, K., Corker, E., Capron, L. E. & Oram, S. (2016). Improving mental health service responses to domestic violence and abuse. *International Review of Psychiatry, 28* (5), 423–432.



Hannah Moon Micklitz

Korrespondenzanschrift:
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Hebelstr. 29, 79104 Freiburg i. Breisgau
hannah.micklitz@psychologie.uni-freiburg.de

Hannah M. Micklitz, M. Sc. Psych., ist Doktorandin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. In ihrer Dissertation beschäftigt sie sich mit psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen für Menschen, die von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen sind, mit einem Schwerpunkt auf digitalen Interventionen als niedrigschwellige Unterstützungsmöglichkeit.



Prof. Dr. Gunda Wössner

Prof. Dr. Gunda Wössner ist Professorin für Allgemeine Psychologie und Klinische Psychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg sowie Fachpsychologin für Rechtspsychologie BDP/DGPs. Sie forscht zu Resozialisierung und Rückfallverhalten von (Sexual-)Straftätern sowie zu viktimologischen Aspekten genderbasierter Gewalt.



Prof. Dr. Heide Glaesmer

Prof. Dr. Heide Glaesmer, Psychologische Psychotherapeutin, ist stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Dort leitet sie die Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie und Migrationsforschung“, in der sie sich schwerpunktmäßig mit Gewalterfahrungen in zivilen Kontexten sowie in Konflikt- und Postkonfliktregionen auseinandersetzt.



Dr. Lasse B. Sander

Dr. Lasse B. Sander, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, leitet eine Forschungsgruppe an der Universität Freiburg und ist als Psychotherapeut in eigener Praxis tätig. Schwerpunkte seiner Forschung liegen in der Digitalisierung von Psychotherapie, der Prävention von Depressionen und Suiziden sowie der psychologischen Versorgung schwer zu erreichender Bevölkerungsgruppen.

30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Neuerungen in der OPD-3

Cord Benecke

Zusammenfassung: Der Beitrag stellt die neueste Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3) vor. Nach einer kurzen Skizze der mittlerweile dreißigjährigen Geschichte der OPD, werden die vier Achsen der OPD-3 dargestellt: Achse I: Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; Achse II: Beziehung; Achse III: Konflikt; Achse IV: Struktur – jeweils mit den vorgenommenen Neuerungen sowie den Wechselwirkungen zwischen den Achsen. Die in der OPD beschriebenen Konzepte haben mittlerweile eine breite, auch verfahrensübergreifende Akzeptanz gefunden, was sicher auch in der reichhaltigen empirischen Forschung zur OPD begründet ist, die in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst wird. Die OPD zeigt sich als empirisch fundiertes, gut lehr- und lernbares sowie klinisch nützlich System, welches in vielen Bereichen fruchtbare Anwendung findet.

Die Entwicklung der OPD

„Unsere Diagnosen erfolgen sehr häufig erst nachträglich ...
Wir kaufen die Katze im Sack“
(Freud, 1933, S. 167).

Psychoanalytische Diagnostik galt lange als auch aus empirischer Perspektive nicht besonders reliabel (Langer & Abelson, 1974; Blaser, 1977; Rudolf & Stille, 1984). Zwar ermöglicht die differenzierte Erfassung von Übertragung/Gegenübertragung, Konflikt- und Strukturmerkmalen eine Beschreibung individueller Muster, die für die differenzielle Indikation bedeutsam sind (Schüßler, 2002; Rudolf et al., 1996). Aber das hohe Abstraktionsniveau und der Komplexitätsgrad psychoanalytischer Konzepte erschweren eine präzise Erfassung in der klinischen Situation, sodass die diagnostischen Aussagen analytischer Psychotherapeut*innen manchen Kritiker*innen als in ‚künstlerischer Freiheit‘ formulierte Diagnosen erscheinen (Rudolf, 2001), wodurch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung erschwert wurde.

Daher wurden in den letzten Jahren mehrere Instrumente entwickelt, um psychodynamische Konzepte in operationalisierter Weise zu erfassen, z. B. das *Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (STIPO; Clarkin et al., 2016; Hörz-Sagstetter & Doering, 2021), die *Skalen Psychischer Kompetenzen* (SPK; Wallerstein et al., 1989; Huber et al., 2006), die *Reflective Function Scale* (RF) als Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 1998; Taubner et al., 2013). Seit 1996 liegt das Manual zur *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD) vom Arbeitskreis OPD (1996; in zweiter Version OPD-2, 2006) vor, mittels dessen die drei zentralen psychodynamische Dimensionen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ reliabel erfasst werden können.

Das OPD-System ermöglicht so eine umfassende, klinisch relevante und zugleich präzise Diagnostik mit insgesamt befriedigenden Gütekriterien (ausführlich siehe *Arbeitskreis OPD, 2023*).¹ Die OPD versteht sich als Ergänzung zur klassifikatorischen Diagnostik, die das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) und die *International Classification of Diseases* (ICD) bereitstellen. Die deskriptive, symptomzentrierte Diagnose ist wichtig (und ist daher jetzt in der Achse I der OPD integriert), gibt dem*der Kliniker*in aber wenig Handlungsanweisungen für die Indikationsstellung und Behandlungsplanung. Psychodynamisch orientierten Psychotherapeut*innen verbinden die Symptomatik jedoch mit Hypothesen über intrapsychische Konflikte, über das Strukturniveau, über die daraus entstehenden dysfunktionalen Beziehungsmuster und einer vor diesem Hintergrund verstandenen individuellen Bedeutung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen.

Der Arbeitskreis OPD entwickelte ein diagnostisches Inventar und stellte ein Handbuch zum Training und zur klinischen Anwendung zur Verfügung. Die multiaxiale psychodynamische Diagnostik in der neuesten Version der OPD-3 basierte auf vier Achsen:

Achse I: Psychische Störungen², Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

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

² Die klassifikatorischen Diagnosen wurden in der OPD-1 und OPD-2 noch in einer separaten Achse V aufgeführt. Es erscheint uns unangemessen, die ICD oder das DSM gewissermaßen als Unteraspekt der OPD zu deklarieren. Nichtsdestoweniger ist die syndromale Diagnostik unerlässlich. Daher wird sie jetzt in der OPD-3 der gesamten OPD-Diagnostik vorangestellt: Die psychischen Störungen werden gleich zu Beginn der Achse I erfasst. Die weiteren OPD-Achsen liefern dann eine mögliche Erklärung für das Auftreten der Symptomatik.

Achse II: Beziehung

Achse III: Konflikt

Achse IV: Struktur

In der Achse *Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* werden Kriterien für die Indikationsstellung (wie Leidensdruck, Ressourcen und Behandlungsmotivation) erhoben. Die Achse *Beziehung* erfasst anhand beobachtungsnaher dimensionaler Kategorien Muster der Beziehungsgestaltung aus der Sicht von Patient*in und Untersucher*in. Die Achse *Konflikt* erfasst sieben zeitlich überdauernde und verinnerlichte Konflikte, die das Erleben und Verhalten von Patient*innen prägen und ihre Interaktionen färben. Die Achse *Struktur* erfasst die Verfügbarkeit über basale psychische Fähigkeiten.

Die OPD-Achsen versuchen, vorhandene zentrale psychodynamische Konzepte so zu operationalisieren, dass sie mit einem handhabbaren Instrument nach einer strukturierten Schulung reliabel erfassbar sind. Dazu wurden die zu diagnostizierenden Aspekte auf einem mittleren Abstraktionsniveau beschrieben, zwischen reiner Verhaltensdeskription und reiner metapsychologischer Begriffsbildung. Zudem wurde von Beginn an, aber nochmals verstärkt in der OPD-3 eine verfahrensübergreifende und möglichst präzise Sprach- und Begriffskultur angestrebt, die so weit wie möglich auf eine ‚schulenspezifische‘ metapsychologische Terminologie verzichtet.

Ein weiteres Anliegen war und ist, das klinische Material, welches die Basis der OPD-Diagnostik darstellt, möglichst gut in die therapeutische Praxis integrierbar zu machen: Nach einem ca. 90-minütigen Erstgespräch kann die Psychodynamik des*der Patient*in auf der Grundlage der OPD-Kategorien eingeschätzt werden. Ein Interviewleitfaden hilft, die für die OPD-Diagnostik relevanten Informationen zu gewinnen. Im Unterschied zu anderen Diagnostiksystemen, wie den oben bereits erwähnten STIPO, SPK und RF, die ein hochgradig strukturiertes und standardisiertes Interview voraussetzen, ist der OPD-Interviewleitfaden so flexibel gestaltet, dass das Interview weitgehend als normales, d. h. offenes psychodynamisches Interview geführt werden kann, um die OPD-Achsen reliabel einschätzen zu können.

Die OPD-2 wurde in etliche Sprachen übersetzt: Englisch, Spanisch, Italienisch, Französisch, Portugiesisch, Türkisch, Tschechisch, Ungarisch, Rumänisch, Russisch und Chinesisch. Neben dem zentralen OPD-Manual und zahlreichen Forschungsarbeiten (u. a. zur empirischen Validierung) wurden weitere ergänzende Schriften publiziert, wie OPD bei Abhängigkeitserkrankungen (Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen, 2013) und OPD im Psychotherapieantrag (Stasch et al., 2016), OPD bei Traumafolgestörungen (Burgmer et al., 2024), ein Fallbuch mit Video-Beispielen (*Schauburg et al., 2020*) sowie eine OPD-basierte Diagnostik im Coaching (Möller & Benecke, 2023).

Eine Gruppe von Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Entwicklungspsycholog*innen veröffentlichte im Jahr 2000 ein Manual für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ), welches inzwischen ebenfalls in einer zweiten Version vorliegt (*Arbeitskreis OPD-KJ, 2013*), empirisch erprobt ist (z. B. Mayer et al., 2021) und in verschiedenen Sprachen vorliegt. Eine Besonderheit dieses Ansatzes ist, dass die vier Achsen der OPD entwicklungs- und kontextbezogen operationalisiert wurden.

Mittlerweile stellt die OPD einen im deutschen Sprachraum weithin akzeptierten Standard in der psychodynamischen Diagnostik für Klinik und Forschung dar. Auch in psychodynamischen/psychoanalytischen Ausbildungsinstituten hat die OPD einen festen Platz gefunden. Es bietet sich an, die OPD auch in den neuen Psychotherapie-Studiengängen gemäß der Reform des PsychThG zu vermitteln, da sie sich aufgrund der klaren Operationalisierungen bestens auch für universitäre Lehre eignet.

Die aktuelle OPD-3

Für das 2023 erschienene Manual zur OPD-3 wurden die OPD-Achsen erneut gründlich überarbeitet. Dabei wurden sowohl die Erfahrungen aus unzähligen Trainingskursen und der klinischen Anwendung als auch die Ergebnisse von Forschungsprojekten berücksichtigt (eine umfassende Übersicht zur empirischen Forschung mit der OPD findet sich im Manual der OPD-3: *Arbeitskreis OPD, 2023*).

Wie bei den vorherigen Versionen hat auch an der hier vorliegenden OPD-3 eine große Gruppe psychodynamisch orientierter Psychotherapeut*innen und Forscher*innen aus den Gebieten der Psychoanalyse und Psychodynamischen Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin und Psychiatrie zusammengearbeitet und in einem jahrelangen Prozess um die Neuerungen und das zumindest vorläufig ‚beste‘ Ergebnis gerungen. Wir sind überzeugt, dass mit der OPD-3 ein weiterer großer Schritt nach vorne gelungen ist: Durch eine stärkere Dimensionalisierung (alle Items werden nun auf Skalen mit verschiedenen Ausprägungen eingeschätzt) ist das Instrument noch forschungstauglicher geworden und die stärkere Verknüpfung der Achsen ermöglicht eine verbesserte Abbildung der klinisch so bedeutsamen Komplexität psychischer Prozesse.

Die vier Achsen der OPD-3 entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verständnis. Warum diese Achsen?

Achse I – Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Für Achse I zur Abbildung des Krankheitserlebens und der Behandlungsvoraussetzungen sprach die offensichtliche

praktische Relevanz dieser (eher aus der kognitiven Psychologie entlehnten) Kategorien: Die Patient*innen müssen „dort abgeholt werden, wo sie stehen und wo sie etwas erwarten“ – d. h. bei Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung. In der Achse I wird nun die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik gemäß ICD oder DSM in die OPD hineingenommen, womit die Notwendigkeit einer genauen Erfassung von psychopathologischen Phänomenen, die auch in einer psychodynamischen Diagnostik ihren Platz haben muss, betont wird. Es wird die globale Schwere und der Verlauf der behandlungsbedürftigen Störung mit international üblichen Kriterien bewertet. Die *Global Assessment of Functioning* (GAF) wurde in die Bereiche Symptomatik, berufliche Funktion und soziale Funktion untergliedert. Es werden die subjektiven Krankheitskonzepte (z. B. somatisches, soziales, alternatives, intrapsychisches) der Patient*innen erfasst, woraus sich meist auch die von den Patient*innen präferierten Veränderungs- bzw. Behandlungskonzepte ergeben. Zudem werden Veränderungshemmnisse und -ressourcen sowie übergeordnete Ziele (z. B. Symptomreduktion, Klärung) beschrieben.

Achse II – Beziehung

Achse II – Beziehung stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher interpersoneller Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit zur Verfügung, das in Anlehnung an interpersonelle Kreismodelle (insbesondere dem SASB, Benjamin, 1974; Tress, 1993) konzipiert wurde, aber klar darüber hinausgeht, indem explizit Gegenübertragungsaspekte erfasst und mit dem Objekterleben der Patient*innen in Verbindung gebracht werden.

In der Achse II wird das zentrale, repetitive und dysfunktionale Beziehungsmuster eines*einer Patient*in aus zwei Blickwinkeln beschrieben, nämlich aus der Erlebensperspektive

des*der Patient*in und aus derjenigen der Interaktionspartner*innen.

Um die vier Kästchen in Tabelle 1 zu ‚befüllen‘, wird eine Liste von Beziehungsitens vorgegeben, aus der die für den jeweiligen Fall zutreffenden Beschreibungen ausgewählt werden. Die Item-Liste folgt stringent der Logik der Kreismodelle interpersonellen Verhaltens (z. B. Kiesler-Kreis). Die Verhaltensweisen werden auf einem Kreismodell angeordnet, welches sich durch die Achsen *Affiliation* und *Kontrolle* aufspannt – der Ort einer Verhaltensweise auf dem Kreis wird durch die Mischung aus Affiliation und Kontrolle bestimmt.

Die Items sind in der OPD-3 dimensional skaliert: Jede im Kreismodell enthaltene Verhaltensweise kann in einem unterschiedlichen Maß an Dysfunktionalität vorliegen. Dabei wurde für jedes Item eine *unauffällige* (0), eine *akzentuierte* (1) und eine deutlich *dysfunktionale* (2) Ausprägung formuliert. Diese drei Stufen sind für jedes Beziehungsitens ausformuliert. Jede Verhaltensweise kann wahlweise auch gesondert als *Ressource* benannt werden.

0 = unauffällig	1 = akzentuiert	2 = dysfunktional ausgeprägt
<i>sich einbringen</i>	<i>sich einmischen</i>	<i>ständig bevormunden</i>
<i>Zuneigung zeigen</i>	<i>mit Zuneigung bedrängen</i>	<i>mit Liebe verfolgen, „stalken“</i>

Tabelle 2: Beispiele für dreistufige Ausformulierungen von Beziehungsitens

Die anhand der Items beschriebenen interpersonellen Positionen werden zu einer *beziehungsdynamischen Formulierung* integriert, indem die Positionen systematisch verknüpft werden, wodurch sich das individuelle (und meist dysfunktionale, sich selbst aufrechterhaltende) Beziehungsmuster gut herausarbeiten lässt.

Perspektive A: Das Erleben des*der Patient*in	
<p>Patient*in erlebt sich immer wieder so ... Hier liegt der Fokus auf dem interpersonellen Verhalten der Patient*innen selbst, also auf denjenigen Verhaltensweisen, die im Selbsterleben der Patient*innen als dominant erscheinen. Hier werden Verhaltensweisen benannt, die den Patient*innen bewusst sind und die meist defensive, reaktive Aspekte (in konflikthaften Situationen) beinhalten.</p>	<p>Patient*in erlebt andere immer wieder so ... Hier wird auf die Verhaltensweisen der anderen gegenüber den Patient*innen fokussiert, so wie sie von den Patient*innen mehr oder weniger durchgängig erlebt und beschrieben werden. Oftmals dominieren hier negative Verhaltensweisen (z. B. Entwerten) oder unfaire Kombinationen (z. B. Forderungen gestellt zu bekommen und zugleich Vernachlässigung zu erleben).</p>
Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des*der Untersucher*in)	
<p>Andere/Interviewer*in erleben den*die Patient*in immer wieder so ... Hier liegt der Fokus auf den Beziehungsangeboten des*der Patient*in gegenüber anderen Personen – auch dem*der Untersucher*in. Beschrieben werden die Verhaltensweisen des*der Patient*in, wie sie von anderen wahrgenommen werden. Diese Verhaltensweisen sind dem*der Patient*in selbst oft nicht bewusst. Hier spielen ggf. (schwierige) Übertragungsangebote des*der Patient*in eine Rolle.</p>	<p>Andere/Interviewer*in erleben sich gegenüber dem*der Patient*in ... Hier wird auf Handlungsimpulse fokussiert, die der*die Patient*in bei anderen, d. h. auch bei dem*der Untersucher*in, auslöst. Es geht hier nicht darum, wie sich der*die Untersucher*in tatsächlich verhält oder verhalten würde, sondern darum, welche <i>Handlungsimpulse</i> in ihm* ihr ausgelöst werden. Hier finden sich also Aspekte der psychoanalytischen Gegenübertragungsdiagnostik wieder.</p>

Tabelle 1: Die vier interpersonellen Perspektiven der OPD-Beziehung Achse

Passiver Modus		Aktiver Modus
Existenziell angewiesen auf enge Bindung; Trennung undenkbar	K1	Autonomie und Eigenständigkeit um jeden Preis; Nähe aversiv
Vermeidung des Erlebens von Hilflosigkeit durch passiv-aggressive Unterwerfung	K2	Kontrolle/Dominanz ist oberstes Gebot zur Vermeidung von Hilflosigkeit
Starke Bedürftigkeit; depending and demanding zur Kompensation des inneren Mangelgefühls	K3	„Autarkie“ im Sinne von „ich brauche nichts für mich“, „altruistische Abtretung“
Minderwertigkeit manchmal regelrecht vor sich hergetragen; Aufgeben von Zielen schützt vor realem Scheitern	K4	Forcierte Selbstsicherheit zur Bewältigung des inneren/abgewehrten Minderwertigkeitserlebens
Überzogene Verantwortungsübernahme mit starken Schuldgefühlen	K5	Habituelle Zurückweisung eigener Verantwortung
Scheinbares Nicht-Wissen um die rivalisierend-anerkennde und sexuelle Thematik; emotional dominieren Schüchternheit, (Scham-) Angst	K6	Getrieben, sich (theatralisch) in Szene zu setzen, zu glänzen und (sexuell) zu verführen/rivalisieren, um inneres Unreife-Erleben zu kompensieren
Identitätsunsicherheit wird bewältigt, indem der gesamten Identitätsfrage ausgewichen wird, alles im Vagen gehalten wird bzw. Teilidentitäten konflikthaft aufeinandertreffen.	K7	Unsicherheit der eigenen Identität wird forciert überkompensiert. Identität wird stimmig gemacht. Widersprüche der Teilidentitäten werden aktiv verleugnet.

Tabelle 3: Skizzierung der Bewältigungsmodi der sieben Konfliktthemen

Achse III – Konflikt

Achse III – Konflikt überträgt ein Stück klassischer psychoanalytischer Diagnostik – die zentrale Rolle innerer Konflikte – in ein reliables System. Auf der Basis universeller Motivsysteme (vgl. Benecke & Brauner, 2017) werden sieben zentrale Konfliktthemen beschrieben: *Abhängigkeit vs. Individuation* (K1), *Unterwerfung vs. Kontrolle* (K2), *Versorgung vs. Autarkie* (K3), *Selbstwertkonflikt* (K4), *Schuldkonflikt* (K5), *Ödipaler Konflikt* (K6) und *Identitätskonflikt* (K7). Für jeden dieser Konflikte werden jeweils die motivationale Basis, das innere Erleben bei gelungener Entwicklung, die (meist schmerzlichen und daher abgewehrten) *Kernaffekte* bei problematischen Erfahrungen mit diesem Motivsystem sowie jeweils ein *aktiver* (a) und ein *passiver* (p) Verarbeitungs- bzw. Lösungsmodus als typische *Bewältigungsformen* beschrieben. Darüber hinaus kann auch eine *abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung* (K0) diagnostiziert werden, wenn eine übersteigerte Abwehr von konflikthaftem vorliegt, was sich meist durch eine Überbetonung von Sachlichkeit und dem ‚Übersehen‘ von Gefühlen und Bedürfnissen bei sich und anderen zeigt. Es besteht eine Nähe zur Alexithymie.

Eine neu eingeführte Unterscheidung zwischen „lebenslang“ und „aktuell“ ermöglicht, Veränderungen (z. B. im Bewältigungsmodus) besser abzubilden.

Das Konflikt-Rating ist in der OPD-3 nicht mehr beschränkt auf ‚bessere‘ Strukturniveaus („gut integriert“, „mäßig integriert“), sondern Konflikte können bei allen Strukturniveaus geratet werden (auch bei gering integriertem oder desintegriertem Strukturniveau). Die Manifestationen der Konflikte auf den Strukturniveaus „gut integriert“, „mäßig integriert“ und „gering integriert“ werden ausformuliert. Die Integration des Konzepts der Dilemmata gemäß Mentzos (z. B. Mentzos, 2002, 2015; Lempa et al., 2017) in die OPD-Konfliktachse wird in einem gesonderten Kapitel „Zur weiteren Forschung vorgesehen: Dilemma und Konflikt“ dargestellt.

Achse IV – Struktur

Achse IV – Struktur beschreibt die Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen, die als basale psychische Fähigkeiten verstanden werden.³ Hierzu zählen z. B. die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. Die Verfügbarkeit über diese strukturellen Funktionen beeinflusst ganz wesentlich die Manifestationen und die Möglichkeiten des Umgangs mit inneren und äußeren Konflikten. Die Einschätzung auf der Strukturachse hat entscheidenden Einfluss auf die Indikationsstellung.

Die Strukturachse umfasst fünf Dimensionen, von denen vier in je eine auf das Selbst und eine auf die Objekte/Beziehungen abzielende Dimension unterteilt sind. Lediglich die mittlere Dimension, die Abwehr, erstreckt sich über beide Bereiche, da sie (fast) immer intrapsychische und interpersonelle Aspekte vereint. Für jede der insgesamt neun Dimensionen der Strukturachse wurden jeweils drei Facetten definiert, die im Manual ausformuliert sind.

Tabelle 4 enthält damit eine Liste der aus Sicht der OPD zentralen psychischen (Ich-)Fähigkeiten.

Die OPD unterscheidet vier Integrationsniveaus der Struktur („gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“, „desintegriert“), die das Ausmaß der Verfügbarkeit über die Funktionen bzw. die Beeinträchtigung dieser sicher beschreibt:

- Das Niveau der *guten* Integration bedeutet, dass ein autonomes Selbst über einen psychischen Binnenraum verfügt, in dem intrapsychische Konflikte ausgetragen werden können und ein breites Spektrum an Erlebensmöglich-

³ Die dimensionale Betrachtung von Persönlichkeitsstörung entlang basaler psychischer Funktionen findet sich in Form der *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* mittlerweile auch im DSM-5 (Zimmermann et al., 2013) sowie in der ICD-11 (Tyrer et al., 2019).

SELBST	OBJEKT/BEZIEHUNGEN
Selbstwahrnehmung	Objektwahrnehmung
ST1.1 Selbstreflexion	ST1.4 Selbst-Objekt-Differenzierung
ST1.2 Affektdifferenzierung	ST1.5 Objektbezogene Affektdifferenzierung
ST1.3 Identität	ST1.6 Integrierte Objektwahrnehmung
Selbstregulation	Beziehungsregulation
ST2.1 Impulssteuerung	ST2.4 Beziehungen schützen
ST2.2 Affekttoleranz	ST2.5 Antizipation
ST2.3 Selbstwertregulierung	ST2.6 Interessenausgleich
Abwehr	
ST3.1 Lebens- und Erlebensmöglichkeiten	
ST3.2 Interpersonalität	
ST3.3 Mechanismen	
Kommunikation nach innen	Kommunikation nach außen
ST4.1 Affekte und Fantasien erleben	ST4.4 Emotionale Kontaktaufnahme
ST4.2 Lustvolles Erleben	ST4.5 Intimität
ST4.3 Körper selbst	ST4.6 Empathie
Bindung an innere Objekte	Bindung an äußere Objekte
ST5.1 Internalisierung	ST5.4 Bindungsfähigkeit
ST5.2 Introjekte nutzen	ST5.5 Vertrauen
ST5.3 Variabilität	ST5.6 Bindung lösen

Tabelle 4: Dimensionen und Facetten der strukturellen Funktionen in der OPD-3 (Arbeitskreis OPD, 2023, S. 193)

keiten bei gleichzeitig etablierten Regulierungsfähigkeiten besteht.

- Das Niveau der *mäßigen* Integration lässt eine geringere Verfügbarkeit über regulierende Funktionen und eine schwächere Ausdifferenzierung psychischer Substrukturen erkennen. Konflikthafte Impulse oder Affekte werden oft ‚übersteuernd‘ reguliert, was häufig eine psychische Rigidität (auch der Abwehr) mit sich bringt.
- Das Niveau der *geringen* Integration ist dadurch gekennzeichnet, dass der seelische Binnenraum und die psychischen Substrukturen nicht sicher verfügbar sind, sodass Konflikte kaum intrapsychisch, sondern vorwiegend interpersonell ausgetragen werden. Es besteht eine Neigung zu Untersteuerung von Affekten und Impulsen, sodass es häufig zu interpersonellen Verwerfungen kommt. Alternativ kann es zum Abschalten von Affekten und Impulsen kommen, was sich in Zuständen von Leere äußert.
- Das Niveau der *Desintegration* ist dadurch charakterisiert, dass die strukturellen Fähigkeiten nicht mehr verfügbar und Kompensationen meist nur noch unter Realitätsverleugnung möglich sind. Affekte können völlig überfluten. Das psychische Erleben ist oft durch Fragmentierungen gekennzeichnet.

Anhand der im Manual gegebenen ausführlichen Operationalisierungen und klinischen Beispiele wird es möglich, für jede strukturelle Kategorie ein Integrationsniveau festzulegen. Daraus lässt sich zum einen ein strukturelles Profil über die Dimensionen, zum anderen ein strukturelles Gesamtniveau bestimmen. Außerdem steht eine Checkliste zur Verfügung, mit deren Hilfe die Items reliabel geratet werden können. Die bisher schon benannten „Zwischenstufen“ (zwischen „gut“ und „mäßig integriert“, zwischen „mäßig“ und „gering integriert“ sowie zwischen „gering“ und „desintegriert“) werden in der OPD-3 nun auch ausformuliert. Dadurch ist die Struktur-Checkliste zwar umfangreicher, aber auch um einiges klarer und differenzierter geworden.

Die geringer integrierten ‚unteren‘ Strukturniveaus wurden inhaltlich komplett überarbeitet, insbesondere, um sie ‚psychiatrietauglicher‘ zu machen, wobei versucht wurde, spezifische Psychopathologien nicht zur Beschreibung heranzuziehen, um bspw. sowohl eine psychotische als auch eine psychopathische Desintegration gleichermaßen abzubilden. Hierzu konnten ausgewiesene Expert*innen in psychodynamischer Psychotherapie für die Mitarbeit an der Strukturachse gewonnen werden.

Zudem ermöglicht die OPD-3 zwei optionale Variabilitätsratings der Struktur: Es können nun Veränderungen des Strukturniveaus über die Zeit (z. B. ein Einbruch struktureller Fähigkeiten nach einem traumatisierenden Lebensereignis) sowie Unterschiede der Verfügbarkeit der strukturellen Funktionen in verschiedenen Lebensbereichen abgebildet werden (z. B. besseres Niveau im Bereich Arbeit, schlechteres im Bereich Intimität). Diese Optionen ermöglichen eine differenziertere Abbildung des psychischen Geschehens und damit auch der Therapieplanung bei vielen Patient*innen.

Wechselwirkungen zwischen den Achsen

Bei der Betrachtung der Achsen wird deutlich, dass sie in einigen Bereichen inhaltliche Überschneidungen aufweisen bzw. in enger Interaktion miteinander zu sehen sind. Die psychische Struktur stellt gewissermaßen die Basis dar, auf welcher sich Konflikte mit ihren gut oder schlecht angepassten Lösungsmustern abspielen. Ein und dasselbe konflikthaft motivationale Thema manifestiert sich unterschiedlich, je nach Verfügbarkeit über die strukturellen Funktionen (Tab. 5).

Als ‚Epiphänomene‘ sind die Beziehungsmuster beobachtungsnäher als psychische Struktur und innerer Konflikt. Habituelle dysfunktionale Beziehungsmuster können als Ausdruck und Manifestationen von inneren Konflikten und Strukturmerkmalen und zugleich als deren (kompromisshaften) Bewältigung verstanden werden: Sie spiegeln die problematischen Aspekte beider Bereiche wider. Beispielsweise dient stark kontrollierendes Verhalten oftmals der Abwehr von Hilflosigkeit (siehe Konflikt K2); mit schlechterer Verfügbarkeit über die strukturellen Funktionen äußert sich dies in zunehmend aggressiverem Dominanzverhalten bis hin zum aggressiven Ausleben von Macht und Willkür. Beziehungserleben und Beziehungsgestaltung erfahren daher eine besondere Beachtung sowohl bei der Diagnostik als auch im psychodynamischen Behandlungsprozess.

Empirische Forschung mit der OPD

Eine Besonderheit der OPD besteht darin, dass sie sowohl zum klinisch-praktischen Einsatz als auch zur empirischen Forschung taugt. Seit der ersten Publikation der OPD im Jahr 1996 wurde eine Vielzahl an empirischen Studien durchgeführt, die sowohl zur empirischen Fundierung im Sinne einer Konsolidierung und Evidenzbasierung als auch zur Weiterentwicklung zugehöriger Instrumente beigetragen haben (Zimmermann et al., 2010). Im Folgenden sollen einige Beispiele dieser Forschung dargestellt werden. Zusammenstellungen der Ergebnisse der empirischen Forschung zur OPD finden sich bei Both et al. (2019) sowie im OPD-3-Manual (*Arbeitskreis OPD, 2023*).

Empirische Studien zur Achse *Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen* zeigen eine

	Allgemeine Beschreibung der Manifestation des jeweiligen Konfliktthemas auf unterschiedlichen Strukturniveaus	Struktur-Niveau
Konfliktspannung	Konfliktpole werden als akzentuierte Neigung sichtbar, können erlebt und meist auch reguliert werden. Die konflikthaft-motivationale Thematik färbt das psychische Geschehen, führt aber aufgrund der gut verfügbaren strukturellen Funktionen selten zu Symptomen.	gut integriert
Neurotischer Konflikt	Lebens- und Beziehungsgestaltung geprägt durch die Konfliktthemen. Welt wird durch die individuelle ‚konflikt-thematische Brille‘ wahrgenommen. Stabilität durch ‚Übersteuerung‘ von Affekten und Impulsen sowie Verlust von Erlebensmöglichkeiten.	mäßig integriert
Konfliktschema	Instabilität/Wechsel und/oder extreme Ausprägungen der Konfliktpole. Meist Untersteuerung von Affekten und Impulsen sowie Dominanz ‚unreifer‘ und interpersoneller Abwehr (Spaltung, projektive Identifizierung). Starke Vulnerabilität.	gering integriert
Dilemma	Gegensätzliche Pole in Form von unauf-lösbaren Antagonismen (Dilemmata) mit extremen, existenziellen Bedrohungsgefühlen. Konflikt kaum psychisch repräsentierbar – „Lösung“ meist nur bei Realitätsumdeutung möglich.	desintegriert

Table 5: Manifestationen von konflikthaft-motivationalen Themen auf unterschiedlichen Integrationsniveaus der strukturellen Funktionen

gute Interrater-Reliabilität und Validität: z. B. Differenzierung verschiedener Patient*innengruppen, Zusammenhänge mit selbsteingeschätzter Therapiemotivation, Prädiktion des Langzeitverlaufs nach stationärer Psychotherapie (Schneider et al., 2008b; Waage et al., 2011; Zuccarino et al., 2012; Kati et al., 2015; Schneider et al., 2015).

Die Überprüfung der Interrater-Reliabilität sowie der konvergenen Konstruktvalidität der *OPD-Beziehungsachse* zeigen akzeptable Werte (Stasch et al., 2002, 2004; Schauenburg & Grande, 2010; Zuccarino et al., 2012; Lackmann et al., 2023). Die Beziehungsachse der OPD wurde unter anderem auch dazu genutzt, personalisierte Untersuchungsparadigmata zum Beispiel für den Einsatz in den Neurowissenschaften zu entwickeln (z. B. Kessler et al., 2013; Wiswede et al., 2014).

Mehrere Studien zeigen eine akzeptable Reliabilität und Validität der *OPD-Konfliktachse* (Cierpka et al., 2007; Schneider & Heuft, 2018; Lackmann et al., 2023). Es wurde eine Reihe von Studien mit Patient*innen aus verschiedenen Störungsgruppen hinsichtlich der Konfliktachse durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass bei nahezu allen dieser Studien die ersten vier Konflikte *Individuation vs. Abhängigkeit, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie* und *Selbstwert* deutlich häufiger diagnostiziert werden als die Konflikte K5 bis

K7 (Grande et al., 1998; Böker et al., 2007; Schneider et al., 2008a; Rudolf et al., 1996). Differenzierte Übersichten zu Befunden zu den einzelnen Konflikten finden sich in *Benecke und Brauner (2017)* sowie im OPD-3-Manual (*Arbeitskreis OPD, 2023*).

Der Erfolg der OPD ist darauf zurückzuführen, dass sie erstens sehr gut lehrbar ist, zweitens die empirische Beforschung psychodynamischer Konzepte ermöglicht und drittens sich organisch in den klinischen Alltag integrieren lässt.

Die *OPD-Strukturachse* zeigt insgesamt gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten (Rudolf et al., 1996; Benecke et al., 2009; Doering et al., 2014; *Lackmann et al., 2023*) sowie Validität. So lässt die OPD-Strukturachse signifikante Zusammenhänge mit verschiedenen Störungsmaßen (z. B. Komorbidität, Anzahl der Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzungen) wie auch mit mimisch-affektivem Verhalten, mit Behandlungsverläufen und mit Indikationsstellungen erkennen (Benecke et al., 2009; Bock et al., 2016; Spitzer et al., 2004; Henkel et al., 2019).

Da die Lege-artis-OPD-Diagnostik mit ausführlichem Interview und anschließendem Rating recht zeitaufwendig ist, wurden in den letzten Jahren *Selbstbeurteilungsinstrumente* zur Achse III (OPD-Konfliktfragebogen, OPD-KF; *Benecke et al., 2018*) und der Achse IV (OPD-Strukturfragebogen, OPD-SF; Ehrenthal et al., 2012) entwickelt. Der OPD-Strukturfragebogen liegt zudem als Kurzform vor (OPD-SFK; *Ehrenthal et al., 2015*). Auch mit diesen OPD-Fragebögen wurde bereits eine Vielzahl von empirischen Studien durchgeführt (Übersicht in *Arbeitskreis OPD, 2023*). Der Zusammenhang der Konflikt- und Struktur-Dimensionen untereinander sowie mit psychopathologischen Phänomenen wurde in jüngster Zeit mittels Netzwerkanalysen untersucht (*Vierl et al., 2023a, b, c*).

Fazit

OPD und OPD-KJ zusammen ermöglichen eine klar strukturierte und klinisch praktikable Erfassung zentraler psychodynamischer Konzepte über die Lebensspanne. Der Erfolg der OPD ist ganz wesentlich darauf zurückzuführen, dass sie erstens sehr gut lehrbar ist, zweitens die empirische Beforschung psychodynamischer Konzepte ermöglicht und drittens sich organisch in den klinischen Alltag integrieren lässt und praktisch nützliche Informationen für die differenzielle Psychotherapieplanung und -durchführung (z. B. struktur- vs. konfliktbezogene Behandlungsfokusse) bereitstellt. In mehreren Arbeiten wurde anhand von Einzelfällen gezeigt, dass sehr ähnlichen Störungskombinationen auf der syndromalen Ebene recht unterschiedliche Psychodynamiken zugrunde liegen können (*Henkel et al., 2018; Sell et al., 2021; Benecke & Henkel, 2022; Ehrenthal &*

Benecke, 2019). Die OPD eignet sich daher bestens für eine ‚Personalisierung‘ der Psychotherapie (Norcross & Wampold, 2011, 2018), die in der Psychodynamischen Psychotherapie eine lange Tradition hat: Die Indikationsstellung und Behandlungsplanung erfolgt nicht primär oder gar ausschließlich entlang der klassifikatorischen Diagnostik gemäß ICD oder DSM, sondern basiert zentral auf den OPD-Befunden sowie der individuellen Wechselwirkungen der Komponenten.

Insgesamt ist die OPD-3 gegenüber den Vorgängerversionen (*mehr-dimensional*) und um ei-

niges *differenzierter*. Das hat den Vorteil, dass die individuellen Eigenheiten der Patient*innen deutlich besser abgebildet werden können und damit ihrer psychischen Komplexität besser Rechnung getragen wird. Trotz dieser erhöhten Komplexität der OPD-3 sind die Achsen für den klinischen Gebrauch praktikabel und können nach entsprechendem Training reliabel eingeschätzt werden (*Lackmann et al., 2023*).

Die OPD ist sehr gut lehr- und lernbar – auch ohne vertiefte Vorkenntnisse und Erfahrungen in Psychodynamischer Psychotherapie. Anhand der OPD-Achsen lassen sich zentrale psychodynamische Konzepte und deren Anwendung in der klinischen Situation anschaulich vermitteln, womit sich die OPD für die universitäre Lehre empfiehlt (Ehrenthal, 2019) und zunehmend auch das Interesse von Vertreter*innen anderer Psychotherapieverfahren findet.

Innerhalb des Arbeitskreises OPD haben sich verschiedene Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit der Anwendung der OPD in weiteren Feldern beschäftigen, z. B. in der OPD in Gruppentherapie, OPD in der Paar- und Familientherapie, OPD in der Forensik, OPD im Leistungssport etc. Im aktuellen OPD-3-Manual finden sich kurze Beschreibungen dieser Ansätze und wir gehen davon aus, dass sich die OPD auch in diesen Feldern fruchtbar einbringen wird.

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.

Arbeitskreis OPD. (2023). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-3). Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.

Arbeitskreis OPD-KJ. (2013). OPD-KJ-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.

Benecke, C. & Brauner, F. (2017). Motivation und Emotion. Psychologische und psychoanalytische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.

Benecke, C., Henkel, M., Doering, S., Jakobsen, T., Stasch, M., Dahlbender, R. et al. (2018). Der OPD-Konfliktfragebogen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 64, 380–393.

Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W. & Gierk, B. (2015). Entwicklung einer 12-Item Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61, 262–274.

Henkel, M., Zimmermann, J., Künecke, J., Remmers, C. & Benecke, C. (2018). Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 66, 107–117.

Kessler, H., Stasch, M. & Cierpka, M. (2013). Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience. *Frontiers of Human Neuroscience*, 7, 1–5.

Lackmann, V., Sell, C., Henkel, M., Kozik, C. & Benecke, C. (2023). Interrater Reliability of Operationalized Psychodynamic Diagnosis 3 (OPD-3). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 69, 108–122.

Schauenburg, H., Jennissen, S. & Cierpka, M. (2020). Heidelberger Standards zur psychodynamischen Diagnostik nach OPD-2. Handlungsanweisungen und videobasierte Fallbeispiele (1. Auflage mit kommentierten Beispielen und Lehrfilmen – zugänglich über unsere Website). Heidelberg: HeiCuMed.

Sell, C., Gröning, F & Benecke, C. (2021). „Zur weiteren Forschung vorgesehen“. Verstehen psychotischer Patient*innen mittels der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. PTT – Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, 25, 139–152.

Vierl, L., Juen, F., Benecke, C. & Hörz-Sagstetter, S. (2023c). Exploring the associations between psychodynamic constructs and psychopathology: A network approach. *Personality and Mental Health*, 17, 40–54.



Prof. Dr. Cord Benecke

Universität Kassel
Institut für Psychologie
Holländische Straße 36–38
34127 Kassel
benecke@uni-kassel.de

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Cord Benecke, Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker, ist Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel, Sprecher des Arbeitskreises OPD und Mitglied der Wissenschaftlichen Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Klinische Emotionsforschung und Psychotherapieforschung.

Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen

Thea Rau, Jörg M. Fegert, Christiane Montag, Knut Schnell, Dietrich Munz, Sophia Mayer, Hannah Strauß, Anna-Lena Bröcker, Alexander Gesing, Vera Dittmar & Marc Allroggen

Zusammenfassung: Patient*innen mit extremistischen Einstellungen stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen, wenn Patient*innen solche Haltungen im Rahmen der Krankenbehandlung mitteilen. Angehörige von Heilberufen können in diesen Fällen an Fachberatungsstellen im Themenbereich vermitteln, aber auch selbst Anlaufstelle für die Problemlagen von Patient*innen und ihre Angehörigen sein. Vor allem im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ergeben sich Aufgabenfelder für vor allem Fachkräfte aus Psychiatrie und Psychotherapie. Empfohlen wird in diesen Fällen eine multiprofessionale Zusammenarbeit mit verschiedenen Anlaufstellen im Themenbereich Extremismus, darunter auch der Kontakt mit Sicherheitsbehörden im Falle von Gefährdungssituationen. Die Arbeit ist als ein Denkanstoß für den Kontext Therapie und Behandlung zu betrachten.

Einleitung

Extremistische und menschenverachtende Einstellungen sind in der Allgemeinbevölkerung verbreitet und stellen unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Auch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sind mit extremistischen Haltungen im Rahmen der Krankenbehandlung konfrontiert. In diesem Zusammenhang öffnen sich weitreichende Aufgabenfelder für Fachkräfte aus Psychiatrie und Psychotherapie. Diese umfassen sowohl eine Sensibilisierung für Frühwarnzeichen einer Radikalisierung und den Umgang damit in der Therapie als auch die Frage nach spezifischen Kompetenzen und Kenntnissen dahingehend, welche auslösenden und begleitenden psychischen Belastungen im Zusammenhang mit einer Radikalisierung stehen oder welche daraus folgenden Belastungen und psychischen Erkrankungen zu erwarten sind (Allroggen, 2020). Insbesondere bei Menschen, die sich vor dem Hintergrund einer psychischen Vulnerabilität ideologischen Themen zugewandt haben und möglicherweise erste Zweifel spüren, benötigen häufig auch die Unterstützung von Heilberufen bei der Distanzierung hinsichtlich dieser Themen (Sischka, 2020; Bialluch et al., 2023). Nicht selten suchen Betroffene oder Angehörige mit psychischen Problemen dabei zunächst auf den Themenbereich des Extremismus spezialisierte Fachberatungsstellen oder Ausstiegsprogramme auf. In solchen Fällen wäre idealtypisch eine vielschichtige multiprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich, wenn dort der Verdacht auf einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfebedarf entsteht (Sischka, 2023).¹ Daneben gewinnt die Früherkennung von möglichen Tatabsichten im therapeutischen Setting an Bedeutung.

Dieser Artikel kann die verschiedenen Aspekte im Zusammenhang mit Patient*innen mit extremistischer Einstellung

aufgrund ihrer Komplexität lediglich anschneiden. Der Beitrag soll zudem als ein Denkanstoß für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis eingeordnet werden, da an einigen angemerkteten Stellen eine gesicherte Evidenz fehlt.

Definition zu Extremismus

Um zu vermeiden, dass per se Einstellungen, die von der Meinung der gesellschaftlichen Mitte abweichen, als extremistisch eingeordnet werden, wird in der Extremismusforschung auf eine Definition zurückgegriffen, die unter einer extremistischen Einstellung ideologische, religiöse oder auch politische Ansichten versteht, bei denen einzelnen Personengruppen zentrale Menschenrechte abgesprochen und/oder die zentralen Prinzipien der freiheitlich-demokratischen Grundordnung abgelehnt werden (vgl. auch die Definition von Kemmesies, 2020). Beispiele für extremistische Phänomenbereiche sind der sogenannte Rechts- und Linksextremismus, der islamistisch begründete Extremismus sowie neuere Strömungen wie die sogenannte „Querdenker“-Bewegung, die Selbstverwalter und Reichsbürger. Diesen Gruppierungen ist gemeinsam, dass sie Bestrebungen teilen, die gegen die freiheitlich-demokratische Grundordnung und den Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes gerichtet sind (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2023).

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

Prävalenz psychischer Störungen im Zusammenhang mit Radikalisierung und Störungsbilder psychischer Erkrankungen

Mögliche Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und der Hinwendung zu extremistischen Ideologien sind in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus wissenschaftlichen Interesses gerückt, wobei lediglich einzelne systematische Übersichtsarbeiten vorliegen. In einer Forschungsarbeit, in der 56 Studien ausgewertet wurden, kommen die Autor*innen zu dem Schluss, dass sich Menschen mit einer extremistischen Einstellung hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit nicht signifikant von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden (Gill et al., 2021). Eine weitere Studie fand bei den untersuchten Fällen, in denen es zu einer Gewaltanwendung kam, psychische Störungen vor allem bei allein agierenden Täter*innen (sogenannte „lone actors“) im Unterschied zu Gewalttäter*innen in Gruppen, die eine geringere Erkrankungsrate aufwiesen (Sarma et al., 2022). Welche der Störungsbilder psychischer Erkrankungen dabei besonders hervortreten bzw. welche Effekte auf Radikalisierungsprozesse haben, ist bisher kaum systematisch untersucht worden und je nachdem, ob es sich um extremistische Einstellungen oder extremistisches Verhalten handelt, variieren die Befunde.

Bei den Störungsbildern im Zusammenhang mit den „lone actors“ lagen beispielsweise Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie den Autismus-Spektrum-Störungen etwas häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (Corner et al., 2016; Misiak et al., 2019). Andere Autor*innen wiederum berichten vom Auftreten von depressiven Symptomen, Suizidalität, Substanzmissbrauch oder auch von Angststörungen (Bhui et al., 2014; Morris & Meloy, 2020). Ferner wurden neben einer hohen Prävalenz von pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen entwicklungsbedingte Faktoren, wie das Vorliegen adverser Kindheitserfahrungen, erfasst (Trimbur et al., 2021).

Eine Limitation hinsichtlich dieser Befunde besteht in den meisten Fällen darin, dass in den Untersuchungen keine gesicherten Diagnosen psychischer Störungen berichtet werden, viele der vorliegenden Studien methodische und konzeptionelle Schwächen aufweisen, retrospektiv angelegt sind und auf kleinen Stichprobengrößen aufbauen (Campelo et al., 2018; Sarma et al., 2022). Psychische Störungen als Erklärung für extremistische Einstellungen und Ansichten zu betrachten, greift demnach zu kurz.

Erklärungsansätze für Radikalisierung

Die Rolle individueller psychischer Gesundheit im Kontext einer Radikalisierung sollte ergo nicht derart überinterpretiert

werden, dass bestimmte Störungsbilder oder subklinische Problematiken eine Radikalisierung umfassend erklären. Allerdings können bestimmte Störungsbilder psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit anderen Faktoren (z. B. mit sozialen Dynamiken extremistischer Gruppen) gleichwohl einen entstehenden Radikalisierungsprozess oder dessen Verlauf begünstigen. Wichtig für die therapeutische Arbeit ist es, das Zusammenspiel verschiedener Aspekte im Einzelfall zu betrachten und hieraus ein individuelles Störungsmodell abzuleiten.

Hierbei können etablierte allgemeine Modelle zur Radikalisierung helfen, die entwicklungspsychologischen Aspekte (Beelmann, 2019) sowie das Zusammenspiel komplexer Faktoren unter Berücksichtigung des Übergangs von gedanklicher Radikalisierung zur Tat beschreiben (McCauley & Moskalenko, 2017; Pfundmair et al., 2022).

Auch wenn die übergreifende Evidenz zu den Ursachen und Hintergründen für eine Radikalisierung unter dem Aspekt der Gesundheit lückenhaft ist, lässt sich festhalten, dass eine individuelle psychische Vulnerabilität generell Einfluss auf das

— **Bestimmte psychische Störungsbilder können in Verbindung mit anderen Faktoren eine Radikalisierung begünstigen, diese aber nicht umfassend erklären.** —

eigene „Weltbild“ und die Ausbildung von Einstellungen haben kann und sich extremistische Haltungen wiederum auch ausbilden können, um mit der eigenen psychischen Vulnerabilität im Alltag besser zurecht zu kommen im Sinne eines dysfunktionalen Bewältigungsversuchs (Bubolz & Simi, 2019).

Extremistische Einstellung in der Krankenbehandlung

In einer deutschlandweiten Befragung im Jahr 2022 zeigte sich, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit extremistischen Einstellungen von Patient*innen im Rahmen der Krankenbehandlung konfrontiert sind. Die Befragten erhielten dabei den Hinweis auf die bereits erwähnte Definition (Kemmesies, 2020) für eine Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands auf beispielweise menschenverachtende Äußerungen und eine Ablehnung der Demokratie. Über die Hälfte (58 Prozent) der insgesamt 364 in Kliniken oder in (eigenen) Praxen tätigen Befragten bestätigten wenigstens einmal schon Berührungspunkte mit solchen Äußerungen von Patient*innen gehabt zu haben und ordneten diese einem Phänomenbereich zu (weitere Befunde zur Studie in Rau et al. 2023a, b, c). Bei der Frage, ob Behandelnde solchen Patient*innen einen Therapie- und Behandlungsplatz generell anbieten würden oder nach einer erfolgten Behandlung erneut solche Patient*innen behandeln würden, gaben rund

40 Prozent an, dass sie dies eher ablehnen würden. Die Gründe hierfür wurden zwar nicht erfragt, jedoch spielt sicherlich eine Rolle, dass ein Großteil der Befragten (80 Prozent) angaben, sich zu wenig gut vorbereitet zu fühlen auf mögliche Behandlungssituationen und einen großen Fortbildungsbedarf im Umgang mit dem Thema in der Krankenbehandlung sehen (Rau et al. 2023a). Fachberatungsstellen für Intervention und Prävention im Bereich Extremismus, die Personen mit extremistischer Einstellung und ihre Angehörigen beraten, weisen ferner darauf hin, dass sie bei einem großen Teil ihrer Patient*innen psychische Auffälligkeiten wahrnehmen, häufig aber keinen Therapieplatz für diese finden (Sischka, 2023; Vogel, 2021; Dittmar et al., 2023).

Rolle von Heilberufen im Zusammenhang mit extremistischen Einstellungen

Eine psychotherapeutische oder ärztliche Behandlung, die Menschen auch die Möglichkeit bietet, herauszuarbeiten, welche Funktionen extremistische Einstellungen in ihrem Leben erfüllen und welche alternativen Strategien zur Erfüllung von Bedürfnissen möglich wären, kann hilfreich sein, um von extremistischen Gruppierungen und von den dysfunktionalen Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit einer Radikalisierung Abstand zu gewinnen und alternative Strategien zur Lebensbewältigung zu erlernen. Dies gelingt vor allem dann, wenn Patient*innen aufgrund eines inneren Leidensdrucks motiviert sind, bisherige Bewältigungsstrategien zu hinterfragen und neue Verhaltensweisen sowie Denkmuster zu erlernen. Angehörige, wie Familienmitglieder und/oder Freund*innen, von Menschen mit extremistischer Einstellung können hingegen von einer psychotherapeutischen oder ärztlichen Behandlung profitieren, indem sie beispielsweise selbst mehr Distanz zu den belastenden Ereignissen gewinnen, mögliche Schuld- und Verantwortungsgefühle reflektieren sowie erarbeiten, wie sie sich selbst besser abgrenzen können.

Bei einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit extremistischen Inhalten und Ansichten ist es essenziell, dass der Fokus hierbei auf der Relevanz für die Gesundheit der Patient*innen liegt. So kann zum Beispiel der mögliche Stellenwert dieser Ansichten im jeweiligen Störungsmodell im Zusammenhang mit den (psychischen) Störungen erarbeitet und reflektiert werden.

Diskussionen über ideologische oder politische Inhalte und Ansichten sind dabei in der Regel nicht gefragt. Sie sollten auch nicht Bestandteil einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung sein. Entlastung und Stabilisierung können jedoch auch ohne eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den ideologischen Inhalten Distanzierungsprozesse entweder unmittelbar oder durch die Gesundung von Patient*innen perspektivisch unterstützen.

Eine meist schrittweise Annäherung von Patient*innen ist dabei auf Ebene der therapeutischen Beziehung bedeutsam,

um eine gute Basis für die Kommunikation und die Entwicklung von Vertrauen zu schaffen. Die aktive Verdeutlichung der Prinzipien dieser therapeutischen Beziehung, z. B. im Sinne der Basisvariablen Empathie, Kongruenz und Authentizität von Rogers (Rogers, 2012), kann dieser Patient*innengruppe ein Modell und Angebot im Sinne eines andere Menschen akzeptierenden Wertesystems bieten. Die Offenheit für die Themen und Meinungen von Patient*innen beizubehalten und im therapeutischen Prozess zugewandt zu bleiben, kann allerdings auch eine große Herausforderung darstellen. An dieser Stelle werden inter- und supervisorische Angebote empfohlen, um die Behandlungssituationen zu reflektieren.

Eine besondere Herausforderung ist es zudem, wenn es unmittelbar erforderlich ist, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen im Rahmen der Behandlung Stellung zu extremistischen Ansichten beziehen, denn dies tangiert die therapeutische Abstinenz. Eine solche Situation kann beispielweise entstehen, wenn Patient*innen im stationären oder ambulanten Gruppensetting explizit extremistische Ansichten unter Patient*innen verbreiten oder aktuelle politische Entwicklungen aufgreifen und diskutieren wollen. Da es hier unterschiedliche Meinungen dazu geben kann, wie mit einer solchen Situation im beruflichen Alltag umgegangen werden sollte, wird an dieser Stelle nochmals betont, dass folgende Überlegungen als Denkanstoß und praktische Empfehlungen gedacht sind:

- Behandelnde sollten sich nur dann zu den Wertepinzipien und ideologischen Vorstellungen der Patient*innen äußern, wenn es einer Korrektur der Ansichten im Rahmen der Therapie oder Behandlung aus gesundheitlichen Gründen bedarf oder strafrechtlich relevante Aspekte einen Eingriff erfordern.
- Gefährdungsmomente sollten unter Berücksichtigung des besonderen Risikopotenzials mitbedacht und ernst genommen werden, sobald psychische Störungen und radikale Einstellungen sowie eine Tatgeneigtheit zusammenkommen.
- Im Gruppenkontext sollten sich Behandelnde des Einflusses von Patient*innen aufeinander bewusst sein und eine eindeutige Grenze bei missionarischem Verhalten oder menschenverachtenden Äußerungen setzen.
- Sofern psychische Störungen als Risikofaktor für die extremistische Einstellung identifiziert werden, können im Rahmen der Behandlung erlernte Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung Impulse für ein Hinterfragen und Aufbrechen bisheriger „Glaubenssätze“ sein.
- Ein therapeutisches Vertrauensverhältnis kann generell ein wichtiges Bindeglied in Richtung weiterer Hilfestellung bei einer Auseinandersetzung mit Weltbildern, politischen Themen und auch mit extremistischen Ansichten sein. Dies zeigt die große Verantwortung, die Angehörige von Heilberufen in diesem Zusammenhang hinsichtlich einer Vernetzung mit entsprechenden Anlaufstellen tragen. Auf Hilfeangebote hinzuweisen, ist dabei in allen Bereichen des Gesundheitssystems gut möglich und kann unter an-

derem beispielsweise auch ein Beitrag in einer allgemeinmedizinischen Praxis sein.

- Vor allem, wenn sich Patient*innen von extremistischen Ansichten distanzieren möchten, können Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei den häufig psychisch belastenden Ausstiegsprozessen durch Maßnahmen im Rahmen der Krankenbehandlung „begleiten“. Auch Angehörige können stark psychisch belastet sein und an den Folgen einer Radikalisierung eines Familienmitglieds leiden und therapeutische Hilfe benötigen. Durch die Behandlung von Belastungssymptomen können unter anderem auch erst die Voraussetzungen für einen Ausstiegsprozess bei radikalisierten Menschen geschaffen werden und Angehörige können soweit psychisch stabilisiert werden, dass sie (wieder) eine funktionale Beziehung zu radikalisierten Familienmitgliedern aufnehmen können. Entscheidend dabei ist, dass die Herkunftsfamilie oft einen wesentlichen Einfluss auf Distanzierungsprozesse von Menschen haben kann.
- Wenn Patient*innen dafür offen sind und sowohl ein psychischer Leidensdruck wie auch ein extremistischer Sachverhalt vorliegen, kann auch eine gemeinsame Fallarbeit von Ärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen mit Fachberatungsstellen zur Extremismusprävention oder mit sogenannten Ausstiegsprogrammen stattfinden, die in jedem Bundesland in Deutschland etabliert sind und auch Angehörigen offenstehen. In diesen Fällen ist zu empfehlen, dass Fachkräfte sich untereinander bezüglich der Hilfestellungen gut abstimmen, denn auch Fachberatungsstellen helfen ihren Patient*innen dabei, Verhaltensweisen zu reflektieren und neue Strategien zur Lebensbewältigung zu erlernen. Darüber hinaus haben sie explizit den Auftrag, an einer Werteorientierung mit Patient*innen zu arbeiten, die auf den Grundelementen einer demokratieorientierten Beratung basiert (Dittmar et al., 2023; Dittmar, 2023). Auch Fachkräfte aus Heilberufen selbst können von diesen Anlaufstellen profitieren, da diese über ausgewiesene Expertise und langjährige Erfahrungen im Themenfeld verfügen.
- Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die Patient*innen mit extremistischer Einstellung behandeln, können dazu beitragen, dass die Gefahr für eine unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung reduziert bzw. vermieden wird, indem sie das Risiko für Gefährdungen vor dem Hintergrund der (psychischen) Störungen wie auch auf Basis ihrer fachlichen Einschätzung und diagnostischen Möglichkeiten betrachten, was ein Alleinstellungsmerkmal von Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich in der Zusammenarbeit mit den Sicherheitsbehörden bei entsprechender Selbst- und Fremdgefährdung sein kann. Auch in diesem Fall kann die Zusammenarbeit mit Fachberatungsstellen sinnvoll sein, da sie sich ebenfalls mit dem Thema Gefährlichkeit, beispielsweise ausgehend von extremistischen Gruppierungen, beschäftigen.
- Weist eine Person extremistische Einstellungen auf oder hat sie Straftaten verübt, ohne dass eine psychische Erkrankung vorliegt, ist grundsätzlich keine Indikation für

eine ärztliche Behandlung oder Psychotherapie gegeben. In diesen Fällen können Hilfestellungen anderer Berufsgruppen besonders relevant sein, beispielsweise vonseiten der bereits genannten Fachberatungsstellen oder der Sicherheitsbehörden, wenn es sich um Sicherheitsrisiken handelt. Dabei ist eine eindeutige Grenze hinsichtlich der Zuständigkeiten des Gesundheitsbereichs zu ziehen und eindeutig von diesem zu kommunizieren.

Neben alledem sollten, wie bereits erwähnt, auch Grenzen hinsichtlich zulässiger Äußerungen bzw. des Verhaltens gegenüber Patient*innen gesetzt werden, beispielsweise im Zusammenhang mit dem erwähnten Gruppensetting. Diese Grenzen sind bei einer möglichen akuten Gefährdung Dritter – z. B. wenn eine extremistische Gewalttat angekündigt wird – oder für Behandelnde selbst – wenn eine Drohung ausgesprochen wird – oft eindeutig, aber auf der Ebene von kommunizierten Einstellungen und/oder bei möglicherweise subtilen und weniger eindeutigen ideologisch gefärbten Äußerungen schwieriger einzuschätzen.

Während Ängste hinsichtlich der Exploration und Einschätzung von Suizidalität in der psychotherapeutischen Behandlung durch Professionalisierung über die letzten Jahrzehnte deutlich weniger geworden sind (Conrad et al., 2021), scheint die Auseinandersetzung mit Tatankündigungen und die Gefährdungseinschätzung bei Fachkräften durchaus Unsicherheiten zu wecken. In der bereits zitierten Studie des Universitätsklinikum Ulm gaben rund 50 Prozent (N = 104) der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen an, mit Gefährdungssituationen für Dritte konfrontiert gewesen zu sein, wenn Patient*innen mit einer vermuteten extremistischen Einstellung behandelt wurden. Rund 55 Prozent (N = 57) fühlten sich dabei („eher“ oder „sehr“) unsicher, wie sie in diesen Situationen reagieren und vorgehen sollten (Rau et al., 2023b). Zur Einschätzung von Gefährdungsrisiken im Zusammenhang mit Extremismus liegen sogenannte Risk Assessment Tools vor, die bei der strukturierten Erfassung von u. a. charakteristischen Merkmalen im Verhalten und in der Kommunikation helfen sollen. Für deren Anwendung sind Qualifizierungen nötig. Auf eine Auswahl von Tools wird an dieser Stelle lediglich verwiesen (u. a. „VERA-2R“, Pressman et al., 2016; „TRAP-18“, Meloy, 2017; „DyRiAS“, Dynamische Risiko Analyse Systeme, o. J.).

Übergeordnet wichtig bleibt eine Differenzierung zwischen extremistischen Einstellungen und solchen, die lediglich nicht denjenigen der politischen Mitte entsprechen. Hier kann ein Rückgriff auf die bereits aufgeführte Definition aus der Extremismusforschung hilfreich sein (Kemmesies, 2020). Denn von der jeweiligen politischen Mitte abweichende Ansichten können generell auch wichtige Denkanstöße für gesellschaftliche Entwicklungen bedeuten und diese anstoßen. Daher muss jeweils gut abgewogen werden, wann die Grenze der freien Meinungsäußerung erreicht ist.

Zusammenfassung

Eine extremistische Einstellung ist nicht generell mit einer psychischen Störung verbunden. Daher sollte jeweils individuell geprüft werden, inwiefern ein Zusammenhang besteht. Dies impliziert bereits, dass die Krankenbehandlung von Patient*innen mit extremistischer Einstellung ausdrücklich nicht auf die Veränderung der extremistischen Einstellung abzielen kann, sondern auf die Behandlung einer vorliegenden psychischen Störung. Mögliche Zusammenhänge zeigen sich in der Praxis vielfältig. Sie sind allerdings noch wenig systematisch untersucht. Berücksichtigt man zudem, dass eine psychische Störung in der Regel einen Radikalisierungsprozess nicht hinreichend begründet, diesen aber beeinflussen oder auch als Folge auftreten kann, möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass alleine durch die Behandlung einer psychischen Störung nicht zwingend eine Distanzierung von extremistischen Einstellungen erreicht werden kann. Umso wichtiger ist es, dass es deutschlandweit spezialisierte Fachberatungsstellen und Ausstiegsprogramme gibt, die sich mit der Komplexität von Ausstiegsprozessen befassen und Menschen, die aus dem extremistischen Milieu aussteigen möchten oder Zweifel hinsichtlich ihrer Einstellung hegen, umfassend begleiten. Ebenso können diese Anlaufstellen mit ihrem spezifischen Fachwissen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei Fragen zu den Hintergründen zu Extremismus unterstützen und durch ihren Kontakt mit

Flüchtlinge (BAMF) gefördert wird, befasst sich damit, wie Angehörige von Heilberufen besser in die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Extremismusprävention eingebunden werden können.

Das Forschungsteam des Universitätsklinikums Ulm bietet dazu eine kostenfreie E-Learning-Fortbildung speziell für Fachkräfte aus Heilberufen an. Informationen zur Fortbildung sowie Informationen zu verschiedenen Projekten im Kontext von Extremismusprävention können abgerufen werden unter: <https://heilberufe-extremismus.elearning-gewaltschutz.de>.

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.

Campelo, N., Oppetit, A., Neau, F., Cohen, D. & Bronsard, G. (2018). Who are the European youths willing to engage in radicalisation? A multidisciplinary review of their psychological and social profiles. *European Psychiatry*, 52, 1–14.

Dittmar, V., Herrmann, A., Joest, A. & Gesing, A. (2023). Zwischen Psychotherapiebedarf und Klient*innen-Selbstbestimmung. Hintergründe von Therapieablehnung und mögliche Lösungsansätze für Distanzierungsprozesse im Phänomenbereich Islamismus. Verfügbar unter: https://kn-ix.de/wp-content/uploads/2022/07/231023_KNIXAnalyse_BAGRelEx.pdf [24.11.2023].

Gill, P., Clemmow, C., Hetzel, F., Rottweiler, B., Salman, N., Van Der Vegt, I. & Marchment, Z. (2021). Systematic Review of Mental Health Problems and Violent Extremism. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 32 (1), 51–78.

Kemmesies, U. (2020). Begriffe, theoretische Bezüge und praktische Implikationen. In B. Ben Slama & U. Kemmesies (Hrsg.), *Handbuch Extremismusprävention*. Gesamtgesellschaftlich. Phänomenübergreifend (S. 33–55). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Misiak, B., Samochowiec, J., Bhui, K., Schouler-Ocak, M., Demunter, H., Kuey, L., Raballo, A., Gorwood, P., Frydecka, D. & Dom, G. (2019). A systematic review on the relationship between mental health, radicalization and mass violence. *European Psychiatry*, 56 (1), 51–59.

NEXUS – Psychotherapeutisch-Psychiatrisches Beratungsnetzwerk (Projekt). Verfügbar unter: www.nexus-psychotherapeutisches-netzwerk.de/ [30.11.2023].

Rau, T., Heimgartner, A., Mayer, S. & Allroggen, M. (2023a). Einstellung von Fachkräften aus den Heilberufen zum Thema Extremismus und zu Behandlungsoptionen. *Psychother Psych Med*, 73, 388–395.

Rau, T., Mayer, S., Heimgartner, A. & Allroggen, M. (2023b). Erfahrungen mit Gefährdungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie bei Patienten mit extremistischer Einstellung. *Nervenarzt*, 94, 408–416.

Rau, T., Mayer, S. & Allroggen, M. (2023c). Sicherheitsrelevante Aspekte bei Extremismus in der Krankenbehandlung. Ergebnisse einer deutschlandweiten Online-Befragung. *Forum Kriminalprävention*, 02, 15–18.

Sischka, K. (2023). Psychologische bzw. psychotherapeutische Ansätze in der Distanzierungs- und Deradikalisierungsarbeit. In S. Benz & G. Sotiriadis (Hrsg.), *Deradikalisierung und Distanzierung auf dem Gebiet des islamistischen Extremismus: Erkenntnisse der Theorie-Erfahrungen aus der Praxis* (S. 111–132). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

TRIAS Berlin. Neue Wege der multiprofessionellen Kooperation in der Extremismusprävention (Projekt). Verfügbar unter: <https://trias-berlin.de/> [03.12.2023].

Trimbur, M., Amad, A., Horn, M., Thomas, P. & Fovet, T. (2021). Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. *Journal of psychiatric research*, 141, 214–222.

Extremistische Einstellungen an sich stellen grundsätzlich keine Indikation für eine ärztliche Behandlung oder Psychotherapie dar.

Patient*innen und ihren Angehörigen eine wichtige Brücke in das Gesundheitswesen schlagen, wenn diese psychische Auffälligkeiten zeigen. Für eine Art der multiprofessionellen Zusammenarbeit gibt es hierzu auch erste erfolgreiche Kooperationen von Fachberatungsstellen mit dem Gesundheitswesen (vgl. die Projekte *NEXUS*; *TRIAS Berlin*, 2023). Zuletzt soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass in denjenigen Fällen, in denen potenzielle Gewaltneigungen bei Patient*innen bestehen, diese sorgfältig zu prüfen sind, was Kenntnisse in den Bereichen der Risikoeinschätzung in der alltäglichen Berufspraxis und damit verbundene Maßnahmen in der Krankenbehandlung erforderlich macht.

Fortbildung

Das Projekt „Aktivierung von Angehörigen von Heilberufen für das Thema Extremismusprävention durch Qualifizierung und Vernetzung“, das vom Bundesamt für Migration und

Dr. Thea Rau

Korrespondenzanschrift:

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Arbeitsgruppe „Gewalt, Entwicklungspsychopathologie und Forensik“
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Dr. Thea Rau, Projektleiterin, Dipl.-Sozialarbeiterin, arbeitet seit über zehn Jahren an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm und leitet dort die Forschungsgruppe „Gewalt, Entwicklungspsychopathologie und Forensik“. Seit über fünf Jahren forscht sie zum Thema Extremismus. In der Zeit ihrer praktischen Tätigkeit als Sozialarbeiterin entwickelte sie verschiedene Trainings zur Prävention von Gewalt und untersuchte die Wirksamkeit von Maßnahmen.

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, Sprecher des Zentrums für Traumaforschung der Universität Ulm, Leiter des Kompetenzbereichs psychische Gesundheit im Kompetenznetz Präventionsmedizin Baden-Württemberg, Präsident der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP).

Prof. Dr. med. Christiane Montag

Prof. Dr. med. Christiane Montag, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Leitende Oberärztin der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin, leitet den Forschungsbereich Psychotische Erkrankungen wie auch die Arbeitsgruppen „Empathie und interpersonelle Prozesse“ und „Psychosenpsychotherapie“ an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Seit 2022 ist sie Mitarbeiterin im psychotherapeutisch-psychiatrischen Beratungsnetzwerk NEXUS.

Prof. Dr. med. Knut Schnell

Prof. Dr. med. Knut Schnell ist Ärztlicher Direktor des Asklepios Fachklinikums Göttingen und Chefarzt der Abteilung Allgemeine Psychiatrie.

Dr. Dietrich Munz

Dr. Dietrich Munz, Psychologischer Psychotherapeut (AP, TfP), ist Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und ehemaliger Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. Er arbeitet in der Psychosomatischen Klinik Sonnenbergklinik Stuttgart und ist in der Psychotherapeut*innenausbildung sowie Supervision an verschiedenen Einrichtungen tätig.

Sophia Mayer

Sophia Mayer ist Psychologin (M. Sc. Psychologie) und seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm. Im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit beschäftigt sie sich vor allem mit dem Thema Extremismus sowie mit Entwicklungsverläufen von Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe.

Hannah Strauß

Hannah Strauß, Systemische Therapeutin, arbeitet seit 2017 im Themenfeld Gewalt- und Extremismusprävention und ist zudem als Traumatherapeutin tätig. Aktuell leitet sie den Fachbereich Psychotherapie bei Violence Prevention Network gGmbH.

Dr. Anna-Lena Bröcker

Dr. Anna-Lena Bröcker ist Psychologische Psychotherapeutin (TfP) mit Schwerpunkt auf der Behandlung und Erforschung psychiatrischer Krankheitsbilder. Seit 2016 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin der Charité – Universitätsmedizin Berlin u. a. in den Arbeitsgruppen „Empathie und interpersonelle Prozesse“ sowie „Psychosenpsychotherapie“ und seit 2022 Mitarbeiterin des psychotherapeutisch-psychiatrischen Beratungsnetzwerks NEXUS.

Alexander Gesing

Alexander Gesing M.A. (Sozialwissenschaften) ist stellvertretender Projektleiter beim Beratungsnetzwerk Grenzgänger und verantwortlich für die Bereiche Psychologie (Evoluo) und Geflüchtete.

Dr. Vera Dittmar

Dr. Vera Dittmar ist Leiterin der Forschungsstelle Deradikalisierung (FORA) in Kooperation mit dem Beratungsnetzwerk Grenzgänger/IFAK e.V. Sie ist als systemische Beraterin im Feld der Distanzierungs- und Ausstiegsbegleitung im Phänomenbereich Islamismus tätig und forscht anwendungsorientiert zu Prozessen der Distanzierung und Deradikalisierung sowie zu demokratieorientierten Interventionen durch systemische Beratungs- und Therapieansätze.

Prof. Dr. med. Marc Allroggen

Prof. Dr. med. Marc Allroggen, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie, ist Leitender Oberarzt und Sektionsleiter der Institutsambulanz und Forensik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm. Seine klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte sind aggressives und delinquentes Verhalten, Persönlichkeitsstörungen und forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Triggerwarnungen: Hilfreich, wirkungslos – oder sogar schädlich?

Nathalie Wahlsdorf, Tanja Michael, Johanna Lass-Hennemann & Roxanne Sopp

Zusammenfassung: Der Einsatz von Triggerwarnungen ist über die letzten Jahre stark angestiegen. Diese Warnungen sollen Personen mit traumatischen Erfahrungen vor negativen Reaktionen bei der Konfrontation mit traumaassoziierten Inhalten schützen. Einerseits sollen Betroffene sich auf potenziell belastende Inhalte vorbereiten, andererseits sollen sie die Möglichkeit haben, diese durch Abbruch des Medienkonsums zu vermeiden. Gegenstand des Artikels ist die Synthese bisheriger Studienbefunde zur Wirksamkeit von Triggerwarnungen sowie die Ableitung von Hinweisen für die Praxis. Entgegen der Popularität von Triggerwarnungen zeigt sich empirisch keine positive Wirkung auf Affekt, Wohlbefinden und das Auftreten von Wiedererlebenssymptomen. Im Gegenteil fanden sich wiederholt Hinweise auf ungünstige Effekte. Entsprechend lässt sich folgern, dass Triggerwarnungen – in der Form, in der sie aktuell verwendet werden – allenfalls wirkungslos und schlimmstenfalls schädlich sein können.

Einleitung

„**T**rigerwarnung: In diesem Video geht es auch um sexualisierte Gewalt. Betroffene sollten sich das Video nur ansehen, wenn Sie sich ausreichend stabil fühlen.“ Derartige Warnungen¹ sind heute allgegenwärtig, sei es im Fernsehen, in Zeitschriftenartikeln oder in sozialen Medien. Sie sollen den*die Leser*in oder Zuschauer*in auf nachfolgende, potenziell belastende Inhalte aufmerksam machen. Dabei handelt es sich vor allem um Inhalte, die sich auf potenziell traumatische Erfahrungen nach klinischer Definition beziehen. So werden beispielsweise Interviews mit Betroffenen sexueller Gewalt und Beiträge über Gewalttaten in sozialen Medien mit Triggerwarnungen versehen. Erstmals wurden Triggerwarnungen beim Austausch über erlebte sexuelle Traumata in Online-Foren eingesetzt (Wilson, 2015). Damit sollte verhindert werden, dass das unvorbereitete Lesen bei den Betroffenen Wiedererlebenssymptome auslöst. Wiedererlebenssymptome sind das Kernmerkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sie treten u. a. in Form von sich aufdrängenden Bildern, Flashbacks und physiologischen Reaktionen auf (Ehlers et al., 2004) und werden als extrem belastend empfunden (Pfaltz et al., 2013). Der Einsatz von Triggerwarnungen zielt darauf ab, die alltägliche Belastung zu reduzieren, indem Betroffene Inhalte gezielt vermeiden oder sich „mental“ darauf vorbereiten können (Friday, 2016). Seit ihren Ursprüngen haben sich Triggerwarnungen weit über die Grenzen spezialisierter Online-Foren hinaus verbreitet und werden nun auch in Bildungseinrichtungen und verschiedenen Medien sowie im Kunst- und Kulturbetrieb eingesetzt (Wilson, 2015). Obwohl Triggerwarnungen intuitiv schlüssig und hilfreich erscheinen, wird darüber diskutiert, ob sie tatsächlich dem Schutz der Betroffenen dienen. Ziel des vorliegenden Artikels soll es sein, die durchaus begrenzte empirische Evidenz

zur Wirksamkeit von Triggerwarnungen zusammenzufassen und Implikationen für die klinische Praxis abzuleiten.

Gedächtnispsychologische Grundlagen von Triggerwarnungen

Um die zugrundeliegenden Annahmen zur Schutzfunktion von Triggerwarnungen herzuleiten, ist es erforderlich, Traumata aus gedächtnispsychologischer Sicht zu betrachten. Das kognitive Modell der PTBS (Ehlers & Clark, 2000) geht davon aus, dass das traumatische Ereignis – aufgrund der Besonderheiten der traumatischen Situation – nicht ausreichend elaboriert und in das autobiografische Gedächtnis eingebettet wird. Zurückgeführt wird dies auf eine reduzierte konzeptuelle Verarbeitung während des Traumas. Folglich findet keine konzeptuelle Integration des Traumas in bestehende Gedächtnisstrukturen und die eigene Lebensgeschichte statt, sodass Teilepisoden des Traumas zusammenhanglos abgespeichert werden. Dadurch sind sie nicht adäquat mit kontextuellen Informationen (etwa Ort und Zeit) verknüpft, was einen intentionalen Abruf erschwert und einen unwillkürlichen Abruf in Form von intrusivem Wiedererleben begünstigt.

Zudem entstehen während der Enkodierung traumatischer Situationen starke Stimulus-Stimulus- und Stimulus-Reaktions-Verbindungen. Entsprechend kann das Erleben eines Traumas als eine komplexe Konditionierung verstanden werden, in deren Folge traumaassoziierte Umgebungsreize eine konditionierte

¹ Derzeit werden auch vermehrt Inhalte ohne Traumabezug mit Triggerwarnungen versehen, beispielsweise Inhalte zu Phobien, Sucht, Selbstverletzung, Suizidalität und Rassismus. Dieser Artikel behandelt ausschließlich Triggerwarnungen im Kontext von Traumata. Die in diesem Artikel erläuterten Befunde und Schlussfolgerungen lassen sich daher aufgrund unterschiedlicher theoretischer und praktischer Grundlagen nicht oder nur bedingt auf andere Themenfelder übertragen.

Reaktion auslösen. Diese konditionierte Reaktion äußert sich phänomenologisch im Auftreten von Wiedererlebenssymptomen (Streb et al., 2017). Dabei zeigt sich, dass insbesondere Stimuli, die den Beginn eines besonders schwerwiegenden Abschnitts des Traumas ankündigen, zu Auslösern intrusiven Wiedererlebens werden (Ehlers et al., 2002). Die „Warnsignal-Hypothese“ (Ehlers et al., 2002) führt dies auf den hohen Informationswert solcher Stimuli zurück, die den Moment existenzieller Bedrohung „ankündigen“, ohne einen inhaltlichen Bezug zur Gefahrensituation selbst zu haben.

Basierend auf diesen theoretischen Annahmen lässt sich die intendierte Schutzfunktion von Triggerwarnungen ableiten: Um ein unwillentliches und ungesteuertes Erinnern an das Trauma durch die Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen zu verhindern, sollen Betroffene vor Konfrontation mit traumaassoziierten Inhalten über deren Präsentation informiert werden. Durch diese Warnung sollen Betroffene

1. sich emotional auf die Inhalte vorbereiten und Bewältigungsstrategien mobilisieren können,
2. diese Inhalte vermeiden können und
3. in Folge antizipatorischer Prozesse weniger negative emotionale Reaktionen erleben.

Diese Annahmen sollen im Folgenden anhand der aktuellen Befundlage geprüft werden. Grundlage hierfür ist eine systematische Literaturrecherche, in der zwölf relevante empirische Artikel zu den Auswirkungen von Triggerwarnungen identifiziert wurden.²

Empirische Befunde

Emotionale Vorbereitung und Bewältigungsstrategien

Befürworter*innen von Triggerwarnungen (McNeil, 2015; Palmer, 2017) gehen davon aus, dass Triggerwarnungen Betroffenen helfen können, Bewältigungsstrategien zu mobilisieren, um den potenziellen Stress durch die Präsentation traumaassoziierten Reize abzuf puffern. Zur Untersuchung dieser Annahme baten *Bridgland und Kolleg*innen (2022)*³ in einer präregistrierten Studie Proband*innen mit traumatischen Erfahrungen, sich eines von zwei möglichen hypothetischen Szenarien vorzustellen. Während eine Hälfte sich vorstellen sollte, eine Warnung zu erhalten, die sich auf ihr traumatisches Erlebnis bezieht, sollte die andere Hälfte an den tatsächlichen Inhalt ihres Erlebnisses (ohne Warnung) denken. Entgegen der Hypothese beeinflusste die Warnbedingung nicht die Absicht, in der imaginierten Situation Bewältigungsstrategien anzuwenden (*Bridgland et al., 2022*). In einer präregistrierten Folgestudie an einer unselektierten studentischen Stichprobe wurde darüber hinaus kein Hinweis dafür gefunden, dass Teilnehmende sich nach einer Triggerwarnung mehr Zeit zur Vorbereitung nehmen, bevor sie sich belastende Inhalte ansehen (*Bridgland & Takarangi, 2022*). Derzeit ist

die Befundlage zur Anwendung von Bewältigungsstrategien durch Triggerwarnungen noch zu eingeschränkt, um belastbare Schlüsse ziehen zu können. Es deutet sich jedoch an, dass Triggerwarnungen nicht zur vermehrten Anwendung von belastungsreduzierenden Strategien führen.

Vermeidung

Um zu untersuchen, ob Triggerwarnungen zur Vermeidung⁴ sensibler Inhalte führen, nutzten *Bridgland und Kolleg*innen (2023)* sog. „Sensitive Content Screens“, wie sie etwa in sozialen Netzwerken wie Instagram verwendet werden. Dabei werden potenziell belastende Inhalte zunächst unkenntlich gemacht und mit einer Warnung versehen. Nutzende haben dann die Möglichkeit, den Inhalt per Klick „aufzudecken“. Im Rahmen dieser präregistrierten Studie mit einer unselektierten Stichprobe äußerte die Mehrheit der Proband*innen den Wunsch, das Bild hinter einem Sensitive Content Screen aufzudecken. Es ergab sich darüber hinaus keine Evidenz dafür, dass Personen mit stärkerer psychopathologischer Belastung diese Screens vermehrt nutzen, um belastende Inhalte zu vermeiden (*Bridgland et al., 2023*). Ähnliches konnte beobachtet werden, als Proband*innen einer unselektierten Stichprobe in einer präregistrierten Studie nach einer Triggerwarnung die Möglichkeit hatten, ein Bild zu verdecken, um es so zu vermeiden. Auch hier ergaben sich keine Hinweise auf stärkere Vermeidung des Bildes infolge der Triggerwarnung (*Bridgland & Takarangi, 2022*). In einer weiteren Untersuchung an einer unselektierten studentischen Stichprobe wurde Proband*innen eine potenziell belastende Textpassage vorgelegt (*Kimble et al., 2021*). Sie hatten anschließend die Option, stattdessen eine Kontrollpassage zu lesen, die keinen belastenden Inhalt enthielt. 95,6 Prozent der Teilnehmenden entschieden sich trotz der Ankündigung potenziell belastender Inhalte dafür, die belastende Passage zu lesen. Auch unter Proband*innen mit einem Trauma oder einer vorläufigen PTBS-Diagnose entschieden sich 96,9 Prozent dafür, die belastende Passage zu lesen (*Kimble et al., 2021*). In einer unselektierten studentischen Stichprobe untersuchte eine weitere Studie mögliche Unterschiede in der Vermeidung zwischen Personen mit und ohne erlebte interpersonelle Gewalterfahrungen. Es wurden vier Texte zur Auswahl gestellt, von denen zwei mit Triggerwarnungen versehen waren. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (*Bruce & Roberts, 2020*). In einer Metaanalyse von fünf weiteren

2 In der Suchmaschine „Web of Science“ konnten anhand des Suchbegriffs „trigger warning OR content warning and trauma OR negative memories OR PTSD“ 102 Treffer erzielt werden. Eine Durchsicht der Artikel ergab schließlich zwölf relevante empirische Untersuchungen. Im Rahmen einer weiterführenden Suche konnten drei weitere Artikel identifiziert werden.

3 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.

4 Gemäß der Grundannahmen zur Schutzfunktion von Triggerwarnungen wurde hier ein förderlicher Einfluss von Vermeidung angenommen. Somit entspricht ein günstiger Effekt vermehrter Stimulusvermeidung nach Präsentation einer Triggerwarnung. Ob Vermeidung im Kontext traumaassoziierten Stimuli tatsächlich förderliche Effekte hat, ist strittig (siehe Erklärungsansätze für gegenläufige Befunde).

präregistrierten Experimenten an unselektierten Stichproben wurde jedoch explorativ eine signifikant höhere Abbruchrate nach Präsentation einer Triggerwarnung (vs. ohne Warnung zum gleichen Zeitpunkt) festgestellt (*Bridgland et al., 2019*). Insgesamt zeigt sich somit, dass Triggerwarnungen nicht unbedingt die Vermeidung negativer Inhalte begünstigen.

Reduktion negativer Reaktionen

Befürwortende von Triggerwarnungen gehen davon aus, dass sich negative Reaktionen aufgrund einer unerwarteten Konfrontation mit belastenden Inhalten durch Triggerwarnungen minimieren lassen. Hierzu zählen Angstreaktionen sowie das Auftreten intrusiver Wiedererlebenssymptome. Untersuchungen an unselektierten Stichproben, die mit negativem Videomaterial (*Sanson et al., 2019*), Bildern (*Bridgland et al., 2019; präregistriert*) und Textpassagen (*Bellet et al., 2020; präregistriert*) konfrontiert wurden, zeigen, dass die Betrachtung einer Warnung negative antizipatorische Reaktionen verstärkt, jedoch geringe Auswirkungen auf die nachfolgenden Reaktionen auf das potenziell belastende Material hat. Die antizipatorische Reaktion zeigte sich in einer weiteren Untersuchung an einer unselektierten studentischen Stichprobe auch auf physiologischer Ebene: In der Bedingung mit Triggerwarnung war eine leichte Erhöhung der Herzrate und Hautleitfähigkeit sowie eine stark erhöhte Atemfrequenz zu beobachten (*Bruce et al.,*

— **Die Befundlage liefert Hinweise darauf, dass Triggerwarnungen negative Auswirkungen haben können, indem sie dazu beitragen, dass erlebte Traumata verstärkt als zentraler Bestandteil der Identität wahrgenommen werden.** —

2021).⁵ Eine Metaanalyse aus fünf weiteren Experimenten an unselektierten Stichproben zeigte, dass Triggerwarnungen zu einer konsistenten Zunahme der negativen Stimmung, der State-Angst und der negativen Erwartungen vor einer Fotopräsentation führten. Allerdings bewerteten Proband*innen in der Bedingung mit Triggerwarnung die Fotos anschließend als weniger negativ erregend (*Bridgland et al., 2019*). In einer weiteren Untersuchung an unselektierten Stichproben zeigte sich ein ähnliches Muster: Triggerwarnungen lösten eine erhöhte Erwartung negativer affektiver Reaktionen aus. Diese Erwartung war stärker, wenn Personen Triggerwarnungen eine protektive Wirkung zuschrieben. Es konnte jedoch auch ein reduzierter negativer Affekt während des Lesens nachfolgender Texte beobachtet werden (*Gainsburg & Earl, 2018*). Eine weitere Studie untersuchte in einer unselektierten Stichprobe den positiven und negativen Affekt vor und nach einem potenziell belastenden Video. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den emotionalen Reaktionen zwischen den Gruppen, die eine Triggerwarnung erhalten haben, im Vergleich zu denen, die keine Warnung erhalten haben, festgestellt (*Boysen et al., 2021*). Auch bei traumatisierten Personen, die an einer

präregistrierten Studie teilnahmen, konnten Angstreaktionen durch Triggerwarnungen vor traumarelevanten Inhalten nicht verringert werden. Bei Teilnehmenden mit PTBS-Symptomatik ließ sich sogar eine leicht erhöhte Angstreaktion nach Triggerwarnungen feststellen (*Jones et al., 2020*). Befunde zeigen darüber hinaus, dass das Auftreten intrusiver Erinnerungen durch Triggerwarnungen in unselektierten Stichproben nicht gemindert wird (*Sanson et al., 2019*). In einer präregistrierten Studie von *Bridgland und Takarangi (2021)* konnte in einer unselektierten Stichprobe bei Präsentation traumatischer Inhalte ohne Triggerwarnung eine Abnahme negativer Charakteristika (bspw. Emotionen und Lebendigkeit) über die Zeit in Bezug auf negative Erinnerungen festgestellt werden. Bei Einblendung einer Triggerwarnung war die Abnahme dieser Charakteristika jedoch reduziert (*Bridgland & Takarangi, 2021*). Es zeigt sich also, dass Triggerwarnungen wenig zur Minderung negativer Reaktionen beitragen. Während negative antizipatorische Reaktionen verstärkt werden, sind die Auswirkungen auf die Reaktion auf nachfolgende Inhalte gering. Zwar können die Warnungen dazu beitragen, dass nachfolgendes Material als weniger negativ erregend empfunden wird, die Intensität negativer Emotionen und die Häufigkeit intrusiver Erinnerungen werden dadurch jedoch nicht gesenkt. Bei Proband*innen mit traumatischer Vergangenheit führten Triggerwarnungen in einer präregistrierten Studie außerdem dazu, dass diese ihr Trauma als einen zentralen Bestandteil ihrer Lebensgeschichte betrachteten (*Jones et al., 2020*). *Bellet et al.*

(2018) fanden in einer unselektierten Stichprobe heraus, dass Proband*innen nach dem Erhalt einer Triggerwarnung eine höhere emotionale Verletzlichkeit bei der Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses bei sich selbst und anderen Menschen wahrnahmen. Das Autorenteam schlussfolgerte,

dass Triggerwarnungen wichtige Aspekte emotionaler Resilienz unterminieren könnten (*Bellet et al., 2018*). In einer präregistrierten Replikation dieser Studie konnte die zuvor gefundene erhöhte Vulnerabilitätswahrnehmung allerdings nicht signifikant gefunden werden (*Bellet et al., 2020*). Die Befundlage liefert damit erste Hinweise darauf, dass Triggerwarnungen negative Auswirkungen haben können, indem sie dazu beitragen, dass erlebte Traumata verstärkt als zentraler Bestandteil der Identität wahrgenommen werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen sich selbst und andere durch Triggerwarnungen als vulnerabler wahrnehmen.

Zusammenfassend ergibt sich daher keine Evidenz dafür, dass Triggerwarnungen zur vermehrten Vorbereitung und Anwendung von Bewältigungsstrategien beitragen. Darüber hinaus konnte, mit einer Ausnahme, keine Evidenz für eine erhöhte Vermeidung von Inhalten mit Triggerwarnungen gefunden wer-

⁵ In dieser Studie wurde nur die physiologische Erregung, nicht jedoch die Valenzbewertung untersucht. Daher sind Schlussfolgerungen, ob diese Erregung als negativ zu bewerten ist, nur eingeschränkt möglich.

	Verstärkte Vorbereitung & Einsatz von Bewältigungsstrategien	Verstärkte Vermeidung	Minimierung negativer emotionaler Reaktion	Weniger Intrusionen	Selbstwahrnehmung als Traumaopfer, Trauma-zentralität
Bellet et al. (2018) (N = 270)			Kein Effekt		Ungünstiger Effekt
Bellet et al. (2020) (N = 462)			Ungünstiger Effekt		Kein Effekt
Boysen et al. (2021) (N = 870)			Kein Effekt		
Bridgland et al. (2019) (N = 1600)		Günstiger Effekt	Ungünstiger Effekt	Kein Effekt	
Bridgland et al. (2022) (N = 260)	Kein Effekt		Kein Effekt		
Bridgland et al. (2023) (N = 522)		Kein Effekt			
Bridgland & Takarangi (2021) (N = 209)			Ungünstiger Effekt		
Bridgland & Takarangi (2022) (N = 199)	Kein Effekt	Kein Effekt			
Bruce & Roberts (2020) (N = 208)		Kein Effekt			
Bruce et al. (2021) (N = 106)		Kein Effekt	Ungünstiger Effekt		
Gainsburg & Earl (2018) (N = 1335)			Ungünstiger Effekt	Günstiger Effekt	
Jones et al. (2020) (N = 451)		Kein Effekt	Ungünstiger Effekt	Kein Effekt	Ungünstiger Effekt
Kimble et al. (2021) (N = 355)		Kein Effekt			
Sanson et al. (2019) (N = 1880)			Kein Effekt	Kein Effekt	

■ Ungünstiger Effekt ■ Günstiger Effekt ■ Kein Effekt

Tabelle: Überblick über Befunde zu den angenommenen Schutzfunktionen von Triggerwarnungen

den. Des Weiteren zeigt sich ein Anstieg negativer antizipatorischer Reaktionen durch Triggerwarnungen, während die Reaktion auf nachfolgende Inhalte unverändert bleibt. Lediglich in zwei Studien wurden durch die nachfolgenden Inhalte weniger negative Reaktionen ausgelöst (Bridgland et al., 2019; Gainsburg & Earl, 2018). Auch Intrusionen konnten durch Triggerwarnungen nicht reduziert werden. Des Weiteren gibt es erste Belege dafür, dass Triggerwarnungen die Selbstwahrnehmung als Traumaopfer verstärken und Betroffene insgesamt als vulnerabler für negative Auswirkungen eingeschätzt werden. Eine Übersicht über die Befunde ist in der Tabelle zu finden.

Erklärungsansätze für gegenläufige Befunde

Wie lässt sich es sich theoretisch erklären, dass einige Studien eine schädliche Wirkung von Triggerwarnungen festgestellt haben? Triggerwarnungen können negative antizipatorische Erwartungen auslösen, die wiederum ungünstige emotionale

und physiologische Reaktionen begünstigen. Ein ähnliches Phänomen ist der sogenannte „Nocebo-Effekt“: Die Erwartung negativer körperlicher Gesundheitssymptome kann diese verstärken oder sogar erst hervorrufen (z. B. Benedetti et al., 2007). Auf Triggerwarnungen übertragen könnten antizipatorische Erwartungen zu einer erhöhten Aufmerksamkeit für traumaassoziierte Stimuli führen und entsprechend stärkere emotionale Reaktionen hervorrufen (Bridgland et al., 2019; Shafir & Sheppes, 2020). Über eine mögliche Rolle von Konditionierungsprozessen in diesem Zusammenhang ist weitere Forschung nötig. Darüber hinaus besteht Evidenz dafür, dass ein Zusammenhang zwischen der Erwartung, intrusive Wiedererlebenssymptome zu entwickeln, und der Entwicklung dieser Symptome besteht (Herzog et al., 2022).

Dabei ist jedoch auch zu beachten, dass aversive Reize nachweislich weniger belastend sein können, wenn sie als vorhersehbar wahrgenommen werden (Grupe & Nitschke, 2013; Mineka & Kihlstrom, 1978). Indem sie belastende Inhalte vorhersehbar machen, könnten Triggerwarnungen somit ebenso

angstreduzierend wirken. Allerdings kann die wiederholte Exposition gegenüber Triggerwarnungen auch dazu führen, dass Personen implizit annehmen, dass belastende Inhalte immer vorhersehbar sind. Selbst harmlose Inhalte, die später ohne Warnung betrachtet werden, können dadurch erschreckender und angstauslösender erscheinen (Bellet et al., 2020).

Darüber hinaus deutet ein erster Befund bereits darauf hin, dass Intrusionen durch Triggerwarnungen nicht gemindert werden (Sanson et al., 2019). Ein möglicher Erklärungsansatz für diesen Befund ist, dass traumatische Ereignisse in den Medien prototypisch dargestellt werden, sodass eine geringe perzeptuelle Übereinstimmung mit dem individuellen Trauma zu erwarten ist. Wie bereits weiter oben beschrieben, sind es aber genau diese hochspezifischen perzeptuellen Merkmale des Traumas, die zu Auslösern von Wiedererlebenssymptomen werden, beispielsweise der rote Pullover des*der Täters*Täterin, den der*die Patient*in wahrnahm, bevor es zu einem sexuellen Übergriff kam. Die Tatsache, dass Auslöser intrusiver Wiedererlebenssymptome selten konzeptuell mit dem Trauma assoziiert sind, kann damit als Erklärung dafür dienen, dass Triggerwarnungen Intrusionen nicht minimieren. Aus der Gedächtnispsychologie ist darüber hinaus bereits bekannt, dass der Abruf von Erinnerungsdetails erleichtert ist, wenn man sich in demselben emotionalen Zustand befindet, in dem die Erinnerung kodiert wurde (Bower, 1987). Durch die antizipatorische negative Erwartung und das Auslösen von Stress und Angst kann somit ein emotionaler Zustand ausgelöst werden, der auch das Auftreten ungewollter Erinnerungen begünstigen kann. Triggerwarnungen könnten damit kontraproduktiv wirken, indem sie negative Emotionen induzieren, die wiederum den Abruf von negativen Gedächtnisinhalten in Form von intrusivem Wiedererleben begünstigen können.

Weitere Ergebnisse legen nahe, dass Triggerwarnungen auch einen ungünstigen Einfluss auf die kognitive Bewertung von Traumata und der eigenen Anfälligkeit für Symptome haben könnten (Jones et al., 2020; Bellet et al., 2018). Ehlers und Clark (2000) beschreiben eine ungünstige Prognose bei Betroffenen, die das Auftreten von Symptomen nicht als temporäre Phase eines Erholungsprozesses, sondern als irreversible Schädigung erleben. Entsprechend zeigt sich, dass das Ausmaß, in dem das eigene Trauma als zentral für die eigene Identität wahrgenommen wird, mit der Symptomschwere einer PTBS korreliert ist (Berntsen & Rubin, 2007; Boelen, 2012; Robinaugh & McNally, 2011). Triggerwarnungen könnten dazu beitragen, dass das Trauma als zentral für die eigene Persönlichkeit erlebt wird (McNally, 2014). Darüber hinaus könnten Triggerwarnungen die Art und Weise beeinflussen, wie Menschen über die Folgen eines Traumas denken (Bellet et al., 2018). Dies kann zu internalisierten Stigmata führen, die dann zu der von Ehlers und Clark (2000) beschriebenen Denkweise beitragen und somit die Entwicklung von (Wiedererlebens-)Symptomen und letztlich auch die Entstehung einer PTBS nach einem Trauma begünstigen.

Zwar zeigt sich in einigen Untersuchungen keine verstärkte Vermeidung nach Triggerwarnungen (Bridgland et al., 2023; Bruce & Roberts, 2020; Kimble et al., 2021), die Befundlage ist hier allerdings noch nicht eindeutig. Falls Triggerwarnungen tatsächlich Vermeidungsverhalten begünstigen, wie einer der Befunde es nahelegt (Bridgland et al., 2019), könnten sich jedoch auch ungünstige Effekte ergeben (Ehlers & Clark, 2000). Wenn Betroffene in ihrem Alltag mit der Absicht handeln, riskante Situationen und Erinnerungen an das traumatische Ereignis zu vermeiden, führt dies zu einem Mangel an neuen Lernerfahrungen. Solche Lernerfahrungen bilden die Grundlage für Habituations- und Extinktionsprozesse und sind damit erforderlich, um die Wahrnehmung anhaltender Gefahr abzubauen (Ehlers & Clark, 2000). Diese Annahme wird auch durch die nachgewiesene Wirksamkeit der Expositionstherapie bei PTBS bestätigt (Schäfer et al., 2019). Das Vermeiden von Triggern reduziert also kurzzeitig den Leidensdruck der Betroffenen, kann jedoch langfristig eine Symptomchronifizierung nach sich ziehen (Rosenthal et al., 2005).

Fazit und Ausblick

Umfragen zeigen, dass viele Studierende den Einsatz von Triggerwarnungen befürworten (Bellet et al., 2020; Beverly et al., 2017). Eine sensible Haltung im Kontext von Traumatisierung findet somit breite Zustimmung. Es ist jedoch fraglich, ob Triggerwarnungen – wie sie aktuell genutzt werden – dazu beitragen, Betroffene zu unterstützen. Die hier dargelegten Befunde geben jedoch erste Hinweise darauf, dass Triggerwarnungen nicht die beabsichtigte Wirkung erzielen. Die ursprünglich angenommenen positiven kurzfristigen Effekte, wie die Reduktion negativer Reaktionen, ließen sich nicht nachweisen. Vielmehr deutet sich an, dass negative Reaktionen durch Triggerwarnungen unverändert bleiben oder gar verstärkt werden. Jenseits dieser unmittelbar auftretenden Effekte könnten Triggerwarnungen insbesondere langfristig betrachtet besorgniserregende Auswirkungen haben. So könnte die implizite Botschaft vermittelt werden, dass die Vermeidung eine adäquate Strategie im Umgang mit belastenden Inhalten ist, was unter therapeutischem Blickwinkel abzulehnen ist. Darüber hinaus können sie die Traumazentralität und die Wahrnehmung eigener Anfälligkeit für emotionale Folgen erhöhen. Damit könnten Triggerwarnungen zur Entstehung und Verstärkung von internalisierten Stigmata in Bezug auf Traumata und deren Folgen beitragen. Dies kann sowohl bereits erlebte als auch zukünftige Traumata betreffen. Solche kognitiven Bewertungen können die Entstehung und Persistenz von Symptomen begünstigen.

Wie könnte eine hilfreiche Unterstützung also aussehen? Eine Studie in einer unselektierten studentischen Stichprobe untersuchte neben Triggerwarnungen auch sogenannte PG-13-Warnungen (äquivalent zur deutschen FSK12-Warnung) (Bruce et al., 2021). Diese Warnung weist ebenfalls auf Inhalte hin, die – auch für Erwachsene – belastend sein können, stellen dabei jedoch keine direkte Verbindung zu mög-

lichen Traumata her. *Bruce und Kolleg*innen (2021)* stellten fest, dass der Verzicht auf eine Warnung und die Verwendung einer PG-13-Warnung weniger vorausgehende physiologische Erregung auslösten als Triggerwarnungen (*Bruce et al., 2021*). Daraus lässt sich ableiten, dass es möglich ist, Menschen über bevorstehende Inhalte zu informieren, ohne antizipatorischen Stress auszulösen (*Bruce et al., 2021*). Der Begriff Triggerwarnung ist stark mit Traumatisierung assoziiert und könnte entsprechend durch Priming-Prozesse negativere Antizipationen zur Folge haben (*Bellet et al., 2018*). In einer weiteren Untersuchung an einer unselektierten studentischen Stichprobe wurden die Auswirkungen nach negativen, neutralen und positiven Warnungen miteinander verglichen (*Kimble et al., 2022*). Neutrale Warnungen enthielten eine Inhaltsbeschreibung sowie den Hinweis, dass manche Personen den Inhalt als belastend empfinden, während die meisten anderen Personen wenig Probleme mit dem Inhalt haben. Positive Warnungen enthielten positive Hervorhebungen (etwa, dass es sich um den Ausschnitt eines klassischen Werkes handele) und trotz Kritik wenige Personen Schwierigkeiten mit den Inhalten haben könnten. Negative Warnungen beinhalteten etwa Hinweise darauf, dass beim Lesen des Inhalts negative Reaktionen auftreten können, die möglicherweise eine Weile anhalten. Im Gegensatz zur Untersuchung von *Bruce et al. (2021)*, bei welcher der dem Betrachten einer Warnung vorausgegangene Stress analysiert wurde, wurde in dieser Studie der Stress nach dem Lesen belastender Inhalte untersucht. Die Ergebnisse von *Kimble et al. (2022)* zeigen jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen negativen, neutralen und positiven Warnungen auf. Auch hier ist die Befundlage also inkonsistent, weshalb es keine klare Evidenz gibt, ob neutralere Formulierungen zu weniger negativen Reaktionen führen. Daher ist weiterhin zu prüfen, ob neutrale Warnungen (ohne Bezug zu Traumata und assoziierter Symptomatik) eine sinnvolle Alternative darstellen können.

Implikationen für die Praxis lassen sich damit derzeit noch nicht eindeutig ableiten. Insgesamt erscheint es sinnvoll, Triggerwarnungen mit Bedacht einzusetzen. Dies schließt eine genaue Abwägung der Notwendigkeit bei bestimmten Inhalten ein; handelt es sich beispielsweise um explizite Gewaltdarstellungen aus einem Kriegsgebiet oder um einen Erfahrungsbericht eines Betroffenen? Auch der inflationäre Gebrauch von Begriffen wie „Trigger(n)“ für alltägliche Situationen und Emotionen sollte im Hinblick auf die Auswirkungen auf Betroffene von Traumata diskutiert werden. Des Weiteren muss die konkrete Gestaltung der Warnung sorgfältig erwogen werden. Nach aktuellem Forschungsstand erscheint es sinnvoll, Warnungen möglichst neutral zu formulieren, um antizipatorischen Stress und negative Emotionen zu minimieren und einen expliziten Bezug zu Trauma-

tisierungen zu vermeiden. Forschende empfehlen für den Einsatz von Triggerwarnungen in der Lehre, zu Beginn des Schuljahres oder Semesters den Lehrplan und die Kurslektüre ausführlich mit den Studierenden zu besprechen (*Bellet et al., 2020*). Durch dieses Vorgehen erhalten Studierende einen informativen Überblick, ohne dabei vorzugreifen, dass die Inhalte möglicherweise zu belastend sein könnten, um sie emotional bewältigen zu können (*Bellet et al., 2020*). Für die klinische Praxis kann es empfehlenswert sein, den Umgang mit Medien im Rahmen der Psychotherapie zu thematisieren und hinderliche Strategien, wie aktive Vermeidung, zu besprechen. Auch ist es sinnvoll, kritisch zu reflektieren, ob eigene Tendenzen bestehen, traumatisierte Patient*innen vor der Konfrontation mit alltäglichen Situationen – wie der Auseinandersetzung mit medialen Inhalten – schützen zu wollen. Nach unserer Erfahrung neigen

— „Heute möchte ich über das traumatische Ereignis sprechen. Wir können aber jederzeit abbrechen!“ – Solche gutgemeinten Sätze in der Psychotherapie können dazu führen, dass Betroffene sich als extrem vulnerabel wahrnehmen.

Psychotherapeut*innen dazu, mit extremer Vorsicht zu verfahren, wenn es an die Behandlung von Traumafolgestörungen geht. So können auch im Rahmen der Psychotherapie mehr oder weniger explizite Triggerwarnungen ausgesprochen werden: „Heute möchte ich gerne über das traumatische Ereignis sprechen. Sie müssen überhaupt keine Details preisgeben, wir können jederzeit abbrechen!“ Gutgemeinte Sätze wie diese können dazu führen, dass Betroffene sich als extrem vulnerabel wahrnehmen. Außerdem werden dadurch zentrale Befürchtungen („Meine Erinnerungen an das Trauma sind gefährlich“, „Die Erinnerung könnte mich überwältigen, ich könnte den Verstand verlieren“) unbeabsichtigt validiert. Wieso braucht es einen Warnhinweis, wenn wir gleichzeitig im Rahmen der Psychoedukation erklären, dass von Erinnerungen keine Gefahr ausgeht? Zuletzt kann durch solche wohlgemeinten Hinweise implizit vermittelt werden, dass das, was die Betroffenen erlebt haben, auch für uns Psychotherapeut*innen kaum aushaltbar ist.

Unserer Erfahrung nach profitieren Patient*innen mit Traumafolgestörungen von einem empathischen und gleichzeitig offenen Umgang mit den Inhalten des Traumas. Wenn wir die Dinge beim Namen zu nennen, signalisieren wir unseren Patient*innen, dass ihre Schilderungen aushaltbar sind und wir ihnen die unerschrockene und verlässliche Begleitung anbieten können, die eine erfolgreiche Traumakonfrontation erfordert. Kurzgefasst: Menschen mit Traumafolgestörungen leben jeden Tag mit ihrem Trauma. Die Psychotherapie traumatisierter Menschen benötigt somit keine Triggerwarnungen!

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.

Bellet, B. W., Jones, P. J. & McNally, R. J. (2018). Trigger warning: Empirical evidence ahead. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 134–141.

Bellet, B. W., Jones, P. J., Meyersburg, C. A., Brennehan, M. M., Morehead, K. E. & McNally, R. J. (2020). Trigger warnings and resilience in college students: a preregistered replication and extension. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 26 (4), 717–723.

Boysen, G. A., Isaacs, R. A., Tretter, L. & Markowski, S. (2021). Trigger warning efficacy: The impact of warnings on affect, attitudes, and learning. *Scholarship of teaching and learning in psychology*, 7 (1), 39–52.

Bridgland, V. M. E., Barnard, J. F. & Takarangi, M. K. T. (2022). Unprepared: Thinking of a trigger warning does not prompt preparation for trauma-related content. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 75, 101708. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101708> [31.01.2024]

Bridgland, V. M. E., Bellet, B. W. & Takarangi, M. K. T. (2023). Curiosity disturbed the cat: Instagram's Sensitive-Content screens do not deter vulnerable users from viewing distressing content. *Clinical psychological science*, 11 (2), 290–307.

Bridgland, V. M. E., Green, D. M., Oulton, J. M. & Takarangi, M. K. T. (2019). Expecting the worst: investigating the effects of trigger warnings on reactions to ambiguously themed photos. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 25 (4), 602–617.

Bridgland, V. M. E. & Takarangi, M. K. T. (2021). Danger! Negative Memories Ahead: The effect of warnings on reactions to and recall of negative memories. *Memory*, 29 (3), 319–329.

Bridgland, V. M. E. & Takarangi, M. K. T. (2022). Something distressing this way comes: the effects of trigger warnings on avoidance behaviors in an analogue trauma task. *Behavior Therapy*, 53 (3), 414–427.

Bruce, M. & Roberts, D. (2020). Trigger warnings for abuse impact reading comprehension in students with histories of abuse. *College Student Journal*, 54 (2), 157–168.

Bruce, M. J., Stasik-O'Brien, S. M. & Hoffmann, H. (2021). Students' psychophysiological reactivity to trigger warnings. *Current Psychology*, 42 (7), 5470–5479.

Gainsburg, I. & Earl, A. (2018). Trigger warnings as an interpersonal emotion-regulation tool: avoidance, attention, and affect depend on beliefs. *Journal of Experimental Social Psychology*, 79, 252–263.

Jones, P. J., Bellet, B. W. & McNally, R. J. (2020). Helping or harming? The effect of trigger warnings on individuals with trauma histories. *Clinical psychological science*, 8 (5), 905–917.

Kimble, M. O., Flack, W. F., Koide, J., Bennion, K. A., Brennehan, M. M. & Meyersburg, C. A. (2021). Student Reactions to Traumatic Material in Literature: Implications for trigger warnings. *PLOS ONE*, 16 (3), e0247579. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247579> [31.01.2024].

Kimble, M. O., Koide, J. & Flack, W. F. (2022). Students responses to differing trigger warnings: a replication and extension. *Journal of American College Health*, 1–4.

Sanson, M., Strange, D. & Garry, M. (2019). Trigger warnings are trivially helpful at reducing negative affect, intrusive thoughts, and avoidance. *Clinical psychological science*, 7(4), 778–793.



Nathalie Wahlsdorf

Nathalie Wahlsdorf ist tätig in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität des Saarlandes und absolviert derzeit den Masterstudiengang Psychologie.



Prof. Dr. Tanja Michael

Prof. Dr. Tanja Michael ist seit 2009 Inhaberin des Lehrstuhls Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität des Saarlandes. Vorherige Stationen waren: Universität Basel (Habilitation), University of Oxford (Dr. Phil.) und Universität Braunschweig (Diplom). Sie ist in Kognitiver Verhaltenstherapie und Interpersoneller Psychotherapie ausgebildet; ihr Schwerpunkt sind Traumafolgestörungen.



Dr. Johanna Lass-Hennemann

Dr. Johanna Lass-Hennemann (Psychologische Psychotherapeutin) forscht und lehrt in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität des Saarlandes. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich mit möglichen (pharmakologischen und psychologischen) Verstärkern der Konfrontationstherapie sowie der tiergestützten Psychotherapie.



Dr. Roxanne Sopp

Korrespondenzanschrift:

Universität des Saarlandes
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Campus A1 3, 66123 Saarbrücken
roxanne.sopp@uni-saarland.de

Dr. Roxanne Sopp (Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung) forscht und lehrt in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität des Saarlandes. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich mit dem Einfluss von Schlaf- und Gedächtnisprozessen auf die Entstehung von posttraumatischen Belastungssymptomen.

Nachruf

Dianne L. Chambless (1948–2023)

Dianne L. Chambless, Professor emerita in Psychologie an der University of Pennsylvania, ist am 14. Juli 2023 nach langer schwerer Krankheit gestorben.

Das große Ziel von Dianne Chambless war die Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlungsansätze für psychische Störungen, insbesondere Angst- und Zwangsstörungen. Sie hat in ihrer außergewöhnlichen Karriere deutlich gemacht, dass sich Wissenschaft und Praxis gegenseitig brauchen und befruchten, und im besten Sinn das Scientist-Practitioner-Modell vorgelebt.

Dianne Chambless war Professorin und Leiterin des Programms für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der University of Pennsylvania in Philadelphia, USA. Ihre eigene psychotherapeutische Ausbildung umfasste neben Kognitiver Verhaltenstherapie auch Psychodynamische Therapie und Gestalttherapie. Neben ihrer wissenschaftlichen Arbeit hat sie bis ans Ende ihrer aktiven beruflichen Tätigkeit auch Patient*innen behandelt.

In ihrer Forschung konzentrierte sich Dianne Chambless auf drei Hauptbereiche:

Ihre Karriere begann mit Forschungsarbeiten, die sie zusammen mit ihrem Kollegen und Ehemann Dr. Alan Goldstein entwickelte und die unser Verständnis von Panikattacken und Agoraphobie grundlegend veränderten. Diese Arbeiten machten deutlich, dass Paniksymptome, einschließlich katastrophaler Gedanken an den Tod oder das Verrücktwerden, weitere Ängste hervorrufen und dass diese „Angst vor der Angst“ agoraphobische Vermeidung erzeugt.

Zweitens trug ihre konzeptuelle, empirische und experimentelle Forschung maßgeblich zur Klärung bei, dass und auf welche Weise zwischenmenschliche Faktoren für den Verlauf und die Behandlungsergebnisse von psychischen Störungen bedeutsam sind.

Das dritte wichtige Thema ihrer Arbeit war die Identifizierung und Verbreitung empirisch gestützter Psychotherapie. Ab 1993 hatte Dianne Chambless den Vorsitz der Taskforce der American Psychological Association (APA) zur Förderung und Verbreitung von Psychotherapie inne. Der wegweisende Artikel „Defining empirically supported therapies“, den sie

gemeinsam mit Steven Hollon 1998 verfasst hat, gehört zu den meistzitierten Arbeiten in der Psychotherapieforschung. Die Diskussion über die Identifizierung und Verbreitung empirisch gestützter Behandlungen war

und ist ein sehr wichtiges, aber gleichzeitig auch kontroverses Thema. Dianne Chambless hat sich mit großem Engagement entsprechenden Diskussionen gestellt und mit ihrer Arbeit wesentlich zur Grundsteinlegung für eine evidenzbasierte Psychotherapie beigetragen. Auch in Deutschland hatten und haben die von der Taskforce der APA entwickelten Kriterien großen Einfluss. Sie bilden die entscheidende Grundlage für die strukturelle Qualitätssicherung, namentlich im Rahmen der Tätigkeit des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie wie auch des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – mit den damit verbundenen Einflüssen auf Berufs- und Sozialrechte im psychotherapeutischen Gesundheitswesen.



Dianne L. Chambless (1948–2023)

Für ihre Arbeiten erhielt Dianne Chambless zahlreiche Preise und Auszeichnungen, u. a. von der APA für ihre herausragenden Beiträge zum Verständnis und zur Verbesserung wichtiger praktischer Probleme, den Preis der Klaus Grawe Stiftung sowie den „Lifetime Achievement Award“ der Association for Cognitive and Behavioral Therapies (ABCT).

Neben ihrer Forschung war Dianne Chambless eine herausragende und inspirierende Mentorin für Nachwuchskräfte des Fachs und insbesondere für Frauen in der Wissenschaft. Auch für ihr Mentoring wurde sie mehrfach ausgezeichnet.

Im beruflichen Kontext war Dianne Chambless für ihr Engagement, ihre gründliche und präzise Arbeitsweise sowie für ihren Mut und ihre Ausdauer bekannt. Allen, die Dianne Chambless persönlich kannten, werden ihr echtes Interesse am Gegenüber sowie ihre warmherzige Unterstützung in bester Erinnerung bleiben.

Dianne Chambless hinterlässt ihren geliebten Ehemann und Kollegen Alan Goldstein. Sehr viele ehemalige Studierende und Kolleg*innen werden ihr Vermächtnis der wissenschaftlichen Integrität und ihres Engagements für das Lernen und die Verbesserung der Psychotherapie weiterführen.

Babette Renneberg
Berlin

Rezensionen

Epidemie ohne Ansteckungsgefahr bei Kontakt: Einsamkeit und soziale Isolation im Alter

Hajek, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H.-H. (2023). *Loneliness and Social Isolation in Old Age – Correlates and Implications*. London: Routledge. 230 S., 169 € (Hardcover); E-Book: Open Access¹

Einsamkeit und soziale Isolation werden in Fachkreisen längst als Epidemie eingestuft oder als „das neue Rauchen“ bezeichnet. Wie drastisch sich Isolation und Einsamkeit auf den Menschen, auf Körper und Seele auswirken, wurde der breiten Öffentlichkeit vor allem durch die Maßnahmen im Zuge der Corona-Pandemie bewusst. Schützten Quarantäne und soziale Distanzierung zunächst vor Ansteckung und damit vor körperlicher Versehrtheit, so führten Schulschließungen und häusliche Isolation langfristig vor allem bei Kindern und Jugendlichen zu psychischen Belastungen mit teils erheblichen Langzeitfolgen. Auch für Erwachsene bis hin ins höhere Alter hat die Pandemie Gefühle von Einsamkeit, Angst und Depression sowie eine insgesamt geringere Lebensqualität erfahrbar gemacht. Dass das Thema nicht neu ist, können viele Psychotherapeut*innen aus der Praxis bestätigen. Und auch in Politik und Gesellschaft erfährt es international zunehmend an Bedeutung: Eine Bekämpfung der altersbedingten Einsamkeit hat sich etwa die World Health Organization (WHO) mit der „UN Decade of Healthy Ageing“ (2021–2030) für dieses Jahrzehnt vorgenommen. In Deutschland hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2022 eine Strategie gegen Einsamkeit auf den Weg gebracht, in Großbritannien existiert seit 2018 sogar ein Ministerium für Einsamkeit.

In der Wissenschaft wird das Thema bereits seit Längerem erforscht. Dass die Corona-Pandemie in diesem Zusammenhang auch einen positiven Effekt mit sich gebracht haben könnte,

davon sind die Herausgeber*innen von „Loneliness and Social Isolation in Old Age“ („Einsamkeit und Isolation im Alter“) überzeugt, denn aufgrund der weltweit vergleichbaren Erfahrungen sei die Relevanz des Themas stark in den allgemeinen Fokus gerückt worden. Die Wissenschaftler*innen André Hajek, Steffi G. Riedel-Heller und Hans-Helmut König geben mit ihrer bei Routledge in Großbritannien erschienenen Publikation einen sehr umfassenden Überblick über bedeutende Korrelate von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. Neben den drei Herausgeber*innen sind weitere renommierte nationale sowie internationale Forscher*innen aus Disziplinen wie der Medizin, Psychologie, Epidemiologie, Soziologie, Ökonomie und Gerontologie als Autor*innen beteiligt. In 18 Kapiteln werden durch empirische Beiträge sowie Zusammenfassungen internationaler Forschungsergebnisse unterschiedlichste Themenaspekte zu Einsamkeit und Isolation im Alter beleuchtet.

Wichtig ist den Autor*innen dabei immer der Bezug zur Lebensrealität älterer Menschen. Das Buch widmet sich ausführlich den Themen Pflege, Fürsorge und Betreuung von Enkelkindern bis hin zu Haustieren. Die Rolle der Großeltern als Form der generationenübergreifenden Familienunterstützung habe an Bedeutung zugenommen. Eine chinesische Studie aus dem Jahr 2021 zeige, „dass sich Menschen mit Enkelkindern im Vergleich zu Menschen ohne Enkelkinder seltener einsam fühlen“ (S. 79; eigene Übersetzung). Ein ähnliches Phänomen ist der sogenannte „Haustier-Effekt“, beschrieben von Karen Allen im Jahr 2003. Die Hamburger Wissenschaftler Benedikt Kretzler, André Hajek und Hans-Helmut König verweisen in diesem Zusammenhang auf einen interessanten Aspekt aus der Bindungstheorie, nachdem das

menschliche Bedürfnis nach Bindung an ein Tier zwar die Bindung an einen Menschen nur teilweise ersetzen könne, aber gerade ältere Menschen überdurchschnittlich stark dazu neigten, ihr Haustier zu vermenschlichen. Ergänzenden Studien aus Japan und Australien unterstrichen den positiven Effekt auf das soziale Zugehörigkeitsgefühl von Haustierhalter*innen in der Nachbarschaft.

André Hajek und Hans-Helmut König lehren und forschen am Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, sind Kernmitglieder des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und untersuchen u. a. Determinanten für erfolgreiches und gesundes Altern. Dazu zählen sie etwa auch das Thema Social Media. Was häufig als jugendliches Medium verstanden wird, hat längst Einzug in die Welt der älteren Erwachsenen gehalten, denn genau wie die Nutzer*innen sind auch Facebook & Co. mitgealtert. Hajek und König gehen davon aus, dass „der Anteil der Personen im höheren Lebensalter, die soziale Medien nutzen, in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen wird.“ Folgerichtig widmen sie dem Thema Social Media ein eigenes Kapitel und geben einen Überblick über empirische Erkenntnisse, die, wie häufig bei diesem Thema, sehr unterschiedlich ausfallen: So könne einerseits die Verbindung zu anderen Menschen digital aufrechterhalten werden, andererseits aber leicht auch der Eindruck entstehen, dass es anderen in Bezug auf soziale Beziehungen besser gehe, etwa durch einseitige Darstellungen. Beide Phänomene existieren, doch es scheint, dass die Nutzung sozialer

¹ Verfügbar unter: <https://www.taylorfrancis.com/books/oa-edit/10.4324/9781003289012/loneliness-social-isolation-old-age-andr%C3%A9-hajek-steffi-riedel-heller-hans-helmut-k%C3%B6nig> [01.02.2024].

Medien grundsätzlich mit einer geringeren Einsamkeit bei Älteren korreliert. Ein direkter Zusammenhang lässt sich empirisch jedoch nicht in allen Studien belegen, wie entsprechende Forschungen aus Deutschland, den USA und Niederlanden verdeutlichen.

Nicht nur im Kontext von digitaler Vernetzung und Social Media, auch aus psychologischer Sicht interessant ist der hohe Grad an persönlichem Empfinden von Einsamkeit. Denn wie lässt sich Einsamkeit definieren und messen, wenn dank digitaler Vernetzung Menschen nicht zwangsläufig mehr das Haus verlassen müssen, um soziale Beziehungen zu pflegen? Zwei Konzepte werden zu Beginn des Buches vorgestellt: So sei Einsamkeit „ein unangenehmes Gefühl, das auftritt, wenn das Netz der sozialen Beziehungen einer Person in irgendeiner wichtigen Weise unzureichend ist, entweder quantitativ oder qualitativ“, und Einsamkeit sei „im Gegensatz zu sozialer Isolation, subjektiv“ (S. 5 f.; eigene Übersetzung). Diese Erkenntnis macht es natürlich nicht einfach, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, denn jeder Mensch hat

unterschiedliche Bedürfnisse an soziale Beziehungen und auch kulturelle Prägungen seien hier zu berücksichtigen. Unterschieden werde zudem zwischen „emotionaler“ und „sozialer“ Einsamkeit; die Kombination beider führe zu den intensivsten Gefühlen von Einsamkeit.

Können Social Media, Großelternschaft und Haustiere im besten Fall positive Auswirkungen auf das Erleben oder Nichterleben von Einsamkeit haben, so sei es bei den sozioökonomischen Faktoren zum Teil deutlich schwieriger, da weniger leicht beeinflussbar: Klassische Korrelate, die häufig das Thema Einsamkeit und Isolation im Alter begleiten, seien nach wie vor Krankheit, Familienstand, Haushalt und Lebenssituation, ethnischer und kultureller Hintergrund, Wohnort und finanzieller Status. Dies führt u. a. die Bochumer Wissenschaftlerin und Psychologin Maïke Luhmann aus. Und auch aktuelle gesundheitsbezogene Korrelate wie etwa Adipositas oder mentale Gesundheit werden thematisiert. Diese Determinanten sind in Bezug auf Einsamkeit im Alter relativ gut erforscht. Das Buch

bietet eine umfassende Übersicht über die relevanten Fragen und den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Anregung zu weiterer Forschung geben Hajek und König zum Schluss, indem sie die Datenverfügbarkeit zu Einsamkeit und sozialer Isolation basierend auf großen bevölkerungsrepräsentativen Kohortenstudien skizzieren. Da die beiden Hamburger Wissenschaftler zusammen mit ihrer Leipziger Kollegin Steffi G. Riedel-Heller trotz eindeutiger Forschungs-Fokussierung für das Buch ein praxisnahes Konzept gewählt haben – die Publikation ist auf Englisch erschienen und durch eine Förderung der sächsischen Hochschulbibliotheken via Open Access verfügbar –, ist die Struktur des Werkes für Leser*innen sehr gut nachzuvollziehen. Fazit: Eine unverzichtbare Lektüre für Forscher*innen und Doktorand*innen sowie für Expert*innen in den Bereichen mentale Gesundheit, Psychologie, Gerontologie, Geriatrie und Sozialwissenschaften.

Hannes Rathjen
Hamburg

Hat die Klimakrise einen Platz in der Psychotherapie?

Pudlatz, M. (2023). Klimaresilienz aufbauen – Was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beitragen können (essentials). Berlin: Springer. 46 S., 14,99 € (Print), 9,99 € (E-Book)

Angesichts des sich weiter rasant verschlechternden Zustands unserer Mitwelt/Umwelt und der damit zusammenhängenden multiplen sozial-ökologischen Krisen (Biodiversität, Wasserknappheit, soziale Schere usw.) stellen sich auch (psycho-)therapeutisch arbeitende Fachkräfte zunehmend die Frage, welchen Beitrag sie leisten können, diese Entwicklung aufzuhalten und bestenfalls umzukehren. Die Auswahl an einschlägiger Fachliteratur entwickelt sich gefühlt ähnlich rasant – während die verfügbare Zeit, sich damit auseinanderzusetzen, angesichts der weiterhin maroden Versorgungslage und der eher steigenden logistisch-technischen

Anforderungen tendenziell schwindet. Gleichzeitig nimmt der Druck, eine Transformation in Richtung einer nachhaltigen Zukunft zu erreichen, zu.

Vor diesem Hintergrund gelingt es Meike Pudlatz mit ihrem kleinen Büchlein überzeugend, für unsere Berufsgruppe die relevantesten Wissensaspekte und einige sehr konkrete Handlungsanregungen auf kleinem Raum zusammenzutragen. Das Format der „essentials“ aus dem Springer-Verlag gibt bereits ein hohes Maß an Strukturierung vor. Zusätzlich spannt die Autorin das Vier-Felder-Schema der Resilienz von Peter und Niessen (individuell/kollektiv, Adaptation/Transformation) als Orientierungsraster über ihr Buch – vermutlich, damit es noch besser gelingt, den Stellenwert der einzelnen Anregungen und Beiträge einzuordnen und zu begreifen.

Frau Pudlatz vermittelt zunächst in prägnanter Weise einen Eindruck davon, in welcher bedrohlichen und dringlichen Ausgangssituation wir uns eigentlich befinden und was hier noch auf uns zukommen könnte. Anschließend schlägt sie als Fazit eines kleinen Überblicks über die Verwendung des Begriffs „(Klima-)Resilienz“ in der Fachliteratur eine eigene Definition vor. Auf dieser Grundlage werden im Verlauf des Buches vor allem in drei Bereichen Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt: Psychotherapeut*innen (a) als Privatpersonen, (b) als Akteur*innen in Gesellschaft, Berufspolitik und Aus- und Weiterbildung sowie (c) in der Psychotherapie. Am Ende steht als positives Narrativ ein Ausblick auf eine mögliche klimaresiliente Welt. Um Menschen zu einem (konstruktiven) Handeln anzuregen, ist es so wichtig, gute, anspre-

chende Visionen zu entwickeln, auf die es sich zuzugehen lohnt.

Viele Kolleg*innen, die in Erwägung ziehen, sich (auch) im beruflichen Umfeld für die Bewältigung der Klimakrise und die dafür nötige sozial-ökologische Transformation einzusetzen, kommen möglicherweise schon recht frühzeitig ab von diesem Weg, nämlich an der Stelle, wo die „psychotherapeutische Abstinenz“ auftaucht. Diese wirke oftmals als Hemmschuh, was bei bedachter Reflexion und sensiblem Umgang aber nicht so sein müsse. Daher nimmt sich die Autorin zu Beginn des fünften Kapitels die Zeit, diesen Einwand zu durchleuchten, und bietet als Fazit mehrere Argumente an, warum es trotzdem möglich und wünschenswert, vielleicht sogar wesentlich sein kann, das Thema Klimakrise in unseren Therapien explizit anzusprechen. Wenn diese gedankliche Hürde erst einmal genommen sei, könnten Offenheit und Neugier für das (psychotherapeutisch) Mögliche entstehen. Zur Unterstützung fügt die Autorin hier eine Sammlung an, die hilfreiche Anregungen für die Umsetzungen, konkrete Formulierungen für die diag-

nostische Phase und auch Einblicke in Erfahrungen aus der Praxis umfasst. An dieser Stelle sei zu diesem Kapitel lediglich noch angemerkt, dass manche der Auffassungen der Autorin zum Thema Abstinenz besonders in der psychodynamischen Community zu regen Diskussionen führen könnten.

Ob das oben genannte Vier-Felder-Schema tatsächlich zu mehr Klarheit beiträgt, da bin ich skeptisch. Stellenweise wirkt die rahmende Einordnung durch dieses Konzept etwas aufgesetzt/überstrapaziert. Hier hätte eine Vorstellung der konkreten Handlungsoptionen – gut strukturiert durch die Kapiteleinteilung – wohl ausgereicht. Auch würde man sich für dieses ausgesprochen wichtige Büchlein einen noch griffigeren und ansprechenderen Titel wünschen.

Alles in allem ist es der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden und von der Positiven und Transkulturellen Psychotherapie nach Peseschkian geprägten Psychotherapeutin und Autorin sehr gut gelungen, wichtige Aspekte ihrer eigenen Arbeit und Erfahrungen anschaulich

festzuhalten, damit Kolleg*innen davon profitieren und sich in den Aufbau von Klimaresilienz fachlich einbringen können. Vor allem die knappe Darstellung und der Verzicht auf allzu abstrakte Formulierungen machen das Verständnis und die Aneignung leicht. Bei entsprechendem Interesse werden zahlreiche Literaturhinweise zur weiteren Vertiefung gegeben.

Denkanstöße wie das hier besprochene Werk könnten und sollten bereits in die Aus- und Weiterbildung integriert werden, um (angehende) Psychotherapeut*innen möglichst früh für die gesellschaftliche Verantwortung des Berufsstands, besonders bei diesem essenziellen Thema, zu sensibilisieren.

Abschließend bleibt zu sagen, dass es durchaus erstaunt, wie viele Optionen wir als Psychotherapeut*innen haben, uns in der Klimakrise zu verhalten. Daher kann diese kurzweilige und zugleich anregende Lektüre allen Kolleg*innen nur empfohlen werden.

Tanja Ehrhardt
Riedstadt

Ein Update genau zur rechten Zeit: Udo Rauchfleischs Ratgeber zum Thema „Transidentität“

Rauchfleisch, U. (2023). *Transgender verstehen. Ein Ratgeber für Angehörige, Freund:innen und Kolleg:innen. Ostfildern: Patmos. 208 S., 20 €*

Wenn Udo Rauchfleisch sich zum Thema Transidentität äußert, lohnt es sich hinzuhören. Gilt er doch als „der“ Experte auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum. Die Bedeutsamkeit von Rauchfleischs Schaffen ist dabei alles andere als „eminenzbasiert“, sondern beruht darauf, dass ihm ein seltenes Kunststück gelingt: die Verbindung von wissenschaftlicher Präzision mit einer in jeder Zeile erkennbaren liebevollen Zuwendung zu den Menschen. Seit vielen Jahrzehnten behandelt, begutachtet, lehrt und forscht er – unter anderem – zum Thema „Transsexualität“. Seine wissenschaftlichen Veröffentlichungen dürften in der Fachwelt als Standardlite-

ratur gelten (Rauchfleisch, 2019, 2016). Bereits vor zehn Jahren wandte er sich einem sonst im Fachdiskurs eher vernachlässigten Feld zu: Auch die Transpersonen nahestehenden Menschen haben ein „Coming-out“. Und auch am Arbeitsplatz stellt die Transition eine Herausforderung dar. Wie geht es den Menschen im Umfeld einer Transperson? Welche Gefühle, Ängste, Fragen treiben sie um? Wie sollen wir uns verhalten, wenn eine uns nahestehende Person, sei es ein Elternteil, sei es unser Kind, sei es eine Kollegin oder ein Chef, sich als transident outet? Wie geht es anderen Menschen in einer ähnlichen Situation, und wo kann Hilfe gesucht und gefunden werden? Für diese Zielgruppe schrieb Rauchfleisch vor zehn Jahren einen hilfreichen Ratgeber, der in mehreren Auflagen erschien. In diesen zehn Jahren hat sich viel verändert. Begrifflichkeiten wurden präzi-

siert; die Diagnosesysteme DSM und ICD treiben die Entpathologisierung von „Transsexualität“ voran; in Deutschland soll das „Transsexuellengesetz“ durch ein „Selbstbestimmungsgesetz“ ersetzt werden. Und gleichzeitig wird die öffentliche Debatte um „trans“ zunehmend polarisierend und aggressiv aufgeladen geführt.

Verwirrend genug für transidente Menschen selbst – und ebenso, wenn nicht noch mehr, für Angehörige und andere Nahestehende. Vor diesem Hintergrund kommt das Buch genau zur richtigen Zeit. Rauchfleisch hat seinen Ratgeber so gründlich überarbeitet, dass es sich eigentlich um eine Neuerscheinung handelt. Das Buch ist gegliedert in zwölf unterschiedlich gewichtete Kapitel. In leicht verständlicher, nicht jedoch infantilisierender Sprache wer-

den Grundlagen, Begriffe und der Stand der Forschung dargestellt. Es werden alle erdenklichen Konstellationen von Fragen abgehandelt, mit denen sich Transpersonen nahestehende Menschen konfrontiert sehen könnten. Anschauliche Fallbeispiele illustrieren die Konstellationen, ohne jedoch voreilige Verallgemeinerungen nahezulegen. Ein besonderes Gewicht wird auf die auch gesellschaftlich heiß diskutierte Situation von Kindern und Jugendlichen gelegt: Wie geht es uns als Eltern, wenn die Kinder sich als transident entpuppen und wir vor der schwierigen Frage einer eventuellen Medikation stehen? Aber auch die umgekehrte Konstellation wird beleuchtet: Wie geht es uns als Kinder, wenn ein Elternteil sich als trans

ident? Wie können wir als Angehörige mit den Ängsten vor Diskriminierung und Gewalt umgehen? Aber auch: Wie kann eine Transition am Arbeitsplatz für alle Beteiligten gut gelingen?

Für all diese Fragen gibt es kein Universalrezept und keine Musterlösungen. Aber der Ratgeber weist den Weg, dass Lösungen generiert werden können.

Das Buch richtet sich zuallererst an die genannte Zielgruppe. Aber auch transidente Menschen selbst können viel darüber erfahren, was in ihrem Umfeld möglicherweise passiert infolge der eigenen Transition. Last, not least ist die Lektüre auch für uns als „Professionelle“ gewinnbringend.

Vielleicht sogar besonders für diejenigen unter uns, die bislang skeptisch „trans“ für eine vorübergehende Modeerscheinung gehalten haben, bietet das Buch einen guten Einstieg und einen anschaulichen Blick in das soziale Nahgefüge einer Transition.

Lars Hauten
Berlin

Literatur

Rauchfleisch, U. (2016). Transsexualität – Transidentität (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rauchfleisch, U. (2019). Transsexualismus-Genderdysphorie-Geschlechtsinkongruenz-Transidentität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Leserbriefe und Replik

Wertvolle Publikation zum Thema Rassismus(kritik)

Zu B. Kahraman: Wozu Rassismuskritik in der Psychotherapie-Profession? *Psychotherapeutenjournal* 4/2023, S. 344–353.

[...] Ich möchte mich bei Ihnen herzlich für diesen Artikel bedanken! Er spricht mir aus der Seele und ich freue mich wirklich sehr, endlich mal etwas so Gutes zu diesem Thema zu lesen. Ich bin Psychotherapeutin aus Berlin und mich begleitet das Thema schon mein ganzes Leben lang, sowohl als Betroffene von Rassismus als auch als Psychotherapeutin. Vielen Dank für diese und auch andere sehr wertvolle Publikationen von Ihnen! [...]

Cigdem Balki
Berlin

Vom Gelesensein und -werden

Zum selben Beitrag von B. Kahraman im *Psychotherapeutenjournal* 4/2023.

Das Bild, das die Autorin vom Umfang des Rassismus in Deutschland und speziell in den psychotherapeutischen Praxen zeichnet, ist niederschmetternd. Frau Kahraman leitet anhand einschlägiger Studien ab, dass sich Rassismus und Antisemitismus bis in die „Mitte der Gesellschaft“ vorgefressen habe. Die erhebliche Kritik an der Mitte- bzw. Leipziger Autoritarismus-Studien scheint der Autorin unbekannt zu sein. Die Kritik bezieht sich darauf, dass durch suggestive Fragen ein vorab erwünschtes Ergebnis erzielt wird, dass nämlich Rassismus und Antisemitismus zum deutschen Alltag gehören. Deutschland scheint demnach eine durch und durch verabscheuungswürdige Gesellschaft zu sein, die nichts anderes ist als antidemokratisch, antisemitisch, rassistisch und migrantenfeindlich. Da Rassismus angeblich „längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen“ sei,

gelte das natürlich auch für den Raum der Psychotherapie. Diskriminierung in der Psychotherapie sei „strukturell“, was offenbar bedeuten soll: grundsätzlich und immer.

Wie und wo in den Fallbeispielen die Patienten Rassismus erfahren haben wollen, wird nicht deutlich. Eine Patientin zeigt eine undifferenzierte Übergeneralisierung, wenn sie sagt, dass sie in einem Deutschland lebe, dessen „Menschen sie umbringen“ wollen. Die Autorin, die offenbar auch ihre Therapeutin ist, sollte ihr beruhigend versichern, dass dies keineswegs der Fall ist. Der Tod des schwarzen US-Amerikaners George Floyd zeigt nicht die Allgegenwärtigkeit von Rassismus bei der Polizei, wie an amerikanischen Polizeistatistiken abzulesen ist. Die Black-Life-Matters-Protestbewegung in Deutschland muss als grotesk bezeichnet werden, weil sie unreflektiert amerikanische Verhältnisse auf Deutschland übertrug.

Auch im Fallbeispiel drei und vier ist der Rassismus der umgebenden Menschen nicht belegt. Geschildert werden Probleme, die in einer psychotherapeutischen Praxis alltäglich sind. Ursachen dafür können vielfältig sein, natürlich auch unterschwelliger oder offener Rassismus, aber es sind genauso gut andere Ursachen denkbar. Überempfindlichkeit der Patienten ist ein weit verbreitetes Symptom. In der Psychotherapie ist es schwer, zur Eigenverantwortung von Patienten vorzustoßen. Genauer gesagt, es ist mühsam, die Anteile von Fremd- und Selbstverschuldung auseinanderzuhalten, und insbesondere ist es schwierig, den Blick des Patienten auf den selbst verantwortenden Teil seiner Handlungen zu lenken. Gerade bei Mobbingopfern ist immer ein Eigenanteil mit zu bedenken. Bedingungslose Wertschätzung des Patienten ist schön und gut, aber es muss nicht alles stimmen, was der Patient erzählt. Anzunehmen, dass immer gesellschaftliche Diskriminierung vorliegt, ist therapeutisch voreilig und suggestiv und kann in die falsche Richtung führen.

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 15. April 2024 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

Zu einem Kernpunkt des Rassismus-Narrativs gehört das „Gelesenwerden“. Was heißt das? Es wird etwas „hineingelesen“ in etwas. Es wird dort etwas entdeckt, was es dort vielleicht gar nicht gibt. Es geht also nicht um Tatsachenfeststellungen, sondern um Vorurteile und Meinungen. Die Autorin kommt nicht auf die Idee, umgekehrt die Rassismus- und Antisemitismus-Kritik als etwas „Gelesenes“ anzusehen, also als etwas, was in die deutsche Gesellschaft hineingelegt wird, was aber dort eventuell gar nicht existiert. Das „Gelesensein“ ist reine Meinung bzw. Selbstattribution und ist insofern einerseits beliebig, andererseits eventuell ein Trugbild.

[...]

Das Ziel der Autorin ist es, den Berufsstand der Psychotherapeuten dafür zu sensibilisieren, dass für Rassismus- und Antisemitismus-Betroffene eine existenzbedrohende Lage eingetreten ist. Ich kann nur für mich sprechen: In meiner Praxis ist dieses Thema so gut wie nicht existent, obwohl viele meiner Patienten aus aller Herren Länder kommen. Ich kann mich nur an eine junge Iranerin erinnern, die sich über einen Fall von

Rassismus aufregte, der definitiv keiner war. Die Autorin aber ist hinsichtlich dessen, was sie in Deutschland erlebt, eindeutig: Es handelt sich um ein rassistisches Land, in dem jeder nur rassistisch sozialisiert werden kann (S. 362).

Da offenbar ganz Deutschland rassistisch und antisemitisch verseucht ist, bleibt Diskriminierten eigentlich nur die Auswanderung. Man fragt sich, warum immer noch so viele Menschen zu uns kommen wollen, oder umgekehrt, warum so wenige in angenehmere Länder fliehen. Die Ablehnung vor allem arabischer Ausländer gegenüber Deutschen, Frauen und Juden ist der Autorin ebenfalls keine Erwähnung wert. So entsteht ein Zerrbild der Wirklichkeit.

[...]

Dr. Gerald Mackenthun
Berlin

Gewaltfreie Sprache und Verständnis als Voraussetzung für Heilung

Zum selben Beitrag von B. Kahraman im Psychotherapeutenjournal 4/2023.

Ich wollte Ihnen von Herzen für Ihren Artikel im aktuellen Psychotherapeuten Journal danken, der für mich genau zum richtigen Zeitpunkt kommt und der mir aus der Seele spricht. Chapeau für ihre gewaltfreie, sensible Wortwahl!

Gerade für uns TherapeutInnen ist eine nicht-diskriminierende und wertfreie Haltung so wichtig und doch mache ich aktuell im Zuge des sich zugespitzten Nahost-Konfliktes im Therapieraum mit PatientInnen die Erfahrung, immer wieder an eigene Grenzen zu stoßen, wenn sich eine gegenüber Antisemitismus sensibilisierte und gegenüber Rassismus sensibilisierte Haltung zunächst gegenüberstehen. Die eigene Identität und scheinbare Gewissheiten im Zuge dessen zu hinterfragen, ist zweifelsohne ein sehr anstrengender innerer Prozess für uns TherapeutInnen – und trotzdem angezeigt, wenn wir unsere PatientInnen wirklich verstehen wollen. Denn wahres Verständnis ist meiner

Meinung nach immer die Voraussetzung für Heilung.

Kathrin Pietsch
München

Zu wenig Beschäftigung mit dem Thema Rassismus in unserer Profession

Zum selben Beitrag von B. Kahraman im Psychotherapeutenjournal 4/2023.

Ich habe mich unglaublich über diesen Artikel gefreut! Ich halte an verschiedenen Instituten Seminare zum Thema „Kultursensible Psychotherapie“. Die Auseinandersetzung mit Rassismus innerhalb des therapeutischen Raums ist ein Teil meines Seminars. Ich spüre, dass die jungen Kolleg:innen großes Interesse und Offenheit zeigen, sich mit dem Thema Rassismus auseinanderzusetzen. Dennoch überrascht es mich immer wieder aufs Neue, wie wenig wir Therapeut:innen uns während des Studiums, der Ausbildung oder im Beruf damit beschäftigen.

Dr. Fanja Riedel-Wendt
Gaisberg

Eine unangenehme, aber notwendige Zumutung

Zum selben Beitrag von B. Kahraman im Psychotherapeutenjournal 4/2023.

Der Artikel von Frau Birschen Kahraman beschreibt eindrücklich blinde Flecken und immanente Vorurteile von uns PsychotherapeutInnen. Das ist gut so und notwendig – und eine unangenehme Zumutung. Es ist mühsam und herausfordernd, sich immer wieder der komplexen Reflexion eigener Vorurteile und Annahmen zu stellen – sowohl im großen weltpolitischen Maßstab als auch im kleinen Bereich der eigenen Berufsausübung. Zum Nachdenken brachte mich u.a. auch die fehlende Bezeichnung ihres therapeutischen Ansatzes – auch wenn dieser im Verlauf des Lesens deutlich wurde. Ich stellte fest, dass ich beim Lesen dachte, „aber wir als PsychodynamikerInnen mit unseren langen Selbsterkundungen sind doch vielseitig reflek-

tiert und weniger blind im Hinschauen auf strukturellen Antisemitismus und Rassismus“. Nun ja, wahrscheinlich ist auch dies eher eine Hybris als eine wirkliche Tatsache, die sich zum Ausruhen in der eigenen Differenziertheit eignet.

Beatrix Weidinger-v. d. Recke
München

Sozialisiert in einer strukturell rassistischen Gesellschaft

Zum selben Beitrag von B. Kahraman im Psychotherapeutenjournal 4/2023.

Ich möchte mich herzlich für Ihren Artikel bedanken, der ein so wichtiges Thema aufgreift und vermutlich gleichzeitig am Selbstbild unseres Berufsstandes rüttelt. In Fortbildungen, Supervisionen und Intervisionen erfahre ich immer wieder, wie sehr sich meine Kolleg*innen, wie auch ich mich, humanistischen Werten verbunden fühlen und wie viel Kraft und Fürsorge wir darauf verwenden, unseren Patient*innen eine möglichst gute Behandlung und Unterstützung und insbesondere gute korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Gleichzeitig werden wir uns damit auseinandersetzen müssen, dass auch wir Psychotherapeut*innen trotz allem in einer Gesellschaft sozialisiert wurden, die strukturell rassistisch ist und in der es uns unmöglich war, Vorurteile und Ressentiments nicht zu verinnerlichen. Uns damit auseinanderzusetzen, wie diese Einfluss nehmen auf alle Aspekte unseres Berufes – von Diagnosestellung und Störungsmodell über die Beziehungsgestaltung bis zur Behandlung etc. – wird unumgänglich sein.

Dipl.-Psych. Mira Welter
Raum Köln

Konfrontationen in einem weiß dominierten Therapieangebot

Zum selben Beitrag von B. Kahraman im Psychotherapeutenjournal 4/2023.

Ich beglückwünsche die Redaktion des Psychotherapeutenjournals zu der

Entscheidung, ein solch wichtiges und ständig verharmlostes Thema „Zum Umgang mit Rassismus in der Psychotherapie“ als Leitartikel in Ihrer aktuellen Ausgabe zu platzieren. Frau Dr. Kahraman ist es hervorragend gelungen, die Dethematisierung aufzuheben, die Phänomene, mit denen sich Psychotherapie aufsuchende Menschen of Colour in einem weiß dominierten Therapieangebot konfrontiert sehen, erstmals in diesem Kontext beim Namen zu nennen, den wissenschaftlichen Hintergrund zum Verstehen zu beleuchten und so einen wesentlichen Beitrag zu liefern, damit das Thema endlich ins Zentrum eines kritischen Fachdiskurses Einzug hält. Denn wünschenswert ist schon lange, dass das Thema in Ausbildungsinhalten und in Fortbildungen angemessene Beschäftigung erfährt. Vielen Dank dafür.

Christine Ermer
Stuttgart

Gegenläufig zur Bevölkerung ist die Psychotherapie-Profession homogen

Replik der Autorin auf die Zuschriften zu ihrem Beitrag im Psychotherapeutenjournal 4/2023.

Liebe Kolleg*innen,

ich danke Ihnen herzlich für die zahlreichen Rückmeldungen! Manche von Ihnen berichten von der eigenen emotionalen Betroffenheit nach der Lektüre, andere baten um Austausch oder boten selbst Weiterführendes an. Manche Kolleg*innen stimmten zu, dass ihre direkt an mich gerichteten Leserbriefe an die Redaktion weitergeleitet und ggf. veröffentlicht werden. Andere entschieden sich dagegen, da sie „nicht so etabliert“ seien und im universitären, Ausbildungs- bzw. Arbeitskontext bereits mit Diskriminierung gegenüber rassifizierten Klient*innen oder gegen sich selbst konfrontiert und hilflos geblieben seien. Sie zeigen, wie schwer es weiterhin ist, offen über den Rassismus und Antisemitismus „der Mitte“ zu sprechen – obwohl er wissenschaftlich zweifelsfrei belegt ist. In einigen ab-

lehrenden Leser*innenbriefen spiegelt sich der Wunsch, unsere Profession gegen einen vermeintlichen Angriff zu verteidigen, was nochmals verdeutlicht, wie notwendig es bleibt, uns viel früher und intensiver mit Rassismus und Antisemitismus und ihrer Abwehr selbstkritisch auseinanderzusetzen, um unsere Profession angesichts der bereits angeführten, aber auch neu hinzugekommenen Belege (DeZIM, 2023) *empathie- und handlungsfähiger* zu machen.

Besonders berührt haben mich die Rückmeldungen von Kolleg*innen, die berichten, dass sie selbst – wie viele ihrer Patient*innen – von Rassismus betroffen sind und froh seien, erstmals einen Artikel dazu an „so prominenter Stelle“, also im Psychotherapeutenjournal, zu lesen. Sie berichten, wie erschöpfend es ist, in Zeiten, in denen Rassismus und Antisemitismus so subtil und offensichtlich zugleich zugenommen haben, stets selbst eine „Doppelrolle“ als negativ Betroffenen und professionelle Helfer*innen ausfüllen zu müssen, ohne die eigene Resignation oder Wut Überhand gewinnen zu lassen. Diese Kolleg*innen machen auf die Mehrfachbelastung von selbst von Antisemitismus und/oder Rassismus negativ betroffenen, aber in unserer Profession kaum beachteten Kolleg*innen aufmerksam, die oftmals im „selben Boot“ mit ihren rassifizierten bzw. von Antisemitismus negativ betroffenen Klient*innen sitzen. Zudem müssen sie die bestehenden strukturellen Defizite unserer Profession in ihren Institutionen meist auf sich allein gestellt (er)tragen bzw. versuchen, sie zu kompensieren – in vielfacher Hinsicht „auf eigene Kosten“. Dies ist ein Missstand, der auch auf andere, selbst von struktureller Diskriminierung betroffene Psychotherapeut*innen zutrifft und von uns als Profession dringend gelöst werden muss!

Hinzu kommt, dass unser Berufsstand angesichts sehr hoher Zugangsbarrieren zur Aus- und Weiterbildung – gegenläufig zur Gesamtgesellschaft – homogen bleibt, was sich in der psychotherapeutischen Versorgung fortsetzt: So zeigen die Ergebnisse des zweiten Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmoni-

tors mit dem Schwerpunkt Gesundheit (DeZIM, 2023), dass in der psychotherapeutischen Versorgung die Ungleichheit am größten zu sein scheint und schon bei selteneren Terminvergaben bei einem nicht deutsch assoziierten Namen beginnt; oder, dass über 40 % der Schwarz positionierten Hilfesuchenden die Suche nach einem Therapieplatz aufgegeben haben (ebd., S. 151). Der Vorstand der BPtK hat in Reaktion darauf erstmals schriftlich bekundet, die Ergebnisse „sehr ernst“ zu nehmen und „umgehend weitere Maßnahmen“ ergreifen zu wollen.¹ Das sollten wir dringend, nachhaltig und konsequent in einer Expert*innen-Kommission tun, um weiteren Schaden von den Betroffenen und unserer Profession abzuwenden!

Literatur

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Verfügbar unter: www.dezim-institut.de/publikationen/publikation-detail/rassismus-und-seine-symptome/ [02.02.2024].

Dr. Birsan Kahraman
München

Verliert der Berufsstand die Patient*innen aus dem Blick?

Zu B. Riegel & M. Thielen im Gespräch mit F. Kiunke, S. Weber & Alina B.: „Eine gelingende Umsetzung des neuen Studiengangs ist wegweisend für die Zukunft des Berufsstands“. Ein Gespräch mit drei Studierenden des Masterstudiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 4/2023, S. 367–375.

Danke für den ausführlichen Artikel über die neue PT-Ausbildung, man weiß nun, wie es den Studenten so ergeht und was noch alles an Verbesserungen zu implementieren ist. Weiter ist auch zu begrüßen, dass die Psychotherapeutenausbildung nicht mehr unter großen Anstrengungen und Kosten berufsbleitend absolviert werden muss.

¹ <https://bptk.de/neuigkeiten/gemeinsames-vorgehen-gegen-diskriminierung-und-rassismus-notwendig/>

Über all das ist nun mittlerweile unendlich viel geschrieben worden, allerdings ohne einen der wichtigsten Punkte einmal zu fokussieren: Wie geht es denn in Zukunft unseren Patienten mit dem Ganzen? Darüber wurde bei den ganzen Kompliziertheiten kein Wort verloren.

Wie geht es einem älteren Patienten (ich gendere jetzt mal nicht, das nimmt mir immer den Schwung), wenn er mit einer Therapeutin konfrontiert wird, die das Alter seiner Enkelin hat? (Die weibliche Form deshalb, weil der Therapeut der Zukunft weiblich, Mitte zwanzig und Psychologin ist, meist aus gutbürgerlichem Elternhaus, denn andere schaffen es ohnehin selten auf die Uni, das die Ausbildung (mit)finanziert.)

[...]

Da sitzen dann Patienten in den mittleren oder späteren Jahren vor einer Studentin die noch keinerlei Erfahrung hat bezüglich Berufsleben, Elternschaft, gesundheitlichen Krisen, oft auch nicht einmal längerfristigem Beziehungsleben und sonstigen rauen Winden, denen man so standhalten muss. Wie fühlt sich da ein älterer Patient? Vor allem bei schambesetzten Themen – und deren sind viele bei älteren Generationen. Wie schwer wird es sein, Vertrauen zu entwickeln? Wird in diesem Wasserkopf der Theorieausbildung auch mal darüber gesprochen?

[...]

Ursula Mayr
Übersee

Bitte kein Basteldeutsch

Zum gendersensiblen Sprachgebrauch im Psychotherapeutenjournal

Zum Jahresende kommt die Zeit für einen Rückblick. Bezüglich Sprache lässt sich hier Folgendes sagen:

Der deutliche Großteil der deutschsprachigen Bevölkerung lehnt gegenderte Sprache ab, sie führt zu Unmut und Verärgerung [...] und sie stört beim Lesen [...].

In mehreren Bundesländern sind Volksinitiativen gegen Gendersprache in Schulen und Behörden erfolgreich auf den Weg gebracht worden [...].

Große Zeitungen wie der Berliner Tagesspiegel wenden sich bewusst vom Genderstern ab, nachdem ihnen die Abonnenten reihenweise davongelaufen sind [...].

Der Trend geht also klar in Richtung Abkehr von der Gendersprache, zumal in den vergangenen Jahren keinerlei gesellschaftliche Fortschritte durch Gendersprache erzielt werden konnten.

Darüber hinaus wissen wir, dass die Psychotherapeuten großartige Arbeit leisten und Menschen unabhängig von sexuellen Identitäten oder Orientierungen so nehmen, wie sie sind.

Es ist außerdem bekannt, dass die PTJ-Autoren mit Formulierungen (siehe z. B. PTJ 4/2023, Seite 347) wie „Sinti*zze“ und „Rom*nja“ (wie spricht man das überhaupt aus??) das Gendern auf höchstem Niveau beherrschen und daher ihre moralische Integrität eindrucksvoll unter Beweis gestellt haben. [...]

Frage an die Redaktion: Wie lange haben Sie – trotz zahlreicher deutlicher Leserbriefe – noch vor, Ihre Texte konsequent kaputtzugendern? Ein wenig gendertechnisches Abrüsten würde dem PTJ sehr guttun. Warum lassen Sie uns nicht so miteinander kommunizieren, wie uns der Schnabel gewachsen ist – in einer mehrheitsfähigen, bürgernahen und barrierefreien Sprache? In einer Sprache, in der sich durch „die Einwohner“ oder „die Bürger“ ganz selbstverständlich alle angesprochen fühlen, egal ob Mann, Frau oder divers. In einer Sprache, die keine Randgruppen wie Legastheniker, Autisten, Migranten oder Sehbehinderte ausschließt, indem sie ihnen Basteldeutsch, wie z. B. einen „senior*innengerechten Schwimmer*innenbereich“, vorsetzt.

Mein Wunsch wäre, endlich mal wieder ein gut lesbares PTJ-Heft in den Händen zu halten. Wäre die Veröffentlichung eines solchen Heftes nicht ein guter Vorsatz für das neue Jahr?

Richard Fux
Tübingen

Nicht zu leistender Mehraufwand

Zum gendersensiblen Sprachgebrauch im Psychotherapeutenjournal

Mit Bedauern habe ich festgestellt, dass auch in Ihrem Journal nun die „gerechte Gendersprache“ verwendet wird. Damit müsste Ihnen aber auch aufgefallen sein, dass die Lesbarkeit der Texte nun erschwert ist. Was ist der eigentliche Sinn Ihres Journals? Wissen zu vermitteln oder den neuesten Modetrends nachzueifern? Es ist sehr bedauerlich, aber den Mehraufwand bei diesem erschwerten Lesen kann ich nicht mehr leisten, wie viele meiner Kolleginnen und Kollegen auch.

Dr. Liene Lauska
Stephanskirchen

Ein Journal für alle

Zum Titel „Psychotherapeutenjournal“ und gendersensiblen Sprachgebrauch

Immer, wenn ich das Journal empfangen, stört mich der Name „Psychotherapeutenjournal“. Ein Name in männlicher Form ist meiner Meinung nach nicht mehr zeitgemäß, erst recht nicht in einer Branche, in der Frauen so gut vertreten sind, finde ich es irritierend. Die Erklärung zur geschlechtssensiblen Sprache am Ende des Journals wirkt in Hinblick auf den Titel lachhaft. Andere Journals haben bewiesen, dass eine Änderung möglich ist. So wurde z. B. aus „Der Internist“ „Die innere Medizin“.

Ich würde mich freuen, wenn ich das Journal bald mit einem Gefühl der Freude empfangen kann und mich gänzlich angesprochen fühle.

Dipl.-Psych. Gesa Kellermann
Berlin

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Systemische Therapie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen

Obwohl die Systemische Therapie in der Erziehungsberatung, der stationären Jugendhilfe und den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser stark verbreitet ist und dort schon lange erfolgreich angewandt wird, war sie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bislang noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Nun hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf seiner Sitzung am 18. Januar 2024 beschlossen, die Systemische Therapie als viertes Psychotherapieverfahren auch bei Kindern und Jugendlichen in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen.

Anerkennung des Nutzens der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Systemische Therapie wurde für die Behandlung von Erwachsenen bereits im November 2019 zugelassen. Im August 2021 hatte Dr. Monika Lelgemann, Unparteiische Vorsitzende des Unterausschusses Methodenbewertung des G-BA, den Antrag auf Bewertung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen gestellt. Im Zuge dessen wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der wissenschaftlichen Prüfung des Psychotherapieverfahrens bei Kindern und Jugendlichen beauftragt. In seinem Abschlussbericht vom Januar 2023 bestätigte das Institut auf Basis der vorliegenden klinischen Studien den Nutzen der Systemischen Therapie insbesondere in den Anwendungsbereichen Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, hyperkinetische Störungen und substanzbezogene Störungen. Aufgrund der Breite der Anwendungsbereiche, bei denen der G-BA den Nutzen der Systemischen Therapie anerkannt hat, wurde das so-

genannte Schwellenkriterium für die Zulassung als Psychotherapieverfahren erfüllt. Die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen kann künftig beim gesamten Spektrum der Anwendungsbereiche der Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird damit um eine ganz wichtige Behandlungsmöglichkeit erweitert.

Anwendungsformen und Therapiekontingente

Die Systemische Therapie kann als Einzel- oder Gruppenpsychotherapie oder auch als Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden. Darüber hinaus ist auch das Mehrpersonen-Setting, bei dem relevante Bezugspersonen des*der Patient*in in die Behandlung einbezogen werden, als spezifische Anwendungsform der Systemischen Therapie möglich. Die Systemische Therapie kann künftig als Kurzzeittherapie mit bis zu zweimal zwölf Therapiestunden durchgeführt werden; eine Langzeittherapie kann bis zu 48 Stunden umfassen.

Nächste Schritte bis zum tatsächlichen Start in der Versorgung

Im nächsten Schritt muss der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Veröffentlichung des G-BA-Beschlusses im Bundesanzeiger die entsprechenden Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vornehmen. Ferner sind die Qualifikationsanforderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung zu regeln. Im Ergebnis wird die Systemische Therapie den gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen voraussichtlich ab

der zweiten Jahreshälfte 2024 zur Verfügung stehen.

Qualifikationsanforderungen

Die Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen kann in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Psychotherapeut*innen erbracht werden, die für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert sind und eine Weiterbildung für bzw. eine Ausbildung mit dem Vertiefungsverfahren Systemische Therapie abgeschlossen haben. Darüber hinaus müssen sie über die Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Ausführung und Abrechnung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Erfolgreiches Ende einer langen Reise

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hatte bereits in seinem Gutachten vom Dezember 2008 die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen festgestellt und die Zulassung als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zum*zur Psychologischen Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in empfohlen. In der Folge wurde die Systemische Therapie 2011 als Bereichsweiterbildung in die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer aufgenommen. 2013 folgte dann die Einleitung des Bewertungsverfahrens zur Anerkennung der Systemischen Therapie – zunächst nur bei Erwachsenen, acht Jahre später dann auch bei Kindern und Jugendlichen.

Gesetze zur Digitalisierung des Gesundheitswesens

Der Bundestag hat am 14. Dezember 2023 zwei Gesetze beschlossen, mit denen die Digitalisierung des Gesundheitswesens vorangetrieben werden soll. Das Digitalgesetz sieht vor, dass zukünftig alle Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) erhalten, außer sie widersprechen. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz soll den Zugang und die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke erleichtern.

Digitalgesetz (DigiG)

Das Kernstück der Digitalisierung ist die ePA, die als widerspruchsbasierte Opt-out-Anwendung breiter eingesetzt werden soll. Im Gesetz wird berücksichtigt, dass bei einigen Erkrankungen ein besonderes Stigmatisierungspotenzial besteht und Patient*innen einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf haben, wenn Daten hierzu in die ePA eingestellt und über diese geteilt werden sollen. Daten zu psychischen Erkrankungen fallen in diese Kategorie.

Für Leistungserbringer*innen wird vorgesehen, dass sie bestimmte Datenkategorien verpflichtend in die ePA einstellen müssen. Die BPtK hat in ihrer Stellungnahme zu diesem Gesetz kritisiert, dass Leistungserbringer*innen grundsätzlich gemeinsam mit ihren Patient*innen entscheiden sollten, welche Gesundheitsdaten für die Patient*innen sinnvoll und relevant sind und in der ePA verfügbar sein sollten. Leistungserbringer*innen sollten nach Auffassung der BPtK nicht verpflichtet werden, die ePA befüllen zu müssen, sondern dies anhand des entsprechenden Patientennutzens und der Praktikabilität entscheiden.

Ein weiterer Regelungsbereich des DigiG betrifft die videogestützte Behandlung. Die BPtK forderte hier, dass die

Behandlungsfälle begrenzt bleiben, die pro Quartal ausschließlich per Video behandelt werden dürfen. Das Gesetz sieht jedoch vor, dass der Bewertungsausschuss festlegen soll, in welchem Umfang telemedizinische Leistungen erbracht werden dürfen. Zudem sollen künftig auch psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen per Video durchführbar sein. Dem Bewertungsausschuss wird lediglich die Möglichkeit eingeräumt, festzulegen, dass das Erstgespräch im unmittelbaren direkten Kontakt zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in durchgeführt werden muss.

Aus Sicht der BPtK können Versorgungsgerechtigkeit und Patientensicherheit in der psychotherapeutischen Versorgung nur sichergestellt werden, wenn videogestützte Psychotherapie regional verankert wird. Genau das wird durch die gesetzlichen Regelungen jetzt gefährdet. Mit den geplanten Regelungen sollen Angebotsstrukturen legitimiert werden, in denen die Patient*innen keine Chance haben, ihre behandelnden Psychotherapeut*innen persönlich aufzusuchen, weil nur das Erstgespräch regional erfolgt, die eigentliche Behandlung jedoch von einem*einer anderen Psychotherapeut*in vorgenommen wird und nur online stattfindet, ohne dass bei Bedarf und Indikation auch psychotherapeutische Stunden in der Praxis vor Ort durchgeführt werden können. So wird den Patient*innen die Möglichkeit genommen, jederzeit die Behandlung auch vor Ort in der Praxis ihres*ihres behandelnden Psychotherapeut*in erhalten zu können.

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

Das GDNG sieht unter anderem vor, dass Kranken- und Pflegekassen auf

der Grundlage automatisierter Auswertungen von Gesundheitsdaten ihre Versicherten kontaktieren und zu möglichen Gesundheitsrisiken beraten können. Die BPtK hat diese Regelung scharf kritisiert, denn ein solches Vorgehen führt zu großer Verunsicherung bei den Patient*innen und zu einer Fehlnutzung des Versorgungssystems. Mit dieser Regelung wird die beabsichtigte Verbesserung der Patientensicherheit nicht erreicht, denn auf Basis der automatisierten Auswertung der Versichertendaten lassen sich keine ausreichend sicheren Aussagen zu schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen oder individuellen Gesundheitsrisiken treffen. Eine solche Regelung birgt daher mehr Risiken als Nutzen für die Versicherten. Eine strikte Trennung von Versicherung und Versorgung ist zudem unerlässlich. Völlig unklar ist auch, wie angesichts der angespannten ambulanten Versorgungslage sichergestellt ist, dass Versicherte im Falle eines Kontakts durch die Kranken- oder Pflegekasse zeitnah Rücksprache mit einem*einer Psychotherapeut*in oder Ärzt*in halten können. Angesichts stark beschränkter ambulanter Versorgungsressourcen erscheint es wenig zielführend, durch eine potenziell fehlerhafte Dringlichkeitseinschätzung der Krankenkasse das ambulante Versorgungssystem weiter zu belasten.

Außerdem ist vorgesehen, dass Daten aus der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken verwendet werden dürfen, sofern Patient*innen dem nicht widersprechen (Opt-out). Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte eine ausdrückliche Einwilligung der Versicherten auf Basis einer informierten Entscheidung (Opt-in) gefordert, bevor Daten aus der elektronischen Patientenakte weitergeleitet und mit weiteren Daten im Forschungsdatenzentrum verknüpft werden.

Rahmenbedingungen für die Übernahme von Diensten durch Psychotherapeut*innen: Bericht vom Praxis-Workshop der BPTK

Der zunehmende Fachkräftemangel wird im Gesundheitswesen neue Formen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und eine stärkere Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen erfordern, um die Versorgung in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern in Zukunft sicherstellen zu können. Das wird auch die Rolle der Psychotherapeut*innen in den Kliniken verändern. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat deshalb am 17. Januar 2024 einen weiteren Praxis-Workshop „Übernahme von Diensten durch Psychotherapeut*innen – Anforderungen und Rahmenbedingungen“ durchgeführt.

In vielen psychiatrischen Kliniken arbeiten Psychotherapeut*innen wie ihre ärztlichen Kolleg*innen im Stationsdienst. Sie übernehmen dabei Aufgaben, wie sie auch im Rahmen von Bereitschaftsdiensten anfallen. Hierzu zählen Neu- und Notaufnahmen ebenso wie akute Kriseninterventionen. Psychotherapeut*innen haben – mit Ausnahme der somatomedizinischen Versorgung und der Pharmakotherapie – die dafür erforderlichen Kompetenzen im Laufe ihrer akademischen und klinischen Ausbildung erworben.

In verschiedenen Kliniken wurden deshalb erfolgreiche Praxismodelle für die Übernahme von Bereitschaftsdiensten durch Psychotherapeut*innen etabliert.

Praxismodelle

Im Bezirkskrankenhaus Donauwörth übernehmen Psychotherapeut*innen 24-Stunden-Bereitschaftsdienste im engen Austausch mit dem*der im Hintergrund tätigen Fachärzt*in und unterstützt durch den*die diensthabende Ärzt*in der räumlich an die Psychiatrie angrenzenden Klinik für Innere Medizin. Ein ähnliches Dienstmodell setzt die Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Riedstadt um. Der Austausch mit dem fachärztlichen Hintergrunddienst wird dabei unterstützt durch digitale Anwendungen, wie zum Beispiel Zugriffsmöglichkeiten von außen auf das Klinik-Informationssystem. Die Erfahrungen der Kliniken mit psychotherapeutischen Diensten sind positiv. Die Übernahme von Diensten durch Psychotherapeut*innen verbessere die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen auf Augenhöhe, stärke die Kompetenzen der Psychotherapeut*innen und komme insbesondere den Patient*innen zugute,

sind sich Dennis Matitschek, Psychotherapeut in Ausbildung am Bezirkskrankenhaus Donauwörth, und Susanne Rosenzweig, Leitende Psychotherapeutin der Vitos Klinik Riedstadt, einig. Der ärztliche Direktor des BKH Donauwörth PD Dr. Karel Frasch unterstreicht die hohen interaktionellen Kompetenzen der psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe, die Krisensituationen weitaus besser meistern und eine höhere therapeutische Kontinuität gewährleisten könnten als von außen hinzugezogene Honorarärzt*innen. Hiervon profitierten seine Klinik und vor allem die Patient*innen enorm. Eine Erfahrung, die auch Stephanie Brausewetter, Leitende Psychotherapeutin der Psychosomatischen Klinik Bad Arolsen, und ihre ärztliche Kollegin Dr. Carina Döring machen. In der Psychosomatischen Klinik übernehmen Psychotherapeut*innen an Samstagen und an feiertagsbedingt verlängerten Wochenenden zwischen 9 und 15 Uhr einen psychologischen Vordergrunddienst und entlasten den*die diensthabende Ärzt*in, die sich dann im Schwerpunkt um die somatomedizinischen Anliegen der Patient*innen kümmern kann.

Rahmenbedingungen

Die Einbindung von Psychotherapeut*innen in Dienste braucht geeignete Rahmenbedingungen. Dies betrifft insbesondere die Schnittstelle zur somatomedizinischen Behandlung einschließlich der Pharmakotherapie. Dem Juristen Dr. Martin Liebig zufolge existieren keine gesetzlichen Regelungen, die die Übernahme von Diensten im Krankenhaus durch Psychotherapeut*innen zum Gegenstand haben. Es liege in der Verantwortung des Krankenhausträgers, die Bereitschaftsdienste so zu organisieren, dass die geltenden fachlichen Standards eingehalten werden können. Überlegungen, die hierfür eine Rolle spielen, sind beispielsweise der Anteil somatischer Notfälle im Bereitschaftsdienst, die räumliche Distanz zu einer somatomedizinischen Abteilung

Erfolgreiche Petition: Bundestag beauftragt Regierung, sich um die Finanzierung der Weiterbildung zu kümmern

Nach dem höchstmöglichen Votum des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestages muss sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) jetzt mit der unzureichenden Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung auseinandersetzen. Der Deutsche Bundestag hat am 18. Januar 2024 die Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses angenommen und an das Bundesgesundheitsministerium zur Berücksichtigung überwiesen. Damit wurde das BMG nach Appellen des psychotherapeutischen Nachwuchses und von Kammern und Verbänden nun auch vom Parlament aufgefordert, endlich zu handeln. Denn wenn die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen, Ambulanzen und Kliniken nicht ausreichend finanziert wird, wird es nicht genügend Fachpsychotherapeut*innen für die Versorgung geben.

Der Kassler Psychologiestudent Felix Kiunke hatte im März 2023 eine Petition (148151) beim Deutschen Bundestag eingereicht und die ausreichende Finanzierung der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Weiterbildung gefordert. Nur so können Weiterbildungsplätze für die verpflichtende ambulante und stationäre Weiterbildung zum*zur Fachpsychotherapeut*in in ausreichender Zahl zur Verfügung gestellt werden und die Absolvent*innen der im Jahr 2019 neu geregelten Master-Studiengänge Klinische Psychologie / Psychotherapie ihre berufliche Qualifizierung unter verlässlichen finanziellen Rahmenbedingungen fortsetzen.

und die Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter*innen. Die konkrete Ausgestaltung wird sich deshalb von Klinik zu Klinik – je nach Versorgungsauftrag, Einzugsbereich und Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus – unterscheiden müssen. Aber, so Reinhard Bel-

ling, Vorsitzender der Vitos-Konzerngeschäftsführung, mögliche Risiken der Einbindung von Psychotherapeut*innen in Bereitschaftsdienste seien nach den Erfahrungen in seinen Einrichtungen durch eine gute Organisation und Führung beherrschbar.

In psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken tätige Psychotherapeut*innen können die Inhalte des Workshops demnächst in einer Praxis-Info der Bundespsychotherapeutenkammer nachlesen.

Rassismus in der Psychotherapie – Diskriminierung bei der Terminvergabe aufgrund des Namens

Struktureller Rassismus ist ein gesellschaftliches Problem, das sich auch im Gesundheitswesen widerspiegelt. Nachdem der Afrozensus von 2020 Rassismuserfahrungen in Deutschland aufgezeigt hatte, belegen aktuelle Studienergebnisse zu strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen das Ausmaß des Problems unter anderem bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies trifft auch auf die Psychotherapie zu.

Im November 2023 veröffentlichte das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) eine Studie mit dem Titel „Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors mit dem Schwerpunkt Gesundheit“. Wissenschaftler*innen des DeZIM-Instituts hatten im Zeitraum Juni bis November 2022 die Diskriminierungserfahrungen im deutschen Gesundheitswesen untersucht und dazu bundesweit mehr als 21.000 Personen befragt. Im Fokus der Untersuchungen standen der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sowie ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Stich-

proben zufällig ausgewählter Praxen für Allgemeinmedizin, Dermatologie, Radiologie und Psychotherapie ergaben, dass Patient*innen, deren Namen mit anderen Ländern als Deutschland in Verbindung gebracht werden, trotz identisch formulierter Terminanfragen bei der Terminvergabe benachteiligt werden. In der Psychotherapie waren die Benachteiligungen bei der Terminvergabe für Menschen mit Nachnamen, die auf eine türkische oder nigerianische Herkunft hindeuten, unter den untersuchten Fachgruppen am stärksten ausgeprägt. Die Wahrscheinlichkeit, einen Termin zu bekommen, lag in psychotherapeutischen Praxen bei türkischen Namen um zwölf Prozentpunkte und bei nigerianischen Namen um acht Prozentpunkte niedriger als bei deutschen Namen.

Aufgrund der Andersbehandlung wird Psychotherapie für rassifizierte Menschen noch schwerer zugänglich. Die Diskriminierungserfahrungen führen in der Konsequenz zu einer erheblich geringeren Teilhabe an der psychotherapeutischen Versorgung. Die Studie konnte zeigen, dass rassistisch markierte Personen, besonders Schwarze Frauen (43 %) und Männer (44 %), im Vergleich zu nicht rassistisch markierten Personen deutlich häufiger die Suche nach einem Psychotherapieplatz aufge-

ben. Von diesen gibt nur jede*r Fünfte (Männer: 21,3 %, Frauen: 20,2 %) die Therapieplatzsuche vorzeitig auf.

Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer nimmt die Ergebnisse der Studie sehr ernst und zum Anlass, die bereits bestehenden Ansätze zum Vorgehen gegen strukturellen Rassismus und Diskriminierung innerhalb der Profession zu überprüfen, die Auseinandersetzung mit diesem Thema zu intensivieren und umgehend weitere Maßnahmen zu ergreifen. Unser Ziel muss sein, noch stärker für das Problem des Rassismus in der Psychotherapie zu sensibilisieren und gemeinsam jeder Form von Rassismus entschieden entgegenzutreten.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Millionen Menschen gehen auf die Straße und sprechen sich in Kundgebungen dafür aus, dass unsere demokratischen Grundwerte, Menschenrechte und eine vielfältige Gesellschaft nicht infrage gestellt werden dürfen. Demokratiefeindliche Gruppierungen tun genau dies, diskriminieren Menschen mit volksverhetzenden Parolen und Hass wegen deren Herkunft oder Religionszugehörigkeit. Verschiedene Personengruppen werden diffamiert und häufig bedroht, was die psychische und oft auch körperliche Gesundheit beeinträchtigt. Kommt es zu Gewaltanwendung, werden nicht nur die davon Betroffenen geschädigt.

In unserer Berufsordnung wird unsere Haltung ausformuliert in der Forderung, die Würde und das Selbstbestimmungsrecht unserer Patientinnen und Patienten zu wahren und anzuerkennen, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung.

Diese Haltung müssen wir uns jedoch auch immer wieder bewusst machen. Eine vom Bundesfamilienministerium geförderte und kürzlich veröffentlichte Studie (www.dezim-institut.de/publikationen/publikation-detail/rassismus-und-seine-symptome) zu Erfahrungen, die Menschen in Deutschland mit Diskriminierung und Rassismus machen, zeigt strukturelle Hürden in unserer Gesellschaft und im Gesundheitssystem. Ein beschämendes Ergebnis ist, dass bei der Terminvergabe die

Benachteiligung von Menschen mit Namen, die auf eine türkische oder nigerianische Herkunft hinweisen, in unserer Berufsgruppe unter den untersuchten Fachgruppen am stärksten ausgeprägt ist. Wir müssen die Ergebnisse sehr ernst nehmen und für Rassismus und Diskriminierung im gesellschaftlichen Alltag und in unserer Profession sensibilisieren und uns mit diesem Thema mit dem Ziel auseinandersetzen, dass wir jeder Form von Diskriminierung entgegenreten.

Wir müssen sehr darauf achten, dass wir nicht das Vertrauen in unsere Gesellschaft bei den Menschen, die wegen Hautfarbe, Religion oder Sprache Rassismus erleben, durch eigene, vielleicht selbst gar nicht erkannte Diskriminierung zerstören. Die Studie zeigt, dass bei Erfahrung von Rassismus und Diskriminierung die Symptome einer Angststörung und Depression ansteigen, was bei muslimischen und asiatischen Menschen am deutlichsten ausgeprägt sei. Gerade dann brauchen sie unsere Hilfe, was ihnen, so die Studie, schwerfällt und die negative Erfahrung dazu führt, dass sie die Suche rasch aufgeben. Unser Ziel muss sein, dass – wie bei den Kinderärztinnen und -ärzten auch – in unserer Berufsgruppe keine Diskriminierung feststellbar ist!

Ihr Kammervorstand

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

Kammerwahl 2023 – Ergebnisse

Am Mittwoch, den 29. November 2023 wurden unter Aufsicht von Wahlleiter Rechtsanwalt Alfred Morlock und seiner Stellvertreterin Syndikusrechtsanwältin Davina Übelacker sowie dem Wahlausschuss die Stimmen der diesjährigen Kammerwahl ausgezählt. Am späten Abend lagen die Ergebnisse vor.

Insgesamt nahmen 3.513 von 7.289 wahlberechtigten Kammermitgliedern an der Wahl teil, was einer Beteiligung von 48,2 % (zum Vergleich 2018: 51,0 %) entspricht. Bei 3.465 gültigen Stimmen entfielen 2.730 Stimmen (78,8 %) auf die Psychologischen Psy-

chotherapeut*innen (PP), 735 (21,2 %) auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP). Die PiA wählen ihre zwei Vertreter*innen in einem getrennten Wahlgang in einer gesonderten Versammlung.

Danach stehen den PP 32 und den KJP acht Sitze zur Verfügung. Für die PiA ist die Anzahl der Sitze gemäß § 7 Abs. 3a der Wahlordnung der Landespsychotherapeutenkammer auf zwei festgelegt. Die Verteilung der Sitze wurde gemäß § 20 Abs. 3 der Wahlordnung nach dem Verfahren von Saint-Lagué/Schepers auf der Basis der Listenstimmen

und dem Verhältnis PP zu KJP ermittelt (Wahlordnung § 19 Abs. 3). Neben einer Stimme für die jeweilige Liste gab es die Möglichkeit, innerhalb der Liste bis zu drei Stimmen an die Einzelkandidat*innen zu vergeben. Die Tabelle zeigt das Wahlergebnis für die Listenstimmen im Überblick.

Gesamtergebnis/Sitzverteilung

Wie in den beiden vergangenen Legislaturen wurde das „Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg“ (Listensprecher*in jeweils in Klammern: Ulrike Böker, Dr. Dietrich Munz) mit einem Ge-

samtanteil der Listenstimmen von 35,7 % (-3,7 % im Vergleich zu 2018) und 15 Sitzen stärkste Fraktion. Zweitstärkste Gruppe wurde mit einem Anteil von 20,5 % (acht Sitze) und einem Plus von 4,7 % die „Neue Gemeinsame Liste DPtV“ (Sabine Schäfer), die „Freie Liste“ (Prof. Dr. Josef Bailer) wurde Dritter mit 18,3 % (sieben Sitze, +2,3 %). Es folgen die Listen „VT & mehr“ (Günter Ruggaber) mit 11,9 % (-1,0 %) und vier Sitzen sowie „Die Angestellten“ (Anna Stylianopoulou) mit 10,7 % (-0,8 %; fünf Sitze). Auf 2,9 % (-1,5 %) und einen Sitz kam die Liste „Psychotherapie in Beratungsstellen“ (Ullrich Böttinger). Das prozentuale Gesamtergebnis kann aufgrund des PP-KJP-Verhältnisses von der Zahl der Sitze abweichen.

Die höchsten Einzelstimmenanteile erhielten bei den Psychologischen

Psychotherapeut*innen (in Klammern die Anzahl an Einzelstimmen): 1. Ulrike Böker, PT-Bündnis BW (859), 2. Dr. Dietrich Munz, PT-Bündnis BW (429), 3. Sabine Schäfer, NGL DPtV (368), 4. Rolf Wachendorf, Freie Liste (346), 5. Dr. Alessandro Cavicchioli, NGL DPtV (255), 6. Regina Aschenbrenner PT-Bündnis BW (228), 7. Ulrike Ferbert NGL DPtV und Dr. Daniel Weimer PT-Bündnis BW (je 169), 8. Dr. Frauke Eibner Freie Liste (164), 9. Mareke Santos-Dodt, NGL DPtV (158), 10. Dr. Sascha Gönner, Freie Liste (142). Als Vertreter der Universitäten wurde vom Sozialministerium wieder Prof. Alpers (Uni Heidelberg) vorgeschlagen, der damit weiter in der VV sein wird.

Die höchsten Einzelstimmenanteile erhielten bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen: 1. Mar-

tin Klett, PT-Bündnis BW (263), 2. Dorothea Groschwitz, PT-Bündnis BW (233), 3. Dr. Judith Arnscheid, VT & mehr sowie Dr. Hendrik Büch, Freie Liste (je 127), 4. Christine Breit, NGL DPtV (97), 5. Brigitte Thüringer-Dülsen, PT-Bündnis BW (94).

Der Vorstand dankt dem Wahlleiter Rechtsanwalt Alfred Morlock, seiner Stellvertreterin Syndikusrechtsanwältin Davina Übelacker, den Wahlausschuss-Mitgliedern Elke Pfannebecker-Schürer, Marita Seifer und Bernd Ochs-Thurner sowie den Mitarbeiter*innen der Geschäftsstelle für ihr großes Engagement bei der Wahlauszählung! Die Einzelergebnisse finden Sie auf der Kammerhomepage unter <https://bit.ly/47LHOKi>.

Übersicht Ergebnis Kammerwahl 2023:

Listen	PP			KJP			Gesamt			+/-	
	n	%	Sitze	n	%	Sitze	n	%	Sitze	%	Sitze 2018
PT-Bündnis BW	912	33,4	11	325	44,2	4	1.237	35,7	15	-3,7	15
Freie Liste	517	18,9	6	117	15,9	1	634	18,3	7	+2,3	6
NGL DPtV	600	22,0	7	111	15,1	1	711	20,5	8	+4,7	7
VT und mehr	280	10,3	3	133	18,1	1	413	11,9	4	-1,0	6
Die Angestellten	321	11,8	4	49	6,7	1	370	10,7	5	-0,8	6
PT in Beratungsstellen	100	3,7	1	--	--	--	100	2,9	1	-1,5	2
Gesamt	2.730	100	32	735	100	8	3.465	100	40		

Legende: n = Anzahl Listenstimmen, % = prozentualer Anteil der jeweiligen Gesamtzahl der Stimmen, Sitze = Anzahl der Mandate in der Vertreterversammlung, -- = Liste stand nicht zur Wahl; letzte Spalte (+/-): Anteil Veränderung gegenüber Kammerwahl 2018 in %

Wahl der Psychotherapeut*innen in Ausbildung für die Vertreterversammlung

Die digitale Versammlung der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung fand am Mittwoch, den 24. Januar 2024 als Videokonferenz statt. Nachdem in der ersten Versammlung Ende November nicht die für eine Beschlussfassung erforderliche Teilnehmerzahl erreicht werden konnte, wurde die Wahl der beiden Vertreter*innen in die LPK-Vertreterversammlung (VV) erneut anberaumt. Die

Wahl der beiden VV-Vertreter*innen erfolgte in der Sitzung als unmittelbare Wahl mit einem digitalen Abstimmungs-tool.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz begrüßte 104 Online-Teilnehmende, davon 89 wahlberechtigte Mitglieder in Ausbildung. Er machte die Anwesenden mit dem formalen Ablauf der Wahl

vertraut und führte durch die Tagesordnung. Vier Kandidat*innen standen zur Wahl: Gewählt wurden Anne-Marie Scholz (Heidelberg; 50 Stimmen/56,2 %) und Bronte Lutz (Ulm; 19/21,4 %), als Nachrücker*in wurden Tim-Oliver Schanbacher (Tübingen; 18/20,2 %) und Sarah Mae Fischer (Heidelberg; 2/2,3 %) gewählt.

Psychotherapie trifft Selbsthilfe – spannender und erfolgreicher Fachtag

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer, der LAG-Selbsthilfe und der SEKiS Baden-Württemberg organisierte Fachtagung zum Thema „Psychotherapie trifft Selbsthilfe“ fand am Samstag, den 25. November 2023 mit ca. 150 Teilnehmenden im Haus der KV in Stuttgart-Möhringen statt.

Ziel der Veranstaltung war u. a., psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen über die Möglichkeiten, die Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen bieten, zu informieren und umgekehrt Vertreter*innen von Selbsthilfegruppen Einblicke in die Versorgungssituation und Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapie zu ermöglichen. Insgesamt sollte die Veranstaltung die Kooperationen bzw. die Vernetzung von Selbsthilfegruppen und der psychotherapeutischen Versorgung fördern.

Der Vormittag war geprägt von interessanten Vorträgen, am Nachmittag konnten die Teilnehmer*innen bei einer „Walking Gallery“ an verschiedenen Infopoints mit Vertreter*innen von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Psychotherapeut*innen ins Gespräch kommen.

Nach einer Einführung von **Daniela Fuchs**, KV-Referentin in der Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen (KOSA), die die Veranstaltung federführend organisiert hatte, und einer Begrüßung durch die stv. KV-Vorstandsvorsitzende, **Dr. Doris Reinhardt** standen die Vorträge im Vordergrund. Moderiert wurde die Tagung von **Dr. Alessandro Cavicchioli**, PP/KJP in Schwäbisch Hall sowie Bezirksbeirat der KVBW.

Zunächst gab **Alice Valjanow**, Tumorzentrum der Uniklinik Freiburg eine Einführung zur „Gesundheitsbezogene(n)

Selbsthilfe als Pfeiler der psychosozialen Versorgung“. Daran anschließend berichtete **Stefan Plaaß** aus der Sicht eines Betroffenen über die Gründung und Arbeitsweise seiner Selbsthilfegruppe. Nach der Pause referierte LPK-Präsident **Dr. Dietrich Munz** zu den Schnittstellen zwischen „Psychotherapie und Selbsthilfe – eine gegenseitige Ergänzung“. Er ging dabei u. a. auf die Wirkmechanismen von Selbsthilfe sowie auf ihre Verankerung in den AWMF-Leitlinien ein. Die Vorstellung der Selbsthilfe-Kontaktstellen (SEKiS) durch **Silke Wohlleben** sowie der LAG Selbsthilfe durch **Brigitte Stähle** rundeten die Vorträge des Vormittags ab.

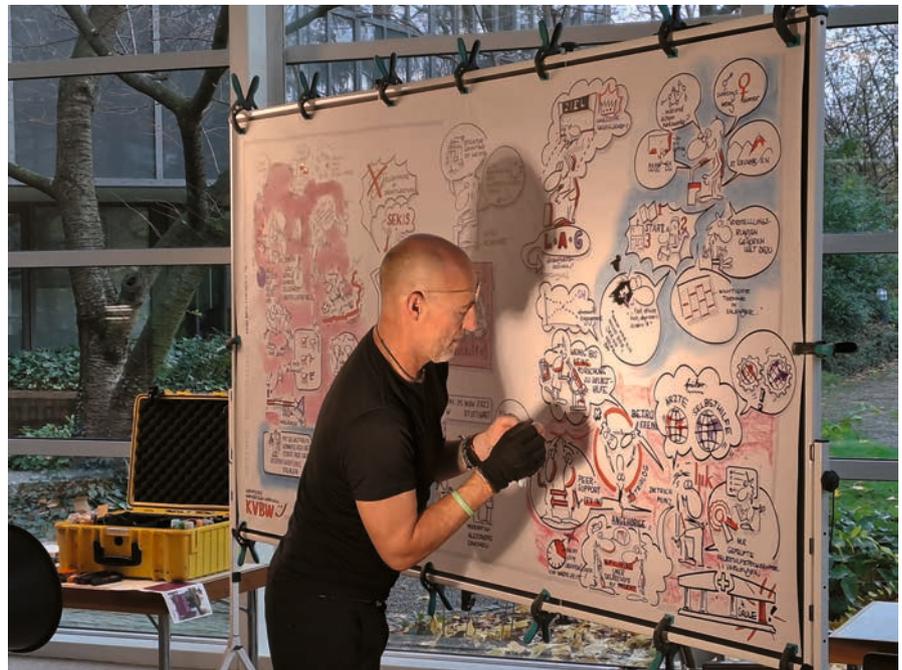
Die Vorträge und Diskussionen fasste der Künstler und Fotograf **Nils Theurer** (Freiburg) im Rahmen eines „Graphic Recording“ während der Veranstaltung anschaulich und witzig zusammen.

Nachmittags konnte man sich in einer „Walking Gallery“ mit jeweiligen Info-



Vortrag Dr. Dietrich Munz

points unterschiedlicher Selbsthilfegruppen und Verbände austauschen. Auch die LPK BW war mit einem Infostand vertreten. In der Plenardiskussion wurden die Themen abschließend aus den Perspektiven Betroffener und Professioneller ausführlich diskutiert. Viele äußerten ein sehr positives Fazit, auch in Richtung künftiger und besserer Vernetzungsmöglichkeiten. Die Folien der Vorträge sowie weitergehende Informationen finden Sie unter <https://bit.ly/4ajhLmq>.



Graphic Recording mit Nils Theurer (Freiburg)

Psychotherapie und Post-COVID/MECFS – weitere Online-Fortbildung in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Stuttgart

Am Mittwoch, den 6. Dezember 2023 fand eine weitere Online-Fortbildung der LPK Baden-Württemberg – diesmal in Kooperation mit dem Landesgesundheitsamt Stuttgart – zu Long Covid/MECFS statt.

In der mit ca. 180 Teilnehmenden wiederum sehr gut besuchten Fortbildung gaben Bettina Grande und Dr. Tilman

Grande (Heidelberg) einen Überblick über das Post-Covid-Syndrom (PCS) mit Fokus auf seiner schwersten Folge, der Myalgischen Enzephalomyelitis/dem Chronischen Fatigue-Syndrom (ME/CFS) sowie über die Möglichkeiten, die die Psychotherapie in der Versorgung dieser Erkrankung haben kann.

Die Veranstaltung wurde von LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz und Svenne Diefenbacher vom Gesundheitsamt Stuttgart moderiert. Ausführliche Informationen finden Sie auf der Seite der Veranstaltung im Juli 2023: <https://bit.ly/3rMI97r>. Die aktuellen Vortragsfolien sowie eine Übersetzung der Publikation Grande et al. (2023) finden Sie hier: <https://bit.ly/3UfplmO>.

Landeskongress Gesundheit BW

Ein Gesundheitssystem im Umbruch – um leistungsfähig zu bleiben, muss es weiterentwickelt werden. Wie kann, soll und muss die Versorgungslandschaft in Zukunft aussehen? Diese Frage stand im Zentrum des dieses Jahr zum neunten Mal stattfindenden Landeskongresses Gesundheit Baden-Württemberg. „Revolution, Evolution oder Stillstand?“ – unter dieser Überschrift versuchte der Kongress einen Blick auf die Versorgungslandschaft des Jahres 2035 und stellte die Frage, welche Konzepte angesichts von Reformplänen, wie etwa einer Neuordnung der Krankenhauslandschaft und Gesundheitsregionen, machbar und sinnvoll erscheinen.

Hochkarätige Referent*innen wie Dr. Dr. Heidrun Sturm (Universitätsklinikum Tübingen) und Hans-Dieter Nolting (IGES Institut Berlin) referierten über innovative Versorgungsformen. Sozialminister Manfred Lucha hob in seinem Impulsvortrag die künftige Bedeutung digitaler Unterstützung in der Medizin nach dem Motto „digital vor ambulant vor stationär“ hervor. Er betonte auch die Umstrukturierung der Krankenhaus- und Notfallversorgung.

Am Nachmittag hatten die Kongressteilnehmenden dann Gelegenheit, in mehreren Foren zu einzelnen Aspekten (Versorgung in der Fläche, Reform der Notfallversorgung, Gesundheitskompe-

tenz etc.) intensiver ins Gespräch zu kommen oder im Showroom zur digitalen Versorgung einmal selbst auszuprobieren, wie die Zukunft mit Apps, KI und Co. aussehen könnte.

Der Landeskongress fungiert seit Beginn als Ideengeber, da er wichtige Akteur*innen aus Politik und Gesundheit zusammenbringt.

Träger des Landeskongresses sind als Partner*innen neben der LPK v.a. die Landesärztekammer, die KVBW und die Krankenhausgesellschaft BW. Hinzu kommen als Unterstützende zahlreiche weitere Institutionen aus dem baden-württembergischen Gesundheitswesen.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 21.10.2023 die folgenden Satzungen beschlossen:

- Beitragstabelle 2024 vom 05.12.2023 (Inkrafttreten 01.01.2024): Amtliche Bekanntmachung vom 06.12.2023
- Erste Satzung zur Änderung der Gebührenordnung vom 05.12.2023 (Inkrafttreten 07.12.2023): Amtliche Bekanntmachung vom 06.12.2023
- Vierzehnte Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 05.12.2023 (Inkrafttreten 07.12.2023): Amtliche Bekanntmachung vom 06.12.2023

- Zweite Satzung zur Änderung der WBO-P vom 05.12.2023 (Inkrafttreten 07.12.2023): Amtliche Bekanntmachung vom 06.12.2023
- Achte Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung vom 05.12.2023 (Inkrafttreten 07.12.2023): Amtliche Bekanntmachung vom 06.12.2023
- Zwölfte Satzung zur Änderung der WBO-PP/KJP vom 05.12.2023 (Inkrafttreten 06.12.2023): Amtliche Bekanntmachung vom 05.12.2023

Die vorgenannten Satzungen sind nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (Genehmigungsver-

merk vom 13.11.2023, Az.: 31. 5415.5-001/1 am 05.12.2023 vom Präsidenten ausgefertigt und am 06.12. bzw. am 07. 12.2023 auf der Kammerhomepage unter <https://bit.ly/3rVlfZb> öffentlich bekannt gemacht worden.

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
www.lpk-bw.de

Bericht zur Delegiertenversammlung



Die Mitglieder des Vorstands informierten u. a. im Bericht des Vorstands über Aktivitäten der Kammer und im Gesundheitswesen sowie über einen abzustimmenden Neuerlass der WBO PP/KJP und die Finanzen der Kammer. Im Bild (v. l. n. r.): 1. Reihe: Dr. Nikolaus Melcop, Nicole Nagel; 2. Reihe: Dr. Anke Pielsticker; Dr. Bruno Waldvogel (Foto: PTK Bayern)

Am 29. November 2023 fand die 44. Delegiertenversammlung im Online-Format statt. Der Vorstand informierte u. a. über die aktuelle Lage der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, auch im Hinblick auf Krisen, wie Kriege und Umweltkrise, die Folgen der Zunahme von Diskriminierungstendenzen in der Gesellschaft, die Digitalisierung im Gesundheitswesen, die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen sowie die Umsetzung der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen. Die Delegierten beschlossen eine novellierte Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, eine erforderliche Erhöhung der Kammerbeiträge sowie den Haushaltsplan 2024.

Bericht des Vorstands

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop ging in seinem Vorstandsbericht insbesondere auf die psychische Gesundheit

der Bevölkerung ein, die durch aktuelle Krisen, Ängste und Bedrohungen besonders belastet ist. Er stellte dabei auch einen Zusammenhang zu der erschreckenden Tendenz her, Minderheiten vermehrt zu diskriminieren und zu bedrohen. Er verurteilte dabei insbesondere den gewachsenen Antisemitismus und kritisierte scharf, dass einige Politiker*innen unberechtigte Schuldzuweisungen gegenüber diskriminierten Minderheiten, z. B. Geflüchteten muslimischen Glaubens, zur Stimmungsmache in ihrem Sinne nutzten.

Weiterhin erläuterte er die aktuellen Forderungen der Psychotherapeutenkammern in Bezug auf die geplanten Gesetze zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Mit diversen geplanten Regelungen zu digitalen Anwendungen und zur elektronischen Datenweitergabe werde die Notwendigkeit des Schutzes und der Förderung der Gesundheit von Patient*innen nicht angemessen

berücksichtigt. Zudem gab Melcop einen Überblick über Aktivitäten und Veranstaltungen der Kammer, wie z. B. Infoveranstaltungen zu sozialmedizinischen Fragestellungen oder zum Fortbildungscurriculum zur Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter*innen und das Engagement rund um die Themen Klima- und Umweltkrise sowie psychische Gesundheit.

Vizepräsidentin Nicole Nagel informierte über aktuelle Entwicklungen im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie berichtete u. a. über das Projekt „Krisenfest“, ein präventives gruppentherapeutisches Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche, das von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) realisiert wird. Die PTK Bayern war in der Arbeitsgruppe der KVB bei der Ausgestaltung des Projektes beteiligt.

Danach gab Vorstandin Dr. Anke Pielsticker einen Überblick über den aktuellen Stand der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen. Dabei informierte sie auch über die intensiven Aktivitäten auf Bundesebene, für die Finanzierung gesetzliche Regelungen durch die Bundesregierung zu erreichen.

Änderung der Weiterbildungsordnung PP/KJP

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel stellte den Entwurf der novellierten Weiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (PP/KJP) vor. Dieser Entwurf basiert auf der beim 43. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 18. November 2023 beschlossenen Novellie-

zung der Musterweiterbildungsordnung PP/KJP. Mit dem Neuerlass der Weiterbildungsordnung für PP und KJP soll eine Vereinheitlichung des Aufbaus und der Systematik mit der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeut*innen geschaffen werden, soweit dies möglich ist. Dabei werden die Unterschiede in der Struktur der Weiterbildung entsprechend berücksichtigt. Neben dem Aufbau der neuen Weiterbildung für die Psychotherapeut*innen sind auch die kontinuierliche Fortentwicklung und der Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten für die PP/KJP der Kammer ein sehr wichtiges Anliegen. Die Weiterbildungsordnung wurde daher erweitert und enthält in der novellierten Fassung neben den bisherigen Weiterbildungsbereichen Klinische Neuropsychologie, Spezielle Psychotherapie bei Diabetes, Spezielle Schmerzpsychotherapie und Sozialmedizin auch die Weiterbildungsbereiche Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Die Delegierten diskutierten den Entwurf und stimmten dann mit großer Mehrheit für die Neufassung.

Finanzen

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel erläuterte den Haushaltsplan 2024 und



Die Versammlungsleitung, Klemens Funk (links) und Agnes Mehl (rechts), führte durch die digitale Sitzung (Foto: PTK Bayern).

stellte die Finanzprognose für die Haushaltsentwicklung der kommenden Jahre vor. Die allgemeine Preisentwicklung und die gewachsenen Aufgaben der Kammer führen dazu, dass eine Erhöhung der Kammerbeiträge unumgänglich ist, um die Aufgabenerfüllung der Kammer weiterhin sicherstellen zu können.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2024 sowie die vom Vorstand beantragte Beitragserhöhung wurde vom Finanzausschuss eingehend geprüft und befürwortet. Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Rudi Bittner, gab daher in seiner Stellungnahme den Delegierten die Empfehlung, dem Haushaltsplan und der Beitragserhöhung zuzustimmen. Die Delegiertenversammlung beschloss einstimmig den Haushaltsplan und die Beitragserhöhung.

Berichte von Ausschüssen und Kommissionen sowie den satzungsgemäßen Gästen der DV

Die Ausschüsse und Kommissionen informierten über ihre Sitzungen seit der letzten DV und die begonnenen Projekte.

Außerdem berichteten die satzungsgemäßen Gäste der DV: Die Vertreter*innen der Ausbildungsteilnehmenden PP/KJP, der Ausbildungsinstitute PP/KJP, der Studierenden in den gemäß der Approbationsordnung akkreditierten Studiengängen, der Hochschulen, die die Grundberufe der PP und KJP ausbilden, sowie der Universitäten, die einen Studiengang gemäß Psychotherapeutengesetz anbieten, informierten über aktuelle Entwicklungen in ihren Bereichen.

Informationsveranstaltung zur Weiterbildung am 11. Dezember 2023

Die PTK Bayern veranstaltete im Dezember 2023 eine Informationsveranstaltung zur neuen Weiterbildungsordnung. Um eine gute Umsetzung der Weiterbildung zu erreichen, ist es wichtig, dass sich die PTK Bayern mit den an der Umsetzung beteiligten und Interessierten abstimmt, im Gespräch bleibt und sich alle Seiten gegenseitig informieren und unterstützen. Die Online-Veranstaltung war eines von unterschiedlichen Angeboten der Kammer in

diesem Sinne. Es wurde zunächst die Struktur der Weiterbildung noch einmal kurz vorgestellt, dann über aktuelle Entwicklungen informiert, auf häufig gestellte Fragen eingegangen und viel Raum für Fragen und Anregungen geboten. Zudem wurden Beispiele aus der Praxis vorgestellt: Frank Lohmann berichtete darüber, wie sich eine Klinik auf die Weiterbildung einstellt. Dr. Judith Siegl gab einen Einblick in ihre Erfahrungen bei der Umsetzung der Wei-

terbildung in einem Ausbildungsinstitut. Über 270 Personen nahmen an dem Austausch teil.

Im Sommer 2024 soll erneut eine Informationsveranstaltung stattfinden. Der Vorstand möchte bei der Planung dann diskutieren, ob diese auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet werden soll bzw. wie viele grundlegende Informationen dann erneut wiederholt werden.

Antrittsbesuch bei Staatsministerin Judith Gerlach



Antrittsgespräch mit der neuen bayerischen Gesundheitsministerin: (v. l. n. r.) Dr. Bruno Waldvogel, Nicole Nagel, Staatsministerin Judith Gerlach und Dr. Nikolaus Melcop (Foto: StMGfP)

Das Präsidium der PTK Bayern, Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel und Nicole Nagel, war am 1. Februar 2024 zum Antrittsbesuch bei der neuen bayerischen Gesundheitsministerin Judith Gerlach eingeladen. Das Präsidium

informierte die Ministerin über die Berufe der Psychotherapeut*innen, über die Kammer und über die unzureichende Versorgung für psychisch erkrankte Menschen im ambulanten, stationären und institutionellen Bereich. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde die Einrichtung einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe gefordert. Anlässlich der Erweiterung des Namens des Ministeriums („Gesundheit, Pflege und Prävention“) wurden Möglichkeiten der Prävention psychischer Störungen aufgezeigt. Weiterhin wurden auch die psychische Belastung durch Klima- und Umweltschäden und die erforderlichen individuellen und strukturellen Präventionsmaßnahmen angesprochen. Außerdem wurde in Bezug auf die neue Weiterbildung auf die dringende Not-

wendigkeit weiterer finanzieller und struktureller Unterstützung für die zukünftigen Weiterbildungsteilnehmenden hingewiesen.

Die Ministerin zeigte sich für alle der angesprochenen Themen offen und betonte von sich aus die gewachsene Bedeutung der Prävention psychischer Störungen. Im Gespräch wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass auch sozial benachteiligte Familien erreicht werden müssten. Gerlach bat ihrerseits um Unterstützung für den von dem Ministerium geplanten Schwerpunkt Frauengesundheit. Hierzu wurden von dem Präsidium spontan einige Vorschläge unterbreitet, die die Ministerin gerne aufnehmen will.

Bayerischer Rundfunk zu Gast bei der PTK Bayern: Beitrag zu Wartezeiten und digitalen Angeboten

Im Januar war ein Fernsehteam des Bayerischen Rundfunks (BR) zu Gast bei der Psychotherapeutenkammer Bayern. In dem Magazin „Gesundheit!“ des BR wurde der Frage nachgegangen, wie lange Patient*innen auf einen Psychotherapieplatz warten müssen und ob digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) eine Lösung zur Überbrückung der Wartezeiten darstellen können. In der Sendung schilderte ein Patient seinen Weg mit einer hohen Wartezeit bis zur lang ersehnten Psychotherapie. Er selbst legte viel Wert auf den persönlichen Kontakt zu seinem Psychotherapeuten. DiGA werben damit, die Wartezeit überbrücken zu können und mittels Psychotherapie-Apps direkt mit einer Behandlung starten zu können.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop wies ebenfalls auf den Mangel an Psychotherapieplätzen hin und betonte die Vorteile eines frühzeitigen Therapiebeginns. Er wurde dann zu einer Einschätzung solcher DiGA befragt. Er wies klar daraufhin, dass DiGA die fachliche Expertise von Psychotherapeut*innen

im persönlichen Kontakt nicht ersetzen könnten und betonte mögliche Risiken für Patient*innen durch falsch eingesetzte DiGA. Er führte aus, dass eine DiGA, die nachgewiesen wissenschaftlich erprobt ist und zum Ansatz des*der jeweiligen Psychotherapeut*in und zum*zur einzelnen Patient*in passt, nach Diagnostik und Indikation therapiebegleitend nützlich sein kann. Wichtig sei dabei nach der Indikationsstellung auch die Überwachung durch eine*n Psychotherapeut*in oder eine*n Ärzt*in, der*die gegebenenfalls intervenieren und die App in den Behandlungsplan mit einbeziehen kann.

Weiterhin wurde der Psychotherapeut des Patienten, der Kammerdelegierte Benedikt Waldherr, zu seiner Einschätzung gefragt. Er betonte ebenfalls den hohen Stellenwert des persönlichen Kontakts für die Psychotherapie, der durch DiGA nicht ersetzbar sei.

Der Beitrag „Zu wenig Therapieplätze: Was können Psychotherapie-Apps leisten?“ wurde am 16. Januar 2024 im



Das Fernsehteam des Bayerischen Rundfunks war zu Gast bei der PTK Bayern und interviewte Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop zur psychotherapeutischen Versorgung in Bayern (Foto: PTK Bayern).

BR-Magazin „Gesundheit!“ ausgestrahlt und ist in der Mediathek unter www.ardmediathek.de/br abrufbar.



Fortbildung „Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Einschränkung“ am 24. November 2023



A. Kleischmann (l. o.), Vorstandsmitglied M. Sommer (r. o.) und C. Diegel informierten über Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Einschränkung (Foto: PTK).

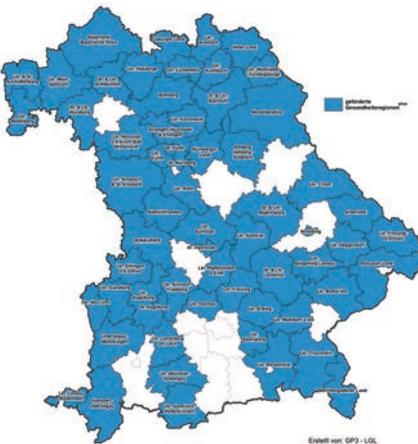
Die PTK Bayern richtete am 24. November 2023 eine Fortbildungsveranstaltung zur psychotherapeutischen Behandlung und Versorgung von Men-

schen mit intellektueller Einschränkung aus. Menschen mit intellektuellen Einschränkungen sind einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt und haben ein erhöhtes Risiko Opfer von Traumatisierungen zu werden. Die Wahrscheinlichkeit an einer psychischen Störung zu erkranken ist in dieser Bevölkerungsgruppe drei- bis fünfmal höher als bei Menschen mit durchschnittlicher Intelligenz.

In der Online-Veranstaltung wurde die Arbeit mit dem betroffenen Personenkreis vorgestellt und spezielle Herausforderungen sowie methodische Besonderheiten des psychotherapeutischen Vorgehens wurden sowohl im

institutionellen als auch im ambulanten Tätigkeitsfeld praxisrelevant aufgezeigt. Nach einer kurzen Einführung durch Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer wurden wesentliche Aspekte der Behandlung von Menschen mit intellektueller Einschränkung in zwei Fachvorträgen thematisiert. Während Annika Kleischmann hierbei insbesondere auf die Psychotherapie von erwachsenen Menschen mit intellektueller Einschränkung einging, beleuchtete Claus Diegel Aspekte der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit intellektueller Einschränkung näher. Es nahmen über 60 Personen an der Veranstaltung teil.

Treffen der Vertreter*innen in den Gesundheitsregionen^{plus} am 19. Dezember 2023



Erstellt von GPS - UG, Quelle: Landesamt für Digitalisierung, Breitband und Vermessung, Stand: April 2023.

Die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, ist ein Ziel der bayerischen Gesundheitspolitik. Mit dem Konzept „Gesundheitsregionen^{plus}“ sollen sowohl die Prävention, als auch die medizinische und pflegerische Versorgung im Freistaat durch regionale Netzwerke verbessert werden. Die interdisziplinären Gremien der Gesundheitsregionen^{plus} sollen dabei auf kommunaler Ebene zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Der Freistaat unterstützt die Gesundheitsregionen^{plus} durch Beratung und Fördermittel. Innerhalb Bayerns sind die lokalen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und die Präven-

tionsangebote sehr unterschiedlich. Deswegen können die Akteur*innen vor Ort die Lage am besten beurteilen und passgenaue Maßnahmen entwickeln. Es handelt sich also um Projekte aus der Region für die Region. Das Konzept wird nun bereits seit 2015 in Bayern umgesetzt. Bayernweit gibt es derzeit 62 Gesundheitsregionen^{plus}, diese entsprechen 79 von insgesamt 96 Landkreisen und kreisfreien Städten. Die Kammer unterstützt die Gesundheitsregionen^{plus} dabei, Vertreter*innen aus dem Berufsstand der Psychotherapeut*innen für diese Netzwerkarbeit zu gewinnen und zu vermitteln. Rund 50 Psy-

chotherapeut*innen engagieren sich mittlerweile in den verschiedenen Regionen. Im Oktober haben Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel die in den Gesundheitsregionen^{plus} mitwirkenden Kammermitglieder erneut zu einem Online-Treffen geladen. Der regelmäßig stattfindende Austausch dient dazu, dass die Vertreter*innen in den Regionen über aktuelle Projekte berichten und sich zudem untereinander vernetzen. Im Dezember gab es zudem einen Vortrag zu der Gesundheitsberichterstattung zur psychischen Gesundheit in Bayern von Dr. Joseph Kuhn vom Baye-



Vertreter*innen der Gesundheitsregionen^{plus} tauschten sich online zu aktuellen Projekten und regionalen Fragestellungen aus (Foto: PTK Bayern).

rischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und eine ausführliche Vorstellung der regionalen Initiativen in Oberfranken durch Kai

Uffmann, dem Vertreter der dortigen Gesundheitsregion^{Plus}. Außerdem diskutierten die regionalen Vertreter*innen über Versorgungsverantwortung, Wei-

terbildungsstätten wie auch klima- und umweltbezogene Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit in der Region.

Kurznachrichten

Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

+++ Vizepräsidentin Nicole Nagel nahm Mitte Dezember 2023 am **Expert*innengespräch „psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“** des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention teil. Die Austauschrunde nimmt die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Fokus und zeigt Handlungsbedarfe auf. U. a.

wurden die Ergebnisse des DAK Kinder- und Jugendreport 2023 diskutiert und das Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) „Krisenfest: Gruppenangebot zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen im Umgang mit psychischen Belastungen“ vorgestellt.

+++

+++ **Neuapprobiertentag 2024:** Die regelmäßig stattfindende Veranstaltung für neue Mitglieder, Ausbildungs-

teilnehmende und Studierende fand am 3. Februar 2024 erneut im Online-Format statt. Ca. 180 Teilnehmende informierten sich über Struktur, Aufgaben und wichtige Arbeitsbereiche der PTK Bayern sowie über mögliche Berufsperspektiven und tauschten sich mit Vorstand sowie mit Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aus. +++

Hinweis auf amtliche Verlautbarungen der Kammer

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

Am 14. Dezember 2023 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern
- Neuerlass der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Bayerns

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter www.ptk-bayern.de → Die Kammer → Amtliche Verlautbarungen.



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

Großes Interesse an Online-Veranstaltung zur Thematik Klimakrise und Psychotherapie der PtK Berlin

Ende November 2023 veranstaltete die Klima-AG der Psychotherapeutenkammer Berlin einen Online-Vortrag zum Thema „Wie man sich die Klimakrise vom Leib hält, sie einen doch wieder einholt und was man konstruktiv damit machen kann“. Als Referentin war Diplom-Psychologin Delaram Habibi-Kohlen, niedergelassene Psychoanalytikerin (DPV/IPA/DGPT) in Bergisch-Gladbach, Lehranalytikerin und Mitglied bei den Psychotherapists for Future eingeladen.

Im Vortrag ging es insbesondere um konkrete Abwehrmechanismen, mit denen man die Gefühle zur Klimakrise unspürbar macht, um sich nicht damit auseinandersetzen zu müssen. Darüber hinaus wurden Beispiele aufgezeigt, die zur Bewältigung dieser Haltung und zum kollektiven Handeln führen können. In einer abschließenden Gesprächsrunde konnten viele Fragen zu den Handlungsfeldern der Psychotherapeut*innen im Kontext zur Klimakrise gemeinsam diskutiert und persönliche Erfahrungen geteilt werden. Der Vortrag wurde live über „Graphic Recording“ von Nina Schumann visualisiert (siehe Link am Ende des Beitrags). Zu Beginn des Vortrags formulierte Frau Habibi-Kohlen die Bitte, dass alle Teilnehmenden nicht allein auf die nachfolgenden Informationen, sondern auch darauf achten sollten, was diese Informationen mit ihnen selbst machen würden.

Fakten, Fake-News-Strategien und Abwehrhaltungen

Wissenschaftler*innen auf der ganzen Welt warnen immer eindringlicher vor den Risiken des Klimawandels. Mit Star-

kregen, Hitzewellen, Luftverschmutzung und Dürren ist dieser längst auch in Deutschland angekommen. Der bisherige Klimaschutz reicht bei Weitem nicht aus. Der Weltklimarat (IPCC) mahnt die Politik seit Jahrzehnten, den Klimawandel zu stoppen. Er zeichnet anderenfalls ein Bild von einer Welt, in der die gewohnten Stabilitäten, wie beispielsweise unsere Ernährungssicherheit, nicht mehr existieren. Es ist eine Welt, geprägt von Gefahren, Ungerechtigkeiten, Unsicherheiten und Verlusten, von der alle, auch die sogenannten Wohlstandsstaaten betroffen sind. Doch obwohl die Faktenlage zum Klimawandel sehr klar ist, legen viele Menschen über dieses Thema einen Mantel des Schweigens, nehmen eine „Ja-aber-Haltung“ ein oder schließen sich beispielsweise gegenteiligen Meinungen an. Die Abwehrmechanismen, emotionale Distanz und sogenanntes „Freezing-Verhalten“ verhindern schnelles, kollektives und rationales Handeln – wie es aber eigentlich nötig wäre. Darüber hinaus gab Frau Habibi-Kohlen Einblicke in die

Mechanismen institutionell verankerter Desinformation zur Beeinflussung der öffentlichen Meinung, durch „falsche Propheten“ oder Fake News seitens der Fossilindustrie.

Doch welche Bedeutung hat es, wenn wir etwas nicht angehen, und was kann man dagegen tun? Habibi-Kohlen betonte: „Die trockenen Daten der Wissenschaftler*innen können wir im Allgemeinen schlecht begreifen. Wir erfassen nicht, welche Folgen das für uns und die Gesellschaft haben wird. Doch Schlagworte wie Massenmigration, Inflation oder Bürgerkriege machen uns Angst. Angst kann viele verschiedene Formen annehmen und hat immer mit Trennung und Verlust zu tun. Sie kann positive Entwicklungen bewirken, wenn wir Bewältigungsmechanismen haben, und negative Auswirkungen, wenn sie uns im Rückzug bleiben lässt. Die Ängste in Bezug auf die Klimakrise sind so komplex, dass wir sie abwehren müssen. Wir können sie nicht permanent im Bewusstsein ertragen“.



Mitglieder der Klima-AG mit der Referentin im Online-Vortrag

Im weiteren Verlauf des Vortrags wurden gesellschaftliche Entwicklungen aufgezeigt, die dazu führen, dass sich der Mensch nicht mehr als verantwortliche*r Akteur*in begreift. Als Folgen wurden Entfremdung, der Verlust der Selbstwirksamkeit, Vereinzelung, fehlende Empathie für den Mitmenschen und allgemeine Gleichgültigkeit genannt, in dem auch das Gefühl für das Allgemeinwohl verloren gehen würde. Konkrete Abwehrmechanismen zeigen sich dann darin, dass Menschen davon ausgehen, dass z. B. nur die Politik für Lösungen zuständig wäre, die Klimakrise nicht im eigenen Lebensumfeld stattfindet, Feindbilder entwickelt werden oder dass man seine Mülltrennung schlichtweg mit Fernreisen verrechnet. Habibi-Kohlen: „Wir sind sowohl Opfer als auch Täter*innen und wir fühlen uns einfach ohnmächtig. All das hängt auch mit der zunehmenden Komplexität der Welt zusammen, in der es keine einfachen Lösungen gibt. Doch Psychotherapeut*innen wissen um diese psychischen Prozesse. Sie kennen Möglichkeiten der Bewältigung und können Zusammenhänge verstehbar machen. Darüber hinaus wird es mehr und mehr Patient*innen mit Klimaängsten geben und die Psychotherapeut*innenschaft muss sich auch deshalb mit der Thematik auseinandersetzen, gerade weil wir ja auch selbst Betroffene sind“, betonte Habibi-Kohlen.

Wie kann konstruktiv damit umgegangen werden?

Neben dem Aufzeigen der Abwehr- und Spaltungsmechanismen war es ein

wichtiger Aspekt der Veranstaltung, auch über Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten zu sprechen. Dabei wurde klar, dass es immens wichtig ist, über die Klimagefühle zu sprechen und sich mit anderen und der Welt wieder verbunden zu fühlen. „Wir müssen trauern und wir müssen uns wirksam fühlen können. Wir brauchen einen interdisziplinären Austausch und wir brauchen eine eigene reflektierte Haltung. Indem wir uns in unserem eigenen (überschaubaren) Umfeld mitteilen und uns untereinander verbinden, werden wir wirkmächtig. Wir können im gegenseitigen Austausch lernen, uns wieder zuständig und kompetent zu fühlen und das Persönliche als politisch zu begreifen“, erläuterte Habibi-Kohlen.

In der anschließenden Diskussion konnten Fragen beantwortet und Erfahrungen geteilt werden. Insbesondere die Frage, wie man denn selbst aktiv werden könne, war dabei von großem Interesse. Hierbei wurde noch einmal deutlich, dass es als erster Schritt wichtig sei, in den Austausch mit anderen zu kommen, sei es in Fachkreisen, beim Ehrenamt in der Nachbarschaft, der Gemeinde/dem Bezirk, Schulvorträgen oder im Gespräch mit den zuständigen Abgeordneten. Fazit: Nur, wenn wir die Dinge besprechbar machen, können wir sie verändern.

Kammerpräsidentin Eva Schweitzer-Köhn fasste zusammen: „Wir müssen uns verbinden und unsere Expertise zu den psychischen Aspekten der Klimakrise in die Gesellschaft und Politik einbringen. Und: Wir brauchen Ambiguitätstoleranz. Vielen Dank für den

umfangreichen und interessanten Vortrag!“

Auch viele Teilnehmende bedankten sich für den Vortrag und teilten ihre eigenen Gefühle mit:

- „Danke für die Darstellung der Entfremdung. Das hat mir im Verstehen sehr weitergeholfen“...;
- „Danke für die Anregungen“...;
- „Vielen Dank für den Vortrag. Dieser hat mir Angst gemacht, aber auch Hoffnung und Verbundenheit geweckt“.

Franziska Sommerfeld

Weitere Informationen:

Link zu den Grafiken © Nina Schumann: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/media/2495

Auf der Webseite der Psy4F (Psychologists for Future / Psychotherapists for Future) gibt es Hinweise, die den Einstieg ins Engagement erleichtern. Sie richten sich an ein allgemeines Publikum: <https://daskannsttutun.de/>

Klimawissenschaftler*innen berichten von ihren Emotionen: www.isthishow-youfeel.com/this-is-how-scientists-feel.html

Weintrobe, S. (2021). *Psychological Roots of the Climate Crisis: Neoliberal Exceptionalism and the Culture of Uncare*. London: Bloomsbury Academic.

Beck, U. (2008). *Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit*. Berlin: Suhrkamp.

Weiterbildung – neuster Stand und Finanzierung Informationsveranstaltung des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) zum aktuellen Stand der Weiterbildungsreform

Am 05.12.2023 fand eine Informationsveranstaltung des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) zum aktuellen Stand der Weiterbildungsreform statt. Sie war eine Online-Veranstaltung und mit 378 Personen sehr gut besucht, vor allem Master-Student*innen,

Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) und Kammermitglieder nahmen an ihr teil. Alexandra Rohe, die Sprecherin des Ausschusses, hat sie eröffnet und darauf hingewiesen, dass weitere Veranstaltungen folgen werden.

Prof. Dr. Thomas Fydrich (HU Berlin), der selbst viele Jahre Mitglied des Ausschusses war, hat den Stand auf der Basis von Folien, die vom AFW-Ausschuss erarbeitet worden waren, zusammengefasst. Alexandra Rohe und Mechthild Lahme haben die Veranstaltung mode-

riert und Elodie Singer, Ronald Schelte und Manfred Thielen (alle, z. T. langjährige, Mitglieder des Ausschusses) haben die Fragen der Teilnehmer*innen beantwortet.

Im Unterschied zur bisherigen Approbationsausbildung findet die fünfjährige Weiterbildung nach einem abgeschlossenen Masterstudium in Klinischer Psychologie und Psychotherapie und Approbation als Psychotherapeut*in statt.

Ein wichtiger Grund für die Reform ist die absolut unbefriedigende und prekäre Situation der PiA, die für ihre Praktische Tätigkeit (PT) im Rahmen ihrer Ausbildung 1.000,- € brutto bekommen. In fast allen psychiatrischen, psychosomatischen, psychotherapeutischen und auch Rehabilitationskliniken wird die psychotherapeutische Versorgung aber im Wesentlichen von den PiA geleistet, die aber ökonomisch regelrecht ausgebeutet werden. Die Weiterbildung hingegen erfolgt in Hauptberuflichkeit, die Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PtW) sind sozialversicherungspflichtig angestellt und haben einen Anspruch auf eine angemessene Bezahlung.

Doch das ist gleichzeitig auch der große Pferdefuß der bisherigen Reform, dass trotz vielfältiger Aktivitäten wie Petition, Beschlüsse des Bundesrats und Bundestags, Gesetzesentwurf der BPTK, Demonstrationen, Beschlüssen des Deutschen Psychotherapeutentages, vielen Gesprächen mit Parteien und Abgeordneten, Gremienarbeit, Aktivitäten der Bundeskonferenz PiA, der Berufsverbände und Öffentlichkeitsarbeit, Bundesgesundheitsminister Lauterbach bisher nicht bereit ist, sich für die notwendige Finanzierung der Weiterbildung einzusetzen. Auf der Veranstaltung traf diese Situation auf berechtigte und massive Kritik, und es wurde einmal mehr deutlich, dass das Ziel der schnellen Finanzierung nur durch weiteren und kontinuierlichen politischen Druck erreicht werden kann.

Die fünfjährige Weiterbildung findet in einem von drei Gebieten statt: Psychotherapie für Erwachsene, Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche, Neuropsychologische Psychotherapie. In den ersten beiden Gebieten kann man sich in den Richtlinienverfahren Psychoanalyse (PA), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT) und Systemische Therapie (ST) weiterbilden. Das Gebiet Neuropsychologische Therapie kann mit TP, VT und ST, aber nicht mit PA kombiniert werden. Die **Gebietsweiterbildung** ist in eine mind. zweijährige stationäre, mind. zweijährige ambulante und fakultativ einjährige institutionelle Weiterbildung gegliedert und steht unter der Fachaufsicht der Psychotherapeutenkammer. Sie führt zur sozialrechtlichen Anerkennung.

Darüber hinaus gibt es noch eine **Bereichsweiterbildung**, in der sich neben den Richtlinienverfahren auch in Gesprächspsychotherapie (GPT) oder in Bereichen wie Schmerztherapie, Psychotherapie bei Diabetes und Sozialmedizin weitergebildet werden kann.

Die GPT wurde auf Initiative des AFW-Ausschusses in die Berliner Weiterbildungsordnung (WBO) aufgenommen. Eine Weiterbildung in GPT führt zur entsprechenden Qualifikation und einem ankündigungsfähigen Titel, z. B. auf dem Praxisschild. Auf der Bundesebene wurde ihre Aufnahme in die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) mit 53:50 Stimmen leider ganz knapp abgelehnt, mit dem Argument, zunächst das Votum des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) abzuwarten, der die wissenschaftliche Anerkanntheit der GPT zurzeit überprüft. Die GPT ist neben Berlin auch noch in Hessen und Hamburg in der jeweiligen WBO als Bereichsweiterbildung enthalten.

Die meisten Fragen der Teilnehmer*innen drehten sich um die Struktur und die Anforderungen der Weiterbildung. Eine besondere Rolle spiel-

te natürlich die noch nicht vorhandene Finanzierung, deshalb riefen die Vertreter*innen des AFW-Ausschusses alle Teilnehmer*innen auf, sich entsprechend berufspolitisch zu engagieren.

Denjenigen, die gerade ihren Master in Psychotherapie abgeschlossen haben, brannte natürlich die Frage unter den Nägeln, ob sie jetzt die Approbationsprüfung machen sollen, obwohl die Weiterbildung finanziell bisher in keiner Weise gesichert ist? Oder, ob sie mit der bisherigen Approbationsausbildung beginnen sollen, obwohl sie bereits die formalen Voraussetzungen für eine Approbation mit dem Abschluss ihres Studiums erfüllt haben? In Berlin ist eine Doppelapprobation möglich, einige Master-Absolvierende haben sich auf diesem Hintergrund für die „alte“ Approbationsausbildung, die noch in einer Übergangszeit bis 2032 angeboten wird, entschieden. Diese Übergangsregelung greift allerdings nur, wenn das Studium vor dem 01.09.2020 aufgenommen wurde.

Was können Neuapprobierte, die aktuell noch keine Weiterbildung machen können, beruflich tun? Eine Reihe von ihnen hat sich in Kliniken beworben und zum Teil haben sie auch eine Anstellung bekommen, doch bezüglich ihrer Bezahlung gibt es bisher noch keine einheitliche Regelung. Es war Konsens, dass sie als Einstiegsgehalt TVöD 14 fordern sollen, da sie auch entsprechend qualifiziert sind.

Die Weiterbildung ist in Abhängigkeit vom Versorgungsbereich auch in Teilzeit möglich (25 % bzw. 50 %), sie verlängert sich dann zeitlich entsprechend.

Die AFW-Infoveranstaltung war der erfolgreiche Auftakt einer Veranstaltungsreihe. Die Folien des Vortrages können unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/media/2494 heruntergeladen werden.

Manfred Thielen

Neuapprobieren-Tag der PtK Berlin: Ein herzliches Willkommen den neuen Kolleg*innen

Beim Neuapprobieren-Tag der PtK Berlin im Dezember 2023 begrüßten wir die neuen Kolleg*innen, konnten unsere Glückwünsche den frischen Absolvent*innen übermitteln und mit zahlreichen praktischen Informationen zur Kammer, zu unterschiedlichen Berufsfeldern und insbesondere zum Berufsstart ausführlich informieren.

Mit viel Engagement und einem herzlichen Willkommen begrüßte Vorstandsmitglied Dr. Christina Jochim, Moderatorin der Veranstaltung, alle neuen Kolleg*innen, die zum Neuapprobieren-Tag in die Geschäftsstelle der PtK Berlin gekommen waren. Anschließend übernahm Kammerpräsidentin Eva Schweitzer-Köhn freudig das Wort und führte unseren psychotherapeutischen Nachwuchs in die Institution „Kammer“ ein. Viele junge Kolleg*innen waren mit der Kammerarbeit bisher kaum in Berührung gekommen und so gab es zahlreiche Fragen und interessierte Zuhörer*innen. Was heißt also „Selbstverwaltung“ konkret, welche Vorteile und Möglichkeiten gibt es? Wie ist die Kammer strukturiert, welche Aufgaben hat sie und wie unterstützt sie ihre Mitglieder? Welche beruflichen Möglichkeiten gibt es für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen? Gemeinsam mit der Geschäftsführerin Brigitte Kemper-Bürger, die auch zur Geschichte und den Räumen der Kammer einige spannende Geschichten zu erzählen hatte, wurde im weiteren Verlauf auch das Interesse für die Möglichkeiten geweckt, selbst aktiv in der Kammer mitzuwirken.

Insbesondere die berufsrechtlichen Aspekte stießen auf großes Interesse. Geschäftsführerin Fr. Kemper-Bürger konnte viele Antworten zu Fragen der Berufsaufsicht sowie Fallbeispiele geben. Abschließend wurde noch über die politische Arbeit der PtK Berlin berichtet und darüber, welchen aktuellen



Eva Schweitzer-Köhn, Dr. Christina Jochim, Brigitte Kemper-Bürger, Pilar Isaac-Candeias

Themen gerade aktiv nachgegangen wird, wie zum Beispiel der Umsetzung der neuen Weiterbildungsreform.

Im weiteren Verlauf wurden unterschiedliche Berufsfelder und Schwerpunkte vorgestellt. Vorstandsmitglied Pilar Isaac-Candeias gab spannende Einblicke in die Bereiche Prävention und Migration. Sie gründete ein Versorgungsangebot in verschiedenen Sprachen für Migrant*innen innerhalb des Projektes „Lost in Integration“. Das Präventionsprojekt hilft zu verstehen, wie Migration Menschen verändern kann und wie man besser mit den daraus resultierenden Schwierigkeiten umgeht, um Migrationsstress vorzubeugen.

Dr. Anne Huber, Psychologische Psychotherapeutin und Sachverständige, informierte über die Möglichkeit der Sachverständigentätigkeit bei Gericht. Mit zahlreichen Erzählungen aus diesem Berufsalltag im Familienrecht sowie interessanten Fallbeispielen konnte sie das Interesse der Zuhörerschaft gewinnen. Insbesondere das Kindeswohl, inklusive einer umfangreichen Diagnos-

tik und Prognosestellung, stehen hier bei den meisten Fällen im Vordergrund.

Abschließend gab Dr. Jochim noch einmal einen tollen Überblick zu allen wichtigen Punkten, die es beim Berufsstart zu beachten gibt. Zudem konnte sie auch zeigen, wie zentral und vielfältig die Rolle von Psychotherapeut*innen in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Berlin ist.

Es war ein spannender und anregender Tag. Wir freuen uns über das rege Interesse, die vielen Fragen und den gemeinsamen Austausch!

Franziska Sommerfeld

Geschäftsstelle

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

Neue Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters

Prof. Dr. Barbara Cludius leitet seit 1. Februar 2024 die Arbeitsgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters an der Universität Bremen. Sie ist Ko-Leitung der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz über die Lebensspanne (PULS), die aktuell wiederaufgebaut wird. Sie ist Psychologische Psychotherapeutin (Kognitive Verhaltenstherapie). Im Jahr 2023 wurde sie mit dem Prinzessin Therese von Bayern-Preis für herausragende wissenschaftliche Leistung ausgezeichnet. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen sowohl in der Grundlagen- als auch in der Psychotherapieforschung mit einem besonderen Fokus auf Perfektionismus, Emotionsregulation und Zwangsstörung.

Dr. Rosa Steimke: Erstmal herzlichen Glückwunsch zur Professur und herzlich willkommen in Bremen. Was ist es, was Sie aus München ausgerechnet nach Bremen verschlagen hat?

Prof. Dr. Barbara Cludius: Vielen Dank. Zum einen bin ich persönlich sehr mit dem Norden Deutschlands verbunden, mein Mann ist Hamburger und ich habe dort auch am UKE gearbeitet und an der Uni Hamburg promoviert. Ich freue mich jetzt darauf, Bremen besser kennen zu lernen. Meine ersten Eindrücke von der Stadt waren sehr positiv. Zum anderen bieten die Professur (inkl. der Arbeitsgruppe und der Ko-Leitung der Hochschulambulanz) und die Kooperationsmöglichkeiten an der Uni Bremen viele Möglichkeiten für meine Forschung. Dabei habe ich die Atmosphäre am Fachbereich und an der Uni bisher als interessiert, wohlwollend und unterstützend wahrgenommen.

Was ist der Fokus Ihrer Arbeit in der Forschung bisher gewesen?

Ich beschäftige mich mit verschiedenen Themen. Ein Schwerpunkt sind Transdiagnostische Prozesse, insbesondere Perfektionismus und Emotionsregulation. Dabei untersuche ich gemeinsam mit Kolleg*innen, ob diese Prozesse Risiko- und Aufrechterhaltende Faktoren für psychische Störungen darstellen und inwiefern sie den Therapieerfolg beeinflussen. Ein zweiter Schwerpunkt ist Forschung im Bereich der Zwangsstörung. Hier liegt ein Fokus auf der Untersuchung von Aufmerksamkeitsprozessen und ein zweiter in der Psychotherapieforschung.

Was planen Sie für Bremen in Bezug auf Forschung?

Ich möchte gerne an meine bisherige Forschung anknüpfen und hoffe, dies mit Hilfe von Kooperationen am Fachbereich tun zu können. Zusätzlich freue ich mich, dass ich mit einer der Arbeitsgruppe angeschlossenen Ambulanz in Zukunft meine Psychotherapieforschung intensivieren kann. Dabei interessiere ich mich zum Beispiel für die Untersuchung von Wirkmechanismen, also der Frage: Was verändern wir eigentlich konkret in der Therapie und wie hängt das mit Therapieerfolg zusammen?

Neben den inhaltlichen Fragen halte ich gute Wissenschaftskommunikation und die Einbindung von Praktiker*innen und Patient*innen in den Forschungsprozess, insbesondere im Bereich der Psychotherapieforschung, für sehr wichtig. Hier möchte ich mich breiter aufstellen und würde mich freuen, auch mit Psychotherapeut*innen in Bremen in einen Austausch zu gehen. Zum Bei-



Prof. Dr. Barbara Cludius

spiel mit den Fragen: Welche Themen wären aus Ihrer Sicht wichtig zu erforschen? Für wie praktikabel halten Sie bestimmte Interventionen?

Was sehen Sie als größte Herausforderung für die Professur in Bremen?

Ich freue mich sehr, dass wir ab dem Wintersemester 2024/25 den Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie beginnen werden. Gleichzeitig gibt es hier noch viel zu tun. Eine große Herausforderung ist es, die Hochschulambulanz rechtzeitig für die praktischen Anteile (Berufsqualifizierende Tätigkeit III), die in der Ambulanz abzuleisten sind, aufzubauen.

Wie hat sich aus Ihrer Sicht die neue Struktur in der Psychotherapieausbildung auf die universitäre Lehre ausgewirkt?

Durch die Approbationsordnung hat die Lehre in der Klinischen Psychologie sehr klare Vorgaben erhalten und die praktischen Anteile sind gestiegen. Dadurch

werden die Studierenden fokussierter als früher im Bereich der Psychotherapie ausgebildet. Außerdem ist die Verfahrensvielfalt deutlich in den Vordergrund gerückt. Wir haben in Bremen das große Glück, dass es unter den Lehrenden Personen mit Fachkunde Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gibt. Damit sind wir bereits sehr breit im Kollegium aufgestellt. Als Wissenschaftlerin ist mir neben den praktischen Anteilen aber auch sehr wichtig, dass die Studierenden auch im Bereich der Forschungsmethoden, insbesondere der Diagnostik und Psychotherapieforschung, Kompetenzen erlangen. Selbst wenn sie zukünftig nicht wissenschaftlich arbeiten werden, halte ich dies für die Rezeption von Studien auch in der Arbeit als Psychotherapeut*in für sehr relevant.

Der neue Master soll zum Wintersemester 2024/25 kommen. Wie weit sind die Planungen dafür?

Formell ist die Planung quasi abgeschlossen. Wir haben in den letzten Monaten

wichtige Voraussetzungen geschaffen (z. B. ein Modulhandbuch und die Prüfungsordnung), die die Grundlage bilden. Gleichzeitig gibt es hier noch viel zu tun, von der Ausarbeitung von Lehrkonzepten und -veranstaltungen über die Vertiefung von Kooperationen zum Wiederaufbau der Hochschulambulanz, um dort praktische Teile des Masterstudiengangs durchführen zu können. Es warten also noch sehr viele Aufgaben auf uns.

Gibt es berufspolitisch ein Thema, das Ihnen besonders am Herzen liegt?

Ein Thema, welches mir sehr am Herzen liegt, ist es, bei der Ausgestaltung der Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde auf die Vereinbarkeit von Wissenschaft und Weiterbildung zu achten. Aus meiner Sicht können wir nur so klinisch-psychologische Forschung und Psychotherapieforschung auch in Zukunft auf sehr hohem Niveau durchführen.

Ein Anliegen, das hiermit verknüpft ist, ist die Verbesserung der Arbeits-

bedingungen und der Planbarkeit der Karrierewege für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Aufgrund befristeter Arbeitsverträge und damit prekärer Arbeitsbedingungen verlassen viele – aus meiner Sicht sehr begabte – Wissenschaftler*innen die Forschung. Die gestückelten befristeten Verträge sind eine Zumutung, insbesondere für Frauen und Personen, die z. B. aufgrund von Familienplanung oder anderen familiären Verpflichtungen mehr Sicherheit brauchen.

Wie sehen Sie die Zusammenarbeit zwischen Fachbereich und Psychotherapeutenkammer?

Ich würde mich über eine gewinnbringende Zusammenarbeit freuen. Aus meiner Sicht profitiert klinisch-psychologische Forschung und Lehre ungenügend von dem Wissen primär praktisch arbeitender Kolleg*innen. Deswegen würde ich mich freuen, hier einen engen Kontakt und Austausch aufzubauen.

Vielen Dank für das Interview!

Informationsveranstaltung zum Psychotherapeutenversorgungswerk

Am 9. Dezember 2023 kamen Hans Bauer, Verwaltungsratsvorsitzender des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) und Psychologischer Psychotherapeut aus Hessen, und Barbara Sieker, die scheidende Geschäftsführerin des PVW, nach Bremen, um über die Entwicklungen im PVW zu informieren.

Mit der Veranstaltung konnte der Wunsch nach Aufklärung zu den diesjährigen Vorgängen beim PVW erfüllt werden.

Vorstellung der Regularien

Zunächst wurden Aufbau und Konzept der berufsständischen Altersvorsorge vorgestellt. In dem kapitalgedeckten System würden Anwartschaften auf die Rentenansprüche erwirtschaftet. Die

Beiträge der Mitglieder würden nach den Anlagevorschriften des PVW am Kapitalmarkt angelegt, z. B. in langfristige verzinsliche Wertpapiere und Immobilien, zu einem kleinen Teil auch in Aktien. Ein Vorteil dabei seien beispielsweise die geringeren laufenden Verwaltungs- und Beratungskosten im Vergleich zu einer privaten Rentenversicherung, u. a. da keine Dividenden an Aktionär*innen und Verwaltungsrät*innen gezahlt würden. Als weiterer Vorteil wurde die Möglichkeit vorgestellt, auch ethische Gesichtspunkte bei der Anlagestrategie zu berücksichtigen, so auch die Auswirkungen auf das Klima. Sowohl die Expert*innen als auch die Ehrenamtler*innen des Verwaltungsrates erhielten die gleiche Entschädigungshöhe wie auch ehrenamtlich in der Kammer Aktive.

Erläuterung der Satzungsänderung

Bei der Gründung des PVW vor 20 Jahren seien Rahmenbedingungen unterstellt worden, u. a. eine stetige Kapitalmarktrendite. Diese hätten sich im Zeitablauf verändert, z. B. durch eine ausgedehnte Niedrigzinsphasen und die stetig gestiegene Lebenserwartung. Um auf Veränderungen der Parameter flexibel reagieren zu können, sei eine Satzungsänderung notwendig geworden. Lesen Sie dazu auch die Informationen des PVW.

Die Veranstaltung schloss mit einem angeregten Austausch von Referent*innen und Publikum.

Neue Ärztekammerpräsidentin in Bremen

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen verabschiedet sich von Dr. Johannes Grundmann als Ärztekammerpräsident und dankt ihm und dem alten Vorstand für die gute Zusammenarbeit.

Es wurden nun Christina Hillebrecht zur Präsidentin und Bettina Rakowitz zur Vizepräsidentin gewählt – beide schon lange im Vorstand aktiv. Neu als Beisitzer*innen dabei sind Dr. Maya Trapp, Sonja Pieper und Dr. Jan Helge

Kurschel. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer gratuliert dem neuen Vorstand und freut sich auf ein persönliches Treffen!

Aktionstag #Praxenkollaps am 6. Dezember 2023 der Vertragspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen in der KV Bremen

Die Psychotherapeutenkammer unterstützte den Aktionstag #Praxenkollaps am 6. Dezember 2023 der Vertragspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen in der KV Bremen. Mit Sorge werden politische Bestrebungen beobachtet, die Selbstverwaltung infrage zu stellen und ambulante Versorgung über staatlich geregelte Einrichtungen zu ersetzen.

Grußwort der Kammerpräsidentin

Präsidentin Amelie Thobaben sprach ein Grußwort. Sie stellte die kontinuierlichen, langfristigen Beziehungen zwischen den Patient*innen und den Behandelnden als besonderes Merkmal der persönlich geführten Praxen heraus. Gerade bei komplexen Störungsbil-

dern sei das Wissen um weitere Erkrankungen und Erkrankungen anderer Familienmitglieder entscheidend. Genau solche Fälle würden Kooperationen mit Kolleg*innen erfordern. Sie veranschaulichte, dass in mehreren Konstellationen von somatischen, psychischen und psychosozialen Herausforderungen, bei denen Kooperationen zwischen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen für eine gute Versorgung nötig sind. In der Regel brauche es mehr als nur einen Kurzkontakt mit einer unbekanntem Ärztin oder eine einmalige psychotherapeutischen Sprechstunde ohne Option auf eine Weiterbehandlung. Ohne Wissen um die komplexen Hintergründe entstünden unnötige, vermeidbare Kosten. Sowohl langfristige vertrauensvolle Beziehungen zu Patient*innen als auch aufgebaute Kooperationen zwischen verschiedenen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen seien wertvoll.

Forderung nach besseren Bedingungen in der ambulanten Versorgung

Amelie Thobaben forderte die Politik auf, die Bedeutung ambulanter, inhabergeführter Praxen für eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Medizin und Psychotherapie ernst zu nehmen und sich für den Erhalt unserer ambulanten Praxen angemessen einzusetzen.



Kammerpräsidentin Amelie Thobaben bei ihrem Grußwort beim Aktionstag #Praxenkollaps

Hoppenbank e. V.: Besuch der Straffälligenhilfe

Am 19. Dezember 2023 sind Frau Oldenburg und Herr Steinkamp vom Verein Hoppenbank der Einladung des Vorstands gefolgt, sich und das Projekt zum Integrationscoaching Arbeit und Gesundheit vorzustellen. Dieses läuft vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2025. Gefördert wird es durch die Senatorin für Arbeit, Jugend, Soziales und Integration aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds. Der Verein Hoppenbank e. V. ist ein gemeinnütziger Träger der Freien Straffälligenhilfe in Bremen.

Angebot des Hoppenbank e. V.

Durch individualisierte Hilfestellungen, Beratungen und Vernetzungstätigkeiten unterstützt dieses Projekt bei der beruflichen und sozialen Integration von Menschen mit straffälligem Hintergrund. Durch das Beratungsangebot innerhalb und außerhalb der JVA wird unter anderem der Übergang aus der Haft in das Alltags- und Erwerbsleben vorbereitet und begleitet. Die Zielgruppe umfasst männliche und weibliche Personen aus dem Straffälligenbereich, die eine persönliche Veränderung für sich erwirken wollen sowie eine Perspektive im straffreien Leben in Beschäftigung sehen. Die Teilnehmer*innen sind entweder aktuell noch inhaftiert, ehemalige Straffällige oder von einer Inhaftierung bedroht. Das Angebot ist freiwillig und für die Teilnehmenden kostenfrei. Oftmals tragen die Teilnehmenden verschiedene gesundheitliche Probleme mit sich, die eine ambulante psychotherapeutische Versorgung erschweren. Dabei erweist sich die Wiedereingliederung von Straffälligen mit psychischen Auffälligkeiten, u. a. Doppeldiagnosen (z. B. psychische Erkrankung und Suchtmittelabhängigkeit), als besonders herausfordernd.

Im Bereich der Entlassungsvorbereitung in der JVA besteht ein hoher Bedarf in der Betreuung, Begleitung und vorbereitenden Beratung bei dieser Klientel. Die psychische und physische Gesundheit ist grundlegend für eine persönliche Weiterentwicklung und

Stabilität im Alltag. Eine Suchtmittelabhängigkeit ist eine der häufigsten gesundheitlichen Einschränkungen. Deshalb ist es umso wichtiger, hier aktiv und präventiv zu wirken. Dabei werden stoffgebundene (legale und illegale) sowie nicht stoffgebundene Süchte (z. B. Spielsucht) bedacht.

Ferner hilft der Verein bei Behördenangelegenheiten, bietet Informationen zu Qualifizierungsmaßnahmen, hilft

eingliederung ins Erwerbsleben sowie Eigenverantwortung thematisieren. Ziele dieser Beratungen sind ein besseres Alltagsmanagement und eine psychosomatische Gesundheitsprävention.

Es wurde im Gespräch deutlich, wie groß der Bedarf an suchttherapeutischer und psychotherapeutischer Hilfe in diesem Bereich ist, und dass eine Kooperation zwischen niedergelassenen Psychotherapeut*innen und Such-



Das Team des Hoppenbank e. V.

bei Bewerbungen und bereitet auf Vorstellungsgespräche vor, gibt Hilfestellungen und stärkt die Bereitschaft zur Teilnahme an weiterführenden Angeboten, um eine Wiedereingliederung zu fördern und die Ängste vor den kommenden Aufgaben zu nehmen. Die Teilnehmer*innen werden auch persönlich zu Behörden, Ämtern, Ärzt*innen und anderen Institutionen begleitet, um die Motivation eines positiven Lebenswandels zu unterstützen.

Hilfestellung bei der Suche nach passenden Hilfsangeboten

Die Vernetzungsarbeit zu Arbeitgeber*innen und Bildungseinrichtungen sorgt dafür, entsprechende Hilfestellungen zu leisten, um für die Teilnehmer*innen eine geeignete Maßnahme zu finden. Dieses Projekt bietet auch Gruppen- und Einzelgespräche in der JVA Bremen an, welche unter anderem die Bereiche Sucht- und Gesundheitsfolgen, Wieder-

therapie mit dem Verein gesucht wird. Die Grenzen und Möglichkeiten, die uns die Psychotherapie-Richtlinie für die Behandlung von Suchtmittelabhängigen vorgibt, wurden erläutert. Eine Richtlinien-Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenkasse setzt Abstinenz bzw. eine zeitnah zu erreichende Abstinenz voraus. Ist diese (noch) nicht möglich, stehen den Betroffenen die Angebote der Suchthilfe zur Verfügung.

Auch Teilnehmende ohne Abhängigkeitsproblematik sind bei der Rückkehr ins Alltagsleben vor große Herausforderungen gestellt. Neben der originären sozialarbeiterisch-sozialtherapeutischen Unterstützung besteht häufig auch psychotherapeutischer Behandlungsbedarf.

Kontaktaufnahme zum Hoppenbank e. V.

Wenn Sie bereit sind, mit dieser Zielgruppe psychotherapeutisch zu arbei-

ten, freut sich der Verein über Kontaktaufnahme unter www.hoppenbank.info.

Gleichzeitig können Sie natürlich auch an den Verein Hoppenbank verweisen, sofern ein*e Patient*in in den oben genannten Bereichen zusätzliche Unterstützung benötigt. Voraussetzung ist lediglich das Vorliegen einer Straffälligkeit. Diese kann bereits Monate / Jahre zurückliegen und auch mit Bagatelldelikten zusammenhängen. Die Klient*innen selbst können dann das Vorliegen einer solchen Straftat bestätigen.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Eva John, Julia Spieker, Dr. Rosa Steimke, Amelie Thobaben.

Ansprechpersonen

Projektkoordination:

Frau Oldenburg: 0176/46641134 oder oldenburg@hoppenbank-ev.de

Allgemeine und Gesundheitliche Beratung:

Herr Steinkamp: 0152/08954727

Herr Jünger: 01421/69628561 oder 0157/58168486

Berufliche Beratung:

Frau Geiler: 0421/69628563 oder 0176/97728974

Frau Schleinitz: 0421/69644514

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr
Mi.: 13.00–15.00 Uhr



Liebe Kolleg*innen, liebe Kammermitglieder,



Dr. Thomas Bonnekamp, Dr. Claudia Gorba, Heike Peper, Kerstin Sude und Torsten Michels, frisch gewählt auf der konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung (v. l. n. r.)

die im Herbst 2023 gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung trafen sich am 10.01.2024 zur konstituierenden Sitzung. Ein wichtiger Punkt auf der Tagesordnung: die Wahl des neuen Vorstandes!

Heike Peper, Torsten Michels, Thomas Bonnekamp und Kerstin Sude kandidierten als bisherige Vorstandsmitglieder erneut und wurden wiedergewählt. Claudia Gorba komplettiert als neu gewähltes Mitglied den Kammervorstand und stellt sich Ihnen auf Seite 90 kurz vor.

Der Kammervorstand wird sich zu Beginn seiner Amtszeit in mehreren Klausurtagungen mit den in den kommenden Jahren anstehenden Aufgaben beschäftigen und sich ein konkretes Arbeitsprogramm geben.

Eine besonders relevante Aufgabe stellt die praktische Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung dar, nachdem diese Ende letzten Jahres verabschiedet wurde. Nun brauchen wir Weiterbildungsstätten, Weiterbildungsbefugte sowie Supervisor*innen, Selbsterfahrungsleiter*innen und Dozent*innen in der Weiterbildung. Erste Anträge zur Anerkennung sind bereits in der Geschäftsstelle eingegangen und werden aktuell geprüft.

Die größte Herausforderung bei der Umsetzung der neuen Weiterbildung bleibt die bislang unzureichende Finanzierung. Obwohl das Problem nun endlich da angekommen ist, wo es gelöst werden kann und muss: auf

politischer Ebene, beim Bundesgesundheitsministerium. Die Politik ist in der Verantwortung, eine auskömmliche Finanzierung sicherzustellen. Darauf werden und müssen wir weiter bestehen. Die langfristige Förderung und Sicherung des psychotherapeutischen Nachwuchses wird auch in den kommenden Jahren ein zentraler Fokus der Kammerarbeit sein.

Wohl wissend, dass die Kammer etliche weitere, vielfältige Aufgaben hat, stehen neben der Weiterbildung vor allem drei wichtige Themen auf unserer Agenda:

- die stete Weiterentwicklung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, wobei wir unser Augenmerk noch mehr auf den Ausbau von Präventionsangeboten sowie die Förderung der psychischen Gesundheit legen sollten,
- die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen mit all ihren technischen Anforderungen, aber auch fachlichen, ethischen und rechtlichen Fragestellungen sowie
- die wachsenden psychischen Belastungen durch gesellschaftliche Krisen wie die Klimakrise.

Bereits in der letzten Amtszeit stellte insbesondere die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen einen Schwerpunkt der Kammerarbeit dar. Doch trotz gestiegener Nachfrage fehlen die notwendigen konkreten Verbesserungen, wie auch die Ergebnisse unserer Follow-up-Befragung unter den Hamburger KJP-Kolleg*innen von November 2023 bestätigen (nähere Informationen zur KJP-Umfrage finden Sie auf S. 91). Auf Risikofaktoren, Zugangshürden und Versorgungslücken hinzuweisen und unsere konkreten Vorschläge in die gesundheitspolitische Diskussion einzubringen, sehen wir auch in Zukunft als unsere Aufgabe.

Mit viel Schwung durch die Rückendeckung der Delegiertenversammlung werden wir uns u. a. für diese Themen einsetzen und sind offen für Anregungen, Vorschläge und kritische Begleitung unserer Kammermitglieder.

Ihr Vorstand

Heike Peper, Präsidentin
Torsten Michels, Vizepräsident
Dr. Thomas Bonnekamp
Dr. Claudia Gorba
Kerstin Sude

Neue Delegiertenversammlung trifft sich zur konstituierenden Sitzung

Nach den Kammerwahlen im Herbst 2023 fand für die Delegierten der Psychotherapeutenkammer Hamburg am 10. Januar 2024 die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung (DV) statt.

Die amtierende Präsidentin Heike Peper begrüßte alle DV-Mitglieder, unter ihnen elf neue Kolleg*innen, die in der vorangegangenen Legislaturperiode noch nicht der DV angehörten. Als Gäste waren Mitglieder des Wahlausschusses, ehemalige Delegierte und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle anwesend. Nach einer kurzen persönlichen Vorstellung aller aktuellen DV-Mitglieder und der Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle bedankte sich Heike Peper im Namen des Vorstandes bei den anwesenden Mitgliedern des Wahlausschusses und den ehemaligen Delegierten für ihr Engagement in der letzten Legislaturperiode und überreichte ihnen ein Präsent.

Es folgte die Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung und der Beschlussfähigkeit sowie die Verabschiedung der Tagesordnung. Daraufhin übernahm Dr. Michael Schödlbauer die Aufgabe der Wahlleitung. Gemeinsam mit Geschäftsführerin Karen Walter informierte er über den Ablauf der anstehenden Wahlen für das Präsidium, die Vorstandsbeisitzer*innen sowie die Bundesdelegierten, die an diesem Abend ebenfalls gewählt werden sollten.

Peper und Michels standen als Präsidentin und Vizepräsident erneut zur Wahl

Für das Präsident*innenamt wurde die bisherige Amtsinhaberin Heike Peper als Kandidatin vorgeschlagen. Für das Amt des Vizepräsidenten kandidierte erneut Torsten Michels.

Beide Kandidat*innen stellten sich und ihre Ziele in einer Rede vor.

Heike Peper betonte u. a., wie viele Kolleg*innen sich in den vergangenen zehn Jahren in der Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung in diversen Gremien auf Bundes-

und Landesebene engagiert hatten, und dankte ausdrücklich für das Engagement der Hamburger Beteiligten, das nur durch viel investierte Zeit und Arbeit möglich war.

„Wir brauchen auch weiterhin viele Kolleg*innen, die mitmachen! Denn nun geht es an die praktische Umsetzung der Weiterbildungsreform“, beschrieb Heike Peper die Aufgabe, vor der die Kammer aktuell stehe. „Und wie immer, wenn etwas Neues an den Start geht, (...) gibt es noch viele offene Fragen. Wir werden Antworten und gangbare Wege finden“, versprach Peper und beschrieb die Weiterbildung als ein lernendes System. „Wir als Profession, als Kammer, sind auf Grundlage unserer Weiterbildungsordnung die Gestalter*innen dieses Lern- und Weiterentwicklungsprozesses.“

Auch Torsten Michels beschrieb in seiner Ansprache die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, auch wenn er zunächst die Veränderungen und Erfolge der Vergangenheit hervorhob. Michels knüpfte des Öfteren an die Worte seiner Vorrednerin an und die Zuhörer*innen konnten die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit spüren, die die bisherige Präsidentin

mit dem bisherigen Vizepräsidenten verbindet. Bereits seit 2015 übernehmen Peper und Michels gemeinsam die Aufgaben als Präsidium und so unterschiedlich die beiden Reden für ihre Kandidatur ausfielen, so sehr wurde die inhaltliche Verbundenheit deutlich.

Präsidentin und Vizepräsident wiedergewählt

Das Ergebnis beider Wahlgänge, für das Präsident*innen- und Vizepräsident*innenamt, war eindeutig. Die 28 Wahlberechtigten wählten mit deutlicher Mehrheit Heike Peper erneut zur Präsidentin der PTK Hamburg. Torsten Michels wurde ebenfalls mit deutlicher Mehrheit in seinem Amt als Vizepräsident bestätigt.

Wahl der drei Beisitzer*innen im Vorstand

Als Beisitzer*innen kandidierten erneut Dr. Thomas Bonnekamp sowie Kerstin Sude. Erstmals bewarb sich Dr. Claudia Gorba als Vorstandsmitglied. Die Kandidat*innen nutzen die Möglichkeit der Vorstellung und legten ihre Motivation und ihre Arbeitsschwerpunkte den Delegierten vor dem Wahlgang nochmals vor. Alle drei wurden ebenfalls mit



Heike Peper wurde mit großer Mehrheit als Kammerpräsidentin bestätigt. An ihrer Seite, im Amt des Vizepräsidenten, wurde ebenfalls mit hoher Zustimmung Torsten Michels wiedergewählt.

hoher Zustimmung in den Vorstand gewählt.

Dank an Gitta Tormin

Heike Peper bedankte sich bei der aus dem Kammervorstand ausgeschiedenen Kollegin, Gitta Tormin, würdigte deren engagierte Mitarbeit im Vorstand in der vergangenen Amtsperiode und überreichte als Dank Blumen und ein Präsent. Der ehrenamtliche Einsatz in den Kammergremien sei keinesfalls selbstverständlich, deshalb sprach sie auch den wiedergewählten und neuen Vorstandsmitgliedern ihren Dank für ihr Engagement aus. „Mit dem Amt ist ein hoher Einsatz verbunden. Ich freue mich, dass solch aktive Kolleg*innen angetreten sind, um Verantwortung in der Selbstverwaltung zu tragen.“



*In insgesamt vier Wahlgängen wurden das Präsidium, die Vorstandsbeisitzer*innen und die Bundesdelegierten am 10. Januar 2024 gewählt.*

Wahl der Bundesdelegierten

Die Wahl der Bundesdelegierten wurde als sogenannte Tandem-Wahl (jeweils Bundesdelegierte*r und Stellvertreter*in) durchgeführt. Für die sieben Hamburger Sitze im Deutschen Psychotherapeutentag wurden insgesamt sieben Tandems vorgeschlagen und gewählt. Die Ergebnisse waren auch hier deutlich und Wahlleiter Dr. Schödlbauer konnte verkünden, dass folgende Bundesdelegierte und deren Stellver-

tretung zukünftig die PTK Hamburg auf dem Deutschen Psychotherapeutentag vertreten werden:

1. Heike Peper / Maike Struve
2. Kerstin Sude / Ricarda Müller
3. Torsten Michels / Maike-Mara Köster
4. Dr. Thomas Bonnekamp / Dr. Judith Peth
5. Dr. Claudia Gorba / Dr. Eva Kleinemeier-Thundiyl
6. Sönke Meyer-Lohmann / Charlott O'Boyle

7. Prof. Dr. Michael Reininger / Dr. Susanne Sarkar

Nächste Sitzung am 28.02.2024

Nach drei intensiven Stunden und der Festlegung der vier nächsten Sitzungstermine der Delegiertenversammlung schloss Heike Peper die Sitzung und der Abend fand bei einem Umtrunk im Kreis der Delegierten und Gäste seinen Ausklang.

KM/JR

Neues Gesicht im Vorstand: Dr. Claudia Gorba

Mit deutlicher Mehrheit wurde Dr. Claudia Gorba auf der konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung in den Kammervorstand gewählt. Hier stellt sich das neue Gesicht im Vorstand vor:

Wo ich arbeite: Ich bin Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und als Instituts- und Ambulanzleitung des Ausbildungszentrums für Verhaltenstherapie Hamburg (DGVT) tätig. Außerdem bin ich angestellt in niedergelassener Praxis, nur wenige Schritte von der Laeiszhalle entfernt.

Dafür setze ich mich ein: Besonders wichtig ist mir die Sicherstellung einer hochwertigen Fachweiterbildung künf-

tiger Psychotherapeut*innen unter guten auskömmlichen Bedingungen. Nur so kann die Entwicklung komplexer psychotherapeutischer Kompetenzen und einer individuellen Therapeut*innenpersönlichkeit gewährleistet werden.

Darum engagiere ich mich berufspolitisch im Ehrenamt: In dieser von Unsicherheit und Krisen, aber auch von technologischem Fortschritt geprägten Zeit möchte ich an der Gestaltung der Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns mit dem Ziel einer guten Patient*innenversorgung mitwirken.

So bekomme ich Beruf, Familie und Berufspolitik unter einen Hut: Dank



Dr. Claudia Gorba (Foto: privat)

meines sehr unterstützenden Umfelds und großer Freude am Beruf!

KM

Follow-up-Umfrage zur Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Hamburg

Mit einer erneuten Umfrage hat die PTK ihre Mitglieder zur Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie befragt, um ein aktuelles Abbild der Versorgungslage in Hamburg zu erhalten. Die PTK wollte wissen, wie genau sich der Alltag der praktisch tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen nach der Corona-Pandemie verändert hat.

Im Frühjahr 2022 hatte die Kammer ihre approbierten Mitglieder erstmals zur [Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie](#) befragt. Die Follow-up-Umfrage bestätigt eine anhaltend hohe Nachfrage nach Psychotherapie in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten liegt mit 36 Prozent immer noch deutlich über dem Niveau der Zeit vor der Corona-Pandemie, wenngleich sie im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken

ist (in der initialen Studie lag die Erhöhung der Nachfrage bei 42,8 Prozent).

„Die hohe Nachfrage war leider kein vorübergehendes Phänomen, sondern scheint sich zu stabilisieren“, kommentiert Präsidentin Heike Peper die Ergebnisse der Erhebung.

Psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und Essstörungen nahmen unter den jungen Menschen zu und werden im Rahmen der Umfrage, wie bereits 2022, als häufigste veränderte Gründe für das Aufsuchen einer*eines Psychotherapeut*in bzw. einer psychotherapeutischen Einrichtung genannt.

„Neben einem gleichbleibend hohen Niveau der Patient*innennachfrage nehmen wir weiterhin besorgniserregend lange Wartezeiten wahr“, erläutert Heike Peper die Ergebnisse. Über die Hälfte

der befragten Kammermitglieder geben an, dass sich die Überbrückungszeiten bis zu einer Therapie bzw. bis zur Beratung verlängert haben. Im Jahr 2022 gaben dies über 60 Prozent der Befragten an, wobei zum Zeitpunkt der damaligen Umfrage ein Viertel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen dazu keine Aussage treffen konnte, weil sie keine Warteliste geführt haben. Aktuell gaben knapp 20 Prozent der Befragten an, ohne Warteliste zu arbeiten.

Die Ergebnisse der Studie sind in einem Fact-Sheet zusammengefasst, das auf der [Internetseite der PTK Hamburg](#) veröffentlicht ist.

U. a. das Ärzteblatt hat am 19.12.2023 über die Umfrageergebnisse berichtet: [„Hamburg: Psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche weiterhin stark nachgefragt“](#).

KM/TT

Ankündigungen zu Bekanntmachungen

Die [neue Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeut*innen \(WBO PT\)](#) wurde von der Aufsichtsbehörde genehmigt und ist seit dem 20. Dezember 2023 in Kraft getreten (die [Bekanntmachung der WBO PT](#) sowie die [dazugehörigen Formulare](#) finden Sie auf der [Internetseite der PTK Hamburg](#)).

Neben der neuen Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeut*innen sind bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe

noch folgende Ordnungen und Satzungen verabschiedet, in Kraft getreten und online auf der Kammer-Website bekannt gemacht worden.

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses befinden sich die Änderungssatzungen der folgenden Ordnungen noch im Genehmigungsprozess:

- [Ethiksatzung \(ab 02.12.2023\)](#)
- [Gebührenordnung \(ab 20.12.2023\)](#)

- [Entschädigungsordnung für ehrenamtliche Richterinnen und Richter der Berufsgeschichtsbearbeitung für Heilberufe \(ab 03.01.2024\)](#)
- [Berufsordnung](#)
- [Fortbildungsordnung](#)

Den aktuellen Stand können Sie jederzeit online unter www.ptk-hamburg.de/aktuelles/amtliche-bekanntmachungen nachlesen.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Kirsten Maaß, Torsten Michels, Heike Peper, Julia Rübiger, Dr. Tanja Tischler, Karen Walter.

Geschäftsstelle

Weidestraße 122c
22083 Hamburg
Tel.: 040/226 226 060
Fax: 040/226 226 089
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

das krisengeplagte vergangene Jahr und die Auswirkungen beschäftigen uns auch 2024. Nach den Demonstrationen, die alleine in Hessen Zehntausende auf die Straße gebracht haben, ist es mir ein Anliegen, den bedrohlichen Rechtsruck in unserer Gesellschaft anzusprechen. Ausgrenzung, Diskriminierung und Gewalt sind eine Gefahr für unseren Frieden und die psychische wie physische Unversehrtheit des Individuums. In diesen Zeiten ist es wichtiger denn je, sich für unsere Demokratie klar auszusprechen.

Für die Zukunft unseres Berufsstandes haben wir im vergangenen Jahr bedeutende Schritte erreicht. Die Richtlinien und Gegenstandskataloge zur Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen wurden verabschiedet und damit der Weg zur Realisierung der neuen Weiterbildung geebnet. Auch in diesem Jahr liegt unser Hauptaugenmerk auf der praktischen Umsetzung der Weiterbildungsreform. Die ersten Anträge zur Anerkennung als Weiterbildungsstätte sind bei der Kammer eingegangen und werden nun mit Sorgfalt bear-

beitet. Der Übergang zur neuen Struktur wirft eine Vielzahl praxisrelevanter Fragen auf, die wir unter anderem in einer Reihe von digitalen Informationsveranstaltungen beantworten wollen.

Wir sind uns bewusst, dass trotz dieser Errungenschaften die Herausforderungen der fehlenden Finanzierung der Weiterbildung bleiben. Nun liegt das Thema beim Bundesgesundheitsministerium. Dort soll eine Lösung für die unzureichende Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung gefunden werden, wie der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages am 13. Dezember 2023 mit dem höchstmöglichen Votum entschieden hat. Gemeinsam mit Bundes- und Landeskammern bleibt unser Appell deutlich: „Das Bundesgesundheitsministerium darf sich nicht länger wegducken und muss endlich handeln.“ Unser gemeinsames Engagement zielt darauf ab, die Frage nach der Finanzierung endlich voranzubringen und klare Perspektiven für alle Weiterbildungsbeteiligten zu schaffen.

Ganz besonders freue ich mich über die Erfolge unserer politischen Arbeit in Hessen. Diese haben sich auf den Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung ausgewirkt, in dem die Überarbeitung der lange überfälligen Bedarfsplanung festgeschrieben wurde: CDU und SPD wollen sich in der kommenden Legislaturperiode dafür einsetzen, dass der G-BA die Bedarfsplanung dem tatsächlichen Bedarf anpasst. In diesem Zusammenhang streben wir eine enge Zusammenarbeit mit der neuen hessischen

Gesundheitsministerin, Diana Stolz, an. Denn die langen Wartezeiten, von durchschnittlich fünf Monaten, schaffen weiterhin immense Probleme für viele psychisch erkrankte Menschen – Hilfe und Unterstützung müssen unmittelbar verfügbar sein. Und im Hinblick auf die zahlreichen Krisen unserer Zeit wird sich der psychotherapeutische Bedarf in Zukunft noch steigern.

Ein besonderes Augenmerk legen wir auch auf die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Auch dieses Thema hat mithilfe des Kammereinsatzes Einzug in den Koalitionsvertrag gehalten. Angesichts der Herausforderungen nach der Corona-Pandemie oder mit Blick auf die Klimakrise setzen wir verstärkt auf die Förderung mentaler Gesundheit und Resilienz bei dieser vulnerablen Gruppe. In dieser Hinsicht pflegen wir einen engen Austausch mit der Schulpsychologie im Kultusministerium und der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE), um effektive und nachhaltige Maßnahmen zu etablieren. Unsere erfolgreiche Fortbildungsreihe für Lehrer*innen wird genau zu diesem Zweck 2024 fortgesetzt. Darin erhalten Lehrkräfte Informationen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und sollen für die entsprechenden Symptome sensibilisiert werden.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Anwendungsorientierte Parcoursprüfung zur Approbation als Psychotherapeut*in – ein erster Erfahrungsbericht aus Hessen



(Foto: Adobe Stock)

Der neue Studiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie hat eine weitere Stufe genommen: In Hessen erfolgte im Herbst 2023 der erste Durchlauf der anwendungsorientierten Parcoursprüfung. Diese Prüfung ist neben der mündlich-praktischen Fallprüfung der zweite Teil der neuen psychotherapeutischen Approbationsprüfung am Ende des neuen Masterstudiums. Mit dem neuen Format einer Parcoursprüfung soll unter realitätsnahen Bedingungen psychotherapeutische Handlungskompetenz erfasst und bewertet werden. Dazu durchlaufen die Absolvent*innen fünf Stationen mit den thematischen Schwerpunkten Patientensicherheit, therapeutische Beziehungsgestaltung, Diagnostik, Patienteninformation und -aufklärung und leitlinienorientierte Behandlungsempfehlungen. Die Prüfungskandidat*innen sollen ihr im Studium erlerntes Handlungswissen in jeweils 20 Minuten an jeder Station zeigen, indem sie mit den speziell für das vorgegebene Prüfungsskript geschulten Schauspielern interagieren.

An allen vier hessischen Uni-Standorten wurden nun die ersten Erfahrungen mit diesem neuen Prüfungsformat ge-

sammelt, wobei die Prüfungskohorte deutlich unter den geplanten Studienjahrgangsgrößen lag. Gründe für die reduzierten Prüfungsgruppen waren, dass sich die Studiengänge an den Standorten noch im Aufbau befinden und die Absolvent*innen noch bis 2025 die Möglichkeit haben, auf die Approbationsprüfung zu verzichten und sich für die „alte“ Ausbildung zu entscheiden.

20 Prüfer*innen, 10 Schauspielern

Die Planung für die anwendungsorientierte Parcoursprüfung begann bereits Ende 2022 und war zunächst von vielen gemeinsamen Abstimmungsrunden zwischen den Universitäten und dem Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege gekennzeichnet. Diese Abstimmungsrunden waren erforderlich, weil sich viele Unklarheiten in der Auslegung der Approbationsordnung zeigten. Nachdem die Rahmenbedingungen festgelegt waren, ergab sich ein sehr hoher Organisationsaufwand an den einzelnen Universitäten für die Rekrutierung von 20 Prüfer*innen und zehn Schauspielern, die speziell geschult werden mussten. Für jede Station musste eine in Geschlecht und

Alter zur Fallvignette passende Schauspielern zur Verfügung stehen sowie zusätzlich eine jeweilige Stellvertretung. Erschwerend kam hinzu, dass die Schauspielern, nicht die gesamte Prüfung an einer Station eingesetzt werden können, insbesondere bei emotional fordernden Stationen, wie z.B. derjenigen zum Umgang mit der Patientensicherheit bei Selbstgefährdung. Neben der Schauspielern an jeder Station nehmen jeweils zwei Prüfer*innen teil, die gemeinsam mit ihren stellvertretenden Prüfer*innen vor Durchführung der Prüfung geschult werden mussten.

Weiter erhebt das Prüfungsformat die räumliche Anforderung, dass fünf räumlich aneinander angrenzende getrennte Räume plus abgeschotteter Wartebereiche verfügbar sein müssen. Hier zeigte sich, dass für die Durchführung der Prüfungen pro Station zusätzlich eine Hilfskraft vor Ort sein muss, die nach Ende der Prüfungszeit die Prüfungskandidat*innen an die nächste Station begleitet.

Unter Volllast nicht realisierbar

Für die Prüfungsteilnehmer*innen bedeutete diese Prüfung, dass sie an fünf verschiedenen Stationen mit jeweils anderen Schauspielern und zwei Prüfer*innen konfrontiert waren. Eine vor dem Hintergrund des Prüfungsstresses durchaus emotional belastende Situation. Die praktischen Erfahrungen in der Umsetzung offenbarten aber auch enorme administrative, logistische und strukturelle Herausforderungen für die Organisator*innen, die bei Volllast mit circa zehnmal stärkeren Prüfungskohorten nicht realisierbar erscheinen. Die vier hessischen Universitäten gehen davon aus, dass Prüfungen für max. 15 bis 20 Prüfungsteilnehmer*innen pro Prüfungszeitraum an den jeweiligen Standorten umsetzbar sind. Dies entspricht an den Standorten Gießen, Marburg und Frankfurt etwas weniger als der Hälfte der gemäß Kohortengröße



(Foto: Adobe Stock)

zu erwartenden Zahl der Prüflinge pro Prüfungszeitraum. Der große Bedarf an Prüfer*innen und Schauspielpersonen verursacht entsprechend hohe finanziellen Kosten, da die Aufwendungen der Prüfer*innen und Schauspielpersonen entschädigt werden müssen.

Neben diesen formalen Aspekten müssen auch inhaltliche Fragen und Fragen der Reliabilität, Validität und Justiziabilität betrachtet werden. Die Schulung der Prüfer*innen war im ersten Durchgang unspezifisch, das heißt es erfolgte keine Schulung spezifisch für die Station, bei der der*die Prüfer*in auch tatsächlich eingesetzt war. Es standen weder Goldstandards für die Beurteilung einer Station zur Verfügung noch wurde überhaupt die Interrater-Reliabilität betrachtet. Hier waren vor Ort in Schwierigkeit

und Bewertung durchaus Diskrepanzen zwischen den einzelnen Stationen bzw. Prüfer*innen zu beobachten. Zudem zeigte sich, dass trotz sehr guten Trainings und überzeugender Schauspielleistung sich die Schwierigkeit der Aufgabe je nach Schauspielpatient*in doch deutlich unterschied. Weiter wirkten nach Rückmeldungen von Prüfer*innen die verwendeten Fallvignetten zum Teil „künstlich konstruiert“ und inhaltlich überfrachtet, sodass sie als eher praxisfern anzusehen sind. Dies wiederum widerspricht dem eigentlichen Ziel einer anwendungsorientierten Kompetenzprüfung.

Die Befragungen von Prüfer*innen und Absolvent*innen bescheinigten dem neuen Prüfungsformat aber auch durchaus etwas Positives: Es seien lebendige

Prüfungen gewesen, in denen es mehr Praxisbezug gegeben hätte als in Multiple-Choice Prüfungen.

Nach der Prüfung ist vor der Prüfung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das neue Prüfungsformat durchaus einen gewissen Charme durch die Rollenspiele mit Schauspielpersonen haben. Dennoch ist ein Prüfungsformat für eine Staatsprüfung zu hinterfragen, wenn der administrative, logistische wie auch finanzielle Aufwand sehr hoch ist und gleichzeitig die Prüfungsqualität hinsichtlich Objektivität, Reliabilität und Validität nicht sicher gewährleistet ist. Letzteres wirft auch die Frage der Rechtsfestigkeit dieses Formats auf, was erfolgreiches Klagen im Falle eines Nichtbestehens nach sich ziehen könnte. Deswegen gibt es nun zu Recht Bestrebungen, das Format der anwendungsorientierten Prüfung weiterzuentwickeln. Denn nach der Prüfung ist vor der Prüfung!



Prof. Dr. Rudolf Stark
Mitglied des Vorstands

PTK Hessen legt Berufung ein: Probatorische Sitzungen keine „Angelegenheiten des täglichen Lebens“

Mit dem Urteil vom 16. November 2022 hat das Berufungsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Gießen über einen Fall entschieden, in dem ein Mitglied auf Wunsch der Kindesmutter fünf probatorische Sitzungen bei einem neunjährigen Kind durchgeführt hat. Das geschah gegen den Willen des getrennt lebenden, gemeinsam sorge-

berechtigten Vater, der dem nicht zugestimmt hatte (21 K 2830/20.GI.B).

Das Gericht stellte fest, dass die Probatorik nicht als Behandlung im Sinne der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen anzusehen sei. Diagnostische Maßnahmen, zu denen die probatorischen Sitzungen gehören,

seien nach Ansicht des Gerichts nicht als zustimmungspflichtige Behandlung einzustufen. Ein Verstoß gegen die Berufsordnung wegen der fehlenden Zustimmung des Kindsvaters scheidet bereits aus diesem Grund aus. Das Gericht stellte außerdem fest, dass kein Verstoß gegen das Patientenrechtsgesetz vorliegt, einschließlich des



(Foto: Adobe Stock)

Einwilligungserfordernisses in medizinische Behandlungen gemäß § 630d BGB, was potenziell eine Berufspflichtverletzung begründen könnte. Bei der

Probatorik handele es sich um eine Angelegenheit des täglichen Lebens, die ohne Zustimmung des jeweils anderen Elternteiles veranlasst werden könne

(§ 1687 BGB). Die durchgeführten Sitzungen könnten keinen erheblichen Einfluss auf das Leben des Kindes haben. Ob Entscheidungen des Sorgeberechtigten zur Durchführung probatorischer Sitzungen häufig im Sinne der Norm vorkommen, sei hingegen unerheblich.

Die Psychotherapeutenkammer hat gegen das Urteil Berufung beim Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel eingelegt. Eine Entscheidung steht jedoch bis heute aus. Dabei könnte der Fall auch über die Grenzen Hessens hinaus Bedeutung bekommen, da die Muster-Berufsordnung sowie die meisten Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern den Behandlungsbegriff in gleicher Weise verwenden. Die Einschätzung der Probatorik als „Angelegenheit des täglichen Lebens“ dürfte hierbei ihrer Bedeutung in der Therapie nicht gerecht werden.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleg*innen:

Dr. phil. Gudrun Baas, Bad Camberg
Wilma Klumpp-Krautwig, Bensheim
Herbert Seitz-Stroh, Frankfurt a. M.

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Laura Speinger

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
presse@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de



Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Neues Interview: Sozialmedizin als psychotherapeutisches Handlungsfeld

In unserer Interviewreihe finden Sie einen neuen Beitrag. Mit dem im Jahr 2020 in Kraft getretenen Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen – MDK-Reformgesetz – wurde die bis dahin Ärzt*innen vorbehaltene sozialmedizinische Begutachtung für weitere Heilberufe geöffnet. Viele Landeskammern haben seitdem den Bereich Sozialmedizin in ihre Weiterbildungsordnungen aufgenommen, um ihren Mitgliedern diesen Titel zu ermöglichen. Gleichwohl tauchen immer wieder grundlegende Fragen auf, was Sozialmedizin denn eigentlich sei und warum Psychotherapeut*innen sich damit befassen sollten.

Daniel Nowik, Referent der PKN, hat mit Prof. Dr. Beate Muschalla über die neue Bereichsweiterbildung Sozialmedizin gesprochen.

Frau Muschalla, womit befasst sich „Sozialmedizin“ eigentlich alles?

Die Sozialmedizin ist ein interdisziplinäres Grundlagenfach der Humanmedizin. Gegenstand sind die Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Mensch/Patient*in und Gesellschaft, aber auch den Organisationsstrukturen des medizinischen Versorgungssystems.

Sozialmedizin ist nicht etwas, was „ein“ „Arzt“ ausübt, sondern es sind oftmals

verschiedene Heilkundler*innen und Co-Therapeut*innen beteiligt. Patientenbezogen sind typische sozialmedizinische Ziele die Vermeidung oder Bewältigung chronischer Erkrankungen und Teilhabestörungen. Dazu gehören einerseits Diagnostik und Behandlungen, die die Langzeitperspektive der Erkrankung berücksichtigen, aber auch Kontextaspekte, wie die sozialrechtliche Absicherung, beispielsweise bei Menschen mit krankheitsbedingter Leistungsunfähigkeit für den Arbeitsmarkt. Im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen kann es um Fragen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gehen, Berufsförderung oder soziale Teilhabe wie selbständige Wohnfähigkeit oder spezielle Hilfebedarfe.

Ich habe früher Sozialmedizin in der Medizinerbildung unterrichtet, dort gab es während des Studiums in sehr wenigen Fällen Interesse an diesem Bereich. Gleichwohl haben mir später langjährig tätige Ärzt*innen immer wieder berichtet, wie wertvoll sozialmedizinische Grundkenntnisse sind, und dass sie sich im Nachhinein ärgern, das nicht früher beachtet zu haben. Wie erleben Sie das bei Psychotherapeut*innen?

Eigentlich wird sozialmedizinisches Denken überall gebraucht: Ob etwa ein*e Patient*in mit Herzinsuffizienz aus der Kardiologie in die Häuslichkeit

entlassen werden kann, hängt auch davon ab, ob er in der 5. Etage ohne Aufzug wohnt oder im Erdgeschoss.

Sozialmedizinisches Denken, also Versorgungskoordination und Langzeitperspektive, sollte in der Ausbildung von Beginn an als eine Selbstverständlichkeit vermittelt werden. In dem neuen Psychologiestudiums-Curriculum findet man Ansätze in den Modulen „Prävention und Rehabilitation“.

Unsere Absolvent*innen berichten regelmäßig, dass sie z. B. ihr Wissen um chronische Erkrankungen, Arbeitsängste oder einen Fähigkeitsbefund bei ihren ersten praktischen Einsätzen als sinnvolles Handwerkszeug gebrauchen können.

Die Langzeitbehandlung erfordert ein anderes Verständnis und anderen Behandlungsfokus als nur „akute Symptome beseitigen“. Dieses Verständnis für Langzeiterkrankungen und die Beachtung der Kontextfaktoren und Krankheitsfolgen kommen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung inzwischen in die Gänge. Auch in Leitlinien findet man mittlerweile schon etwas zu Krankheitsfolgeproblematiken, z. B. zu Arbeitsunfähigkeit.

Das gesamte Interview lesen Sie auf unserer Website:

→ www.pknds.de/aktuelles/interviews/sozialmedizin/

Psychotherapie trifft Politik: Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit

Die Staatssekretärin des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und

Gleichstellung, Landtagsabgeordnete und Psychotherapeut*innen diskutier-

ten am 24. Januar 2024 auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Nieder-



Diskussionsrunde (Foto: Daniel Nowik)

sachsen die Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit.

In Ihrem Grußwort stellte Staatssekretärin Dr. Christine Arbogast die vielfältigen Gefahren der Klimakrise für die Gesundheit dar. Roman Rudyk, Präsident der PKN, benannte die Bereiche, in denen psychotherapeutische Kompetenz gefragt ist. Es sind wesentlich die Akutversorgung nach Katastrophen, die Erforschung und Behandlung der durch die Klimakrise nachweislich zunehmenden psychischen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche und schließlich die Erforschung und Benennung der psychischen Mechanismen, mit denen wir Menschen auf die Klimakrise reagieren. Lea Dohm, Mitarbeiterin von KLUG und Mitbegrün-

derin von Psychotherapists for Future, richtet den Appell ans Plenum, dass wir allen voran vermitteln sollten, was wir mit entschlossenem Handeln gewinnen können. So könne diese oft von Verbots- und Verlustdenken geprägte Diskussion einen versöhnlicheren und effektiveren Verlauf nehmen.

„Wir leben in einer Welt voller Krisen und müssen bereits die nächste Krise bewältigen, bevor die letzte verarbeitet wurde“, konstatiert Claudia Schüssler (SPD) und verweist damit auf die Fülle der Aufgaben, die von uns und den kommenden Generationen zu bewältigen ist.

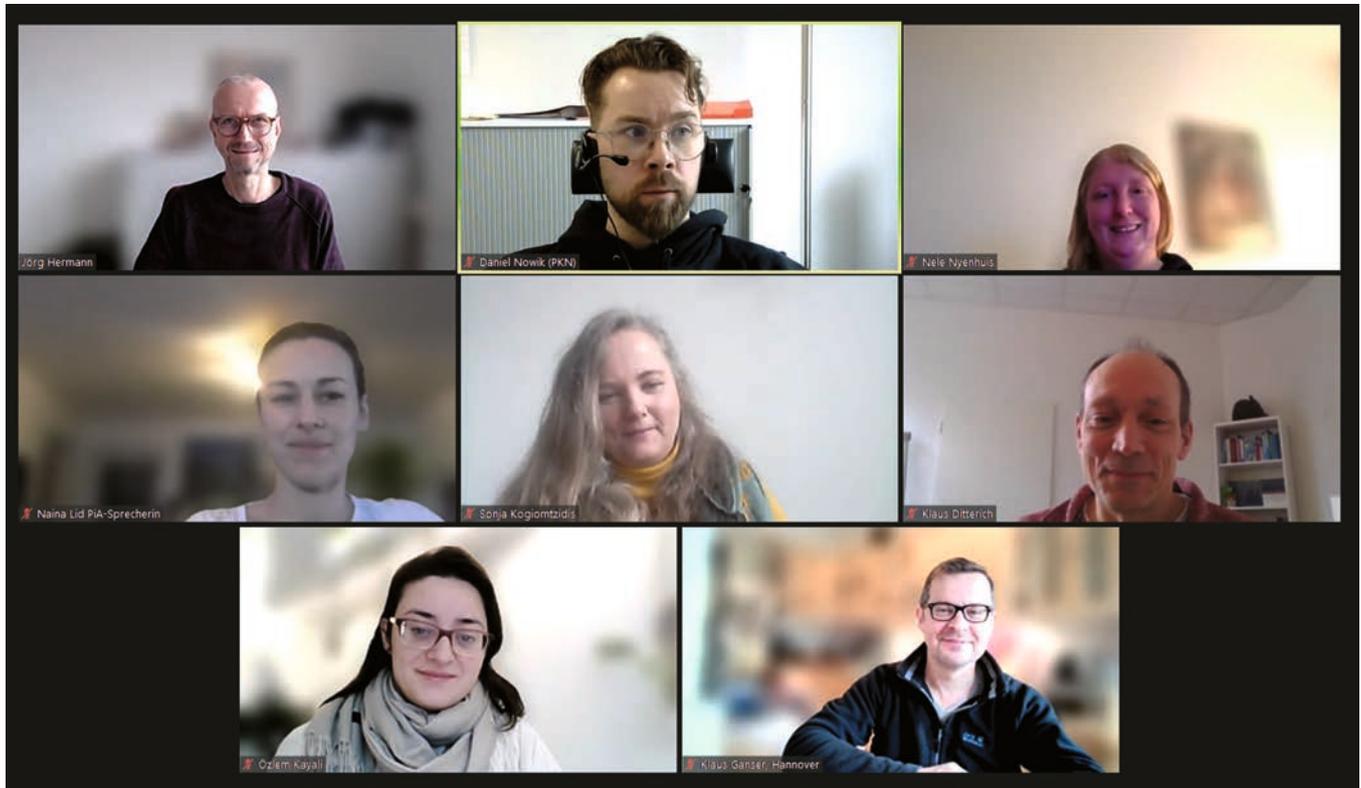
Volker Meyer (CDU) berichtet von den komplexen politischen Prozessen, die bei der Bewältigung der Klimakrise not-

wendig sind. Ebenso kann er aber auch Erfolge aufzählen, wie z. B. die Berücksichtigung von Klimaaspekten bei Krankenhausbaumaßnahmen.

Nicolas Breer (Grüne) hob die Bedeutung der PKN, in der er selbst als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Mitglied ist, als Akteur in dem Feld Mental Health und Klimakrise hervor.

Das Gespräch wurde von Thomas Altgeld (LVG & AFS) moderiert.

Die PKN plant diese Form des Fachgesprächs zwischen Politik und Psychotherapeut*innen, das so zum zweiten Mal stattfand, einmal jährlich zu aktuellen Themen fortzusetzen.



Die Mitglieder der Kommission Klima

Konstituierende Sitzung der Kommission Klima

Die Kammerversammlung hat am 4. November 2023 mit deutlichem Votum beschlossen, dass die bisherige „Arbeitsgruppe Klima“ als Kommission weiterarbeiten soll. Dem Aufruf zur Mitarbeit wurde rasch gefolgt und so

konnte am 7. Februar 2024 die konstituierende Sitzung abgehalten werden.

Klaus Ganser wurde zum Sprecher der Kommission gewählt, Özlem Kayali zu seiner Stellvertreterin. Die erste Aufga-

be der Kommission wird die Mitarbeit am BPtK Curriculum „Klimakrise und psychische Gesundheit“ sein.

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2024

Die Delegierten der Kammerversammlung haben auf der Sitzung am 04.11.2023 den Haushaltsplan für das Jahr 2024 in Höhe von 2,63 Millionen Euro genehmigt.

Der Haushaltsplan steht ausschließlich den Mitgliedern der PKN zu Verfügung. Wenn Sie den Haushaltsplan einsehen möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an info@pknds.de mit dem Betreff „Haushaltsplan“. Sie erhalten dann eine verschlüsselte Datei sowie in einer zweiten E-Mail das entsprechende Passwort zugesendet.

Hannover, den 09.02.2024
Roman Rudyk
Präsident

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30

Fax: 0511/850304-44
info@pknds.de
www.pknds.de

Großer Ratschlag „Klimaschutz“ am 15. November 2023

Am 15. November 2023 fand in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen der große Ratschlag „Klimaschutz“ statt. Die Veranstaltung war von der Kommission Klimaschutz der Kammer federführend entworfen und vorbereitet worden und wurde von den Kommissionsmitgliedern moderiert. Rund 50 Kammerversammlungsmitglieder nahmen in Präsenz oder online an der Veranstaltung teil. Sie nutzten im Rahmen von drei Fachvorträgen mit anschließender Diskussion ausgiebig die Gelegenheit, sich mit der Bandbreite der Fragestellungen auseinanderzusetzen, die sich bei diesem Thema für die Profession ergeben.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, erklärte in seiner Begrüßung, dass sich der Berufsstand mit den spürbaren Unsicherheiten der Bevölkerung angesichts der Klimaproblematik befassen müsse. Wichtig sei ein verantwortlicher Blick in die Zukunft. Er betrachte es als Aufgabe von Kammer und Profession, sich in die öffentliche Diskussion hierzu einzubringen und sich zu positionieren. Der große Ratschlag bilde einen Ausgangspunkt, um für die nächsten Jahre eine gemeinsame Arbeitslinie zum Klimaschutz zu entwickeln. Die gute Resonanz auf die Einladung spiegele das Interesse an der Thematik.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und im Vorstand mit dem Arbeitsthema Klimaschutz betraut, betonte, dass die Kammer die damit verbundenen Aufgaben sehr ernst nehme. Der Vorstand sei hierzu mit Blick auf die landes- und bundesweite Gesundheitspolitik und auf den beruflichen Kontext



V. l. n. r.: Carla Cuvelier, Gerd Höhner, Andreas Pichler

der Kammermitglieder aktiv geworden. Mit dem großen Ratschlag wolle man in der Kammerversammlung das Wissen zu Hintergründen und Fakten beim Thema Klimaschutz als Gesundheitsschutz vertiefen. Ziel sei, eine Grundlage für anstehende Entscheidungen und Projekte zu schaffen. Den Mitgliedern der Kommission Klimaschutz dankte Andreas Pichler für ihr weitreichendes Engagement bei der Konzeption und der Durchführung der Veranstaltung.

Carla Cuvelier, Sprecherin der Kommission Klimaschutz, erläuterte einleitend, dass die Gesamtheit der sozialökologischen Krisen die psychische Gesundheit massiv gefährde. Verbunden mit der Klimakrise würden viele Menschen Gefühle wie Trauer, Schuld, Scham, Angst oder Wut erleben. Als Heilberuf müsse man sich mit der Abgrenzung angemessener gesunder Emotionen gegenüber unangemessenen pathologischen Symptomen beschäftigen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seien von den beschriebenen Gefühlen gegebenenfalls selbst

betroffen. Dies fordere sie in ihrem beruflichen Handeln in besonderer Weise heraus, so Carla Cuvelier. In der Muster-Berufsordnung sei als Berufspflicht für die Profession verankert, sich an der Erhaltung und Förderung der ökologischen und soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen zu beteiligen. Auf dieser Grundlage müsse man sich damit befassen, wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Kontext der Klimathemen auf Faktoren aufmerksam machen können, die seelische Erkrankungen begünstigen, hielt die Kommissionssprecherin fest. Klimaschutz und damit Gesundheitsschutz voranzubringen sei ein drängendes Anliegen. Der gemeinsame Austausch hierzu erweise sich als zentral, um zeitnah Fortschritte zu erzielen.

Fachvorträge zu Hintergründen und Handlungsfeldern

Prof. Dr. Julia Asbrand von der Friedrich-Schiller-Universität Jena beleuch-

tete in ihrem Vortrag, zu dem sie sich online einwählte, insbesondere psychische Belastungen durch den Klimawandel bei Kindern und Jugendlichen. Des Weiteren gab sie Impulse, wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich in der Versorgung und gesamtgesellschaftlich mit Klimathemen befassen können. Delaram Habibi-Kohlen, als Psychologische Psychotherapeutin niedergelassen in Bergisch Gladbach, ging in ihrem Vortrag der Frage nach, warum trotz längst bekannter Fakten und angesichts realer Krisen immer noch nicht adäquat darauf reagiert werde. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könnten dazu beitragen, den notwendigen Wertewandel einzuleiten und zum Beispiel in Weiterbildungssys-

teme hineinwirken, regte sie an. Kathrin Macha, Vorstandsbeauftragte für Klimapsychologie der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, blickte auf den mit der Klimakrise einhergehenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf und die Rolle der Profession in diesem Themenfeld. In ihrer Übersicht zeigte sie zentrale Arbeitsbereiche und konkrete Handlungsempfehlungen auf, etwa die Weiterentwicklung des klassischen psychotherapeutischen Behandlungssettings durch präventive Angebote oder die Anpassung von Forschung und Lehre.

In den Diskussionen jeweils im Anschluss an die Vorträge fanden Fragen, Anregungen und auch kritische Stim-

men ihren Raum. Festgehalten wurde, dass der Berufsstand weiterführend erörtern müsse, wie das Thema Klimaschutz auf der Agenda verbleibe und fortlaufend reflektiert werden könne. Andreas Pichler versicherte in seinem Schlusswort, dass der Kammervorstand sich dafür einsetzen werde, den Diskurs fortzuführen und die Aufgaben der Kammer im Themenspektrum Klimaschutz als Gesundheitsschutz weiter zu schärfen. Er dankte den Kammerversammlungsmitgliedern für das Interesse und die rege Beteiligung am großen Ratschlag, der Geschäftsstelle für die Veranstaltungsorganisation und der Kommission Klimaschutz für die inspirierende inhaltliche Begleitung durch den Nachmittag.

Sitzung der Kammerversammlung am 1. Dezember 2023

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen trat am 1. Dezember 2023 in Münster zu ihrer 10. Sitzung in dieser Wahlperiode zusammen. Mitglieder aus dem Vorstand informierten ergänzend zum schriftlichen Bericht mündlich insbesondere über aktuelle gesundheitspolitische Aktivitäten der Kammer, zu Fragen der Prävention, zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und zum Sachstand bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, eröffnete die Sitzung. Er hieß die Kammerversammlungsmitglieder und als Gäste die Sprecherin und die Sprecher der PiA-Vertretung NRW (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung) herzlich willkommen.

Bericht des Vorstands

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, blickte im mündlichen Vorstandsbericht auf den 43. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im November 2023 zurück.



Gerd Höhner



Andreas Pichler



Barbara Lubisch



Bernhard Moors

Gerd Höhner informierte über aktuelle Beiträge der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zur Gesundheitspolitik auf Landesebene. Als wichtige Aufgabe bezeichnete er die Mitarbeit an der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans NRW. Die ambulante

psychotherapeutische Versorgung sei im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) mittlerweile verstärkt im Fokus, so Gerd Höhner weiter. Ebenso werde erkannt, dass es künftig zusätzlich auch noch ande-

re Angebots- und Kooperationsformen brauche. Die Kammer sei mit ihren Ansprechpersonen im Ministerium zu diesen Themen in gutem Kontakt. Die regelmäßigen Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern der Landtagsfraktionen werde man 2024 fortsetzen, fügte der Präsident hinzu. Ein zentrales Anliegen sei dabei, die Fragen der psychischen Gesundheit als Denk- und Planungsgröße auf der Agenda der Landespolitik zu installieren und fortzuführen.

Vorstandsmitglied Bernhard Moors stellte die Förderung präventiver Maßnahmen zur psychischen Gesundheit durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als ein zentrales Arbeitsthema für die kommenden Jahre dar. Die in Nordrhein-Westfalen umgesetzten Gruppenangebote für durch Corona psychisch belastete Kinder und Jugendliche gelte es auszubauen und zu verstetigen. Der Präventionsansatz müsse zudem auf andere Bevölkerungsgruppen ausgedehnt werden. Des Weiteren beschrieb er Positionen des Kammervorstandes zu aktuellen Bundesgesetzgebungsverfahren bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die Politik wolle die Verbreitung der elektronischen Patientenakte (ePA) voranbringen. Behandelnden müsse aber freigestellt sein, sich aus persönlichen bzw. therapeutischen Gründen gegen eine Datenübertragung in die Akte zu entscheiden. Bernhard Moors erläuterte ferner die Kritikpunkte der Profession im Hinblick auf die angestrebte stärkere Verankerung Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Versorgung. Eine klare Absage erteile der Berufsstand dem Vorhaben des Gesetzgebers, unbegrenzt Videotherapien zu ermöglichen. Ebenso fordere man einen Passus zu streichen, nach dem Krankenkassen Versicherte aufgrund deren Gesundheitsdaten beraten können. Dies sei rechtlich und fachlich höchst fragwürdig, sagte Bernhard Moors.

Barbara Lubisch aus dem Kammervorstand informierte zum Sachstand der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psycho-

therapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Die von der Kammer Anfang 2023 gebildete Taskforce diskutiere u. a. zu möglichen Umsetzungsspielräumen, Qualitätsanforderungen sowie juristischen Aspekten. Des Weiteren unterstütze sie die Geschäftsstelle bei der Bearbeitung von Anträgen auf Zulassung als Weiterbildungsstätte oder Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis. Die Kammer habe bereits viele gut nachgefragte Informationsveranstaltungen zu der neuen Weiterbildung durchgeführt, erläuterte Barbara Lubisch. Des Weiteren ging sie auf die Missstände bei der Finanzierung der Weiterbildung in den einzelnen Versorgungsbereichen ein. Der Vorstand sei zu den hiermit verknüpften Themen auf Landes- und Bundesebene aktiv.

Die Kammerversammlung diskutierte ausführlich zu Themen des mündlichen und des schriftlichen Vorstandsberichts. Wortbeiträge bezogen sich auf Themen wie die Finanzierung der Weiterbildung, Aspekte der Digitalisierung, Finanzierungs- und Vergütungsfragen in Niederlassung und Anstellung sowie Grundlagen der Versorgungsplanung.

Ordnungen und Verwaltungsvorschriften

Die Kammerversammlung befasste sich mit Änderungen in Ordnungen und Verwaltungsvorschriften der Kammer. Sie beschloss u. a. höhere Pauschalen für die zeitliche Inanspruchnahme bei

ehrenamtlicher Tätigkeit in der Kammer, auch hinsichtlich der Vorstandstätigkeit, sowie eine Neuregelung zur Höhe der Entschädigung für Fraktionsleitungen und deren Stellvertretung. Für die Fortbildungsordnung wurde ein verlängerter Akkreditierungszeitraum für Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln sowie Veranstalterinnen und Veranstaltern von Interventionsgruppen beschlossen. Die Befristung bei der Akkreditierung von Online-Fortbildungen wurde aufgehoben.

Kammerhaushalt

Andreas Pichler informierte ausführlich zu Ausgaben und Einnahmen der Kammer im Jahr 2022 und zur Entwicklung der Rücklagen. Auf Empfehlung des Finanzausschusses nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2022 an und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2022. Der Vizepräsident skizzierte ferner mögliche finanzielle Entwicklungen der nächsten Jahre und stellte den auf der Grundlage anzunehmender Einnahmen und Ausgaben erarbeiteten Haushaltsplan 2024 vor. Auch hier schloss sich die Kammerversammlung dem positiven Votum des Finanzausschusses an.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt waren Wahlen für die Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, für Ausschüsse der Kammer sowie den Deutschen Psychothe-



Sitzung der Kammerversammlung in Münster

rapeutentag. Die Kammerversammlung verabschiedete schließlich jeweils ohne Gegenstimmen vier Resolutionen zu drängenden gesundheitspolitischen Fragestellungen, nachzulesen auf

www.ptk-nrw.de in der Rubrik „Presse“.

Gerd Höhner dankte zum Ende der Sitzung der Geschäftsstelle für die gelun-

gene Veranstaltungsorganisation und den Kammerversammlungsmitgliedern für ihre engagierten Beiträge.

Veröffentlichung einer Stellungnahme der Ruhr-Universität Bochum zum HTA-Bericht

Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen veröffentlichte im Dezember 2023 auf ihrer Homepage eine gemeinsame Stellungnahme der Ruhr-Universität Bochum (RUB) und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zu dem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) herausgegebenen Health-Technology-Assessment-(HTA-)Bericht HT19-04. Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, ob in der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen führt. Die Stellungnahme zu diesem Bericht verfassten Prof. Dr. Silvia Schneider, Leiterin des Forschungs- und Behandlungszentrums (FBZ) für psychische Gesundheit der Ruhr-Universität Bochum, und PD Dr. Christian Brettschneider vom Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

In ihrer „Kritischen Würdigung“, die sie nach Austausch mit dem Kammervorstand erarbeiteten, setzen sich Prof.

Dr. Silvia Schneider und PD Dr. Christian Brettschneider ausführlich mit dem Prüfbericht des IQWiG und den darin festgehaltenen Ergebnissen auseinander. Dabei kommen sie zu der Einschätzung, dass der Bericht, obwohl methodisch den wissenschaftlichen Standards angemessen, in seiner Darstellung zu fehlgeleiteten Schlussfolgerungen führen kann. Vor diesem Hintergrund erläutern sie in ihrer Stellungnahme ihre eigene Deutung der in dem HTA-Bericht präsentierten Fakten. Kernstück ihrer Kritik ist der Umstand, dass der Bericht in seinen Empfehlungen indifferent bleibt, in seiner Darstellung jedoch nicht nachdrücklich genug dem Eindruck widerspricht, dass es sich bei der Therapie mit Antidepressiva (in den meisten Fällen: Fluoxetin) um einen nicht unterlegenen, aber weit günstigeren Behandlungsansatz handelt. Ebenso sehen sie ethische und soziale Aspekte in dem Bericht nicht ausreichend gewürdigt, um ein ganzheitliches Bild der Vergleichs- und Behandlungsoptionen zu zeichnen.

HTA-Bericht des IQWiG

Der HTA-Bericht „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen: Führt Psychotherapie im Vergleich zu anderen Therapien zu besseren Ergebnissen?“ war im Januar 2022 vom IQWiG veröffentlicht worden. Für den Bericht wurden die Auswirkungen einer Psychotherapie auf patientenrelevante Endpunkte wie die Veränderung depressiver Symptome, das Suizidrisiko oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu inaktiven Kontrollen (bspw. Warteliste, psychologisches Placebo) untersucht. Darüber hinaus war der Vergleich mit einer Therapie mit Antidepressiva oder Verfahren wie Sport oder Entspannungsübungen von Interesse.

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

Hinweis auf amtliche Bekanntmachungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat in ihrer Sitzung am 21. Mai 2022 sowie in ihrer Sitzung am 3. Dezember 2022 Beschlüsse zur Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gefasst. Die Beschlussfassungen sind im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen veröffentlicht worden und auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (www.ptk-nrw.de) unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht worden.

Die Kammerversammlung hat in ihrer Sitzung am 3. Dezember 2022 eine Änderung der Verwaltungsvorschrift der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zur Eintragung in die Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialrecht beschlossen, in ihrer Sitzung am 1. Dezember 2023 eine Änderung der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen sowie der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und zur pauschalen Entschädigung von Fraktionsleitungen. Auch diese Beschlussfassungen sind auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (www.ptk-nrw.de) unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht worden.

Die OPK hat gewählt: Zahlen und Fakten rund um die Wahl zur 5. Kammerversammlung

Bis Ende Dezember waren insgesamt 6.468 Kolleginnen und Kollegen aufgerufen, eine neue OPK-Kammerversammlung zu wählen. Aus jedem unserer fünf Länder galt es, sieben Mitglieder in das oberste Kammer-Organ zu wählen.

Wahlbeteiligung leicht verbessert

Am 19. Dezember 2023 wurde das tags zuvor vom Wahlausschuss ermittelte Wahlergebnis bekanntgemacht. Ein Einspruch gegen die Wahl wurde nicht eingelegt. Somit erlangte das Wahlergebnis am 3. Januar 2024 Rechtskraft.

Von den 6.468 Wahlberechtigten gaben insgesamt 3.187 Mitglieder ihre Stimme ab. So lag die Wahlbeteiligung bei rund 49,3 Prozent. Damit lag sie um knapp einen Prozentpunkt höher als vor fünf Jahren und um 3,3 Prozentpunkte höher als noch vor neun Jahren. Im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Heilberufekammern im OPK-Geltungsbereich ist dies eine respektable Partizipation.

Bewährte Kräfte und neue Gesichter

Im Ergebnis wurden 21 Mitglieder der Kammerversammlung wiedergewählt. Hinzu kommen in der neuen Amtsperiode 14 Personen, die erstmals amtierenden. Neben dieser Verjüngung ist zu beobachten, dass sich der Anteil der

weiblichen Mitglieder in der Versammlung auf 60 Prozent und damit abermals leicht erhöhte. Der Anteil der männlichen Mitglieder liegt bei 40 Prozent. Unter den 35 Gewählten repräsentieren 25 das Versorgungsfeld Erwachsene, zehn das Versorgungsfeld Kinder und Jugendliche.

Mitglieder, die ihren Beruf in der Niederlassung ausüben, sind mit 24 nach wie vor in der Mehrzahl. Dennoch kann man feststellen, dass die Anzahl der in Anstellung befindlichen Vertreterinnen und Vertreter auf zehn und damit deutlich gestiegen ist. Ein Mitglied ist im Ruhestand mit weiterhin ausgeübter Tätigkeit.

Breites Altersspektrum vertreten

Am Tag ihrer Wahl war eine Kollegin jünger als 30 Jahre. Sie ist zugleich die erste nach neuem Recht approbierte Psychotherapeutin, die in die OPK-Kammerversammlung und vermutlich auch deutschlandweit in ein Landeskammerparlament gewählt wurde.

Unter den Gewählten sind zudem vier Mitglieder 30 bis unter 40 Jahre alt, neun Mitglieder 40 bis unter 50 Jahre alt. Ebenso neun Gewählte befinden sich zwischen ihrem 50. und 60. Geburtstag und zwölf stehen jenseits ihres 60. Geburtstages.

Nähere Informationen zu den Wahlergebnissen können auf der Kammer-Homepage unter <https://opk-info.de/amtliche-bekanntmachungen> abgerufen werden.

Berufsvertretung nimmt ihre Arbeit auf

Unabhängig vom Alter, ihrem Geschlecht, dem Versorgungsfeld oder Verfahren oder der Art ihres beruflichen Wirkens vertreten die gewählten Mitglieder alle Kolleginnen und Kollegen aus und in ihren Bundesländern.

Am 8./9. März 2024 trat die neue Kammerversammlung erstmals zusammen. Im Rahmen dieser Sitzung wählten die 35 Mitglieder den Vorstand und die OPK-Bundesdelegierten. Sie bildeten und besetzten zudem die Ausschüsse.

Diese Sitzung fand nach dem Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe statt. Aus diesem Grunde finden Sie Näheres hierzu ebenfalls auf der Kammer-Homepage. OPK-Mitglieder erhalten im zweiten Quartal 2024 außerdem ein OPK-Mitteilungsblatt. Darin enthalten sind alle wichtigen Informationen zu den gewählten Vertreterinnen und Vertretern im Vorstand und den weiteren Gremien.

Der Wahlleiter

Neujahrsempfang der Heilberufekammern in Sachsen-Anhalt: OPK ging mit dem Thema der Finanzierung der Weiterbildung in das Pressegespräch

Bürokratie, schleppende Reformen, mangelnde Budgets – die medizinische

und psychotherapeutische Versorgung ist in Nöten. Beim Pressegespräch und

dem traditionellen Neujahrsempfang der Heilberuflerinnen und Heilberufler am



Vorstandsmitglied Barbara Breuer-Radbruch (2. v. l. im Präsidium) stellte im Pressegespräch die Themen der OPK vor. (Foto: Viktoria Kühne)

10. Januar 2024 wurden die drängendsten Probleme der Heilberufekammern klar angesprochen. Auf der gut besuchten Pressekonferenz zeichnete Barbara Breuer-Radbruch, Vorstandsmitglied der OPK, ein ernüchterndes Bild zum Stand der Finanzierung der Weiterbildung. Seit Herbst 2022 gibt es erste Absolventinnen und Absolventen des neuen Studienganges. Im OPK-Gebiet waren es 2022 bereits 30 Absolventinnen und Absol-

venten. Breuer-Radbruch machte auf die gravierenden Folgen auch für die Versorgung von psychisch kranken Menschen insbesondere in Sachsen-Anhalt aufmerksam. Der Handlungsbedarf ist dringend. Derzeit ist nicht gesichert, dass es für die Absolventinnen und Absolventen des neuen Studienganges ausreichend Weiterbildungsstellen gibt und sie eine Chance haben, die neue Weiterbildung zu absolvieren.

Sachsen-Anhalts Ministerpräsident Dr. Reiner Haseloff eröffnete den Neujahrsempfang mit einem Grußwort: Es gehe darum, die Menschen überall würdig zu versorgen. Nicht ganz leicht, man habe es in Sachsen-Anhalt mit 80 Prozent ländlichem Raum zu tun. Der Empfang endete mit ungezwungenen Gesprächen und Netzwerkarbeit.

Ideen-Workshop zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Auf den „OPK vor Ort“-Veranstaltungen 2023 führten wir intensive Diskussionen zur aktuellen und zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung mit unseren Mitgliedern. Deutlich wurde, dass zum einen steigende Therapieanfragen und eine Vielschichtigkeit der Problemlagen zu verzeichnen sind. Zum anderen werden jedoch auch zunehmende Ansprüche und mannigfaltige Erwartun-

gen an die Psychotherapeutenchaft herangetragen.

Um dieses Thema vertieft zu bearbeiten und konkrete Lösungsideen zu entwickeln und dabei auf Erfahrungen und Einschätzungen aus der täglichen Praxis bauen zu können, luden wir unter dem Motto „Zwischen Bedarf, Kapazitäten und Anspruch – unsere Verantwortung für die ambulante Versorgung“

niedergelassene Mitglieder in Schwerin, Magdeburg und Leipzig zu einem Ideen-Workshop ein. Mit insgesamt 50 Teilnehmenden diskutierten wir insbesondere über die Gestaltung des Zugangs zur ambulanten Versorgung. Dabei ging es unter anderem darum, wie Patientenfragen gemanagt werden, wie die Abläufe in den Praxen sind oder wie die Zusammenarbeit im regionalen Hilfesystem funktioniert.

Schwerpunkte der Problemdiskussion waren die Fehlsteuerung durch (Fach) Ärztinnen und Ärzte und die TSS, strukturelle Hürden vor allem im ländlichen Raum, fehlende Vernetzung im regionalen Versorgungssystem oder der teils hohe organisatorische Zeitaufwand im Praxisalltag.

In den Workshops entwickelten die Teilnehmenden spannende Lösungsideen und tauschten sich rege über ihre Arbeitsweise aus. So berichteten einige, dass sie durch eine Praxisassistenten deutliche Entlastung erreicht hätten,

vor allem bei organisatorischen Abläufen. Andere nutzen regelmäßige regionale Stammtische und veranstalten Fortbildungen, auch mit Ärztinnen und Ärzten, um in Kontakt zu Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern zu kommen und um Wissen über Psychotherapie und ihre Möglichkeiten und Grenzen zu vermitteln.

Aber auch wichtige politische Handlungsfelder für die OPK wurden formuliert, so beispielsweise die Frage nach flexibleren Anstellungsmöglichkeiten und Kooperationen in der Praxis und

Befugnisserweiterungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Außerdem bedarf es nach wie vor der Aufklärung, was Psychotherapie leisten kann und was eben nicht – sowohl gegenüber Patientinnen und Patienten als auch gegenüber der Ärzteschaft, kooperierenden Professionen und gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren.

Aus den Veranstaltungen nehmen wir diese wertvollen Impulse für die Arbeit in der nächsten Wahlperiode mit.

Gelungener 2. Teil der gemeinsamen Reihe von DGKiM und OPK „Psychotherapie und Somatik im Medizinischen Kinderschutz – Was wir voneinander wissen sollten“

Nachdem sich der 1. Teil der gemeinsamen Fortbildungsreihe der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e. V. (DGKiM) und der OPK mit der Vermittlung von Grundkenntnissen zur Erkennung von körperlicher Misshandlung und dem weiteren Vorgehen bei einem Verdacht auf eine Misshandlung aus Sicht der Somatik beschäftigte, war am 17. Januar 2024 die Sicht der Psychotherapie an der Reihe. Erneut stieß die Veranstaltung mit mehr als 250 Teilnehmenden auf sehr großes Interesse.

Unterstützt wurde die Veranstaltung mit Cornelia Metge (KJP, Vorsitzende des Ausschusses für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der OPK und Beisitzerin im Vorstand der BPtK) und Frauke Schwier (FÄ für Kinderchirurgie, langjährige Geschäftsführerin der DGKiM) wieder durch ein psychotherapeutisch-ärztliches Tandem, das moderierte, den interdisziplinären Austausch auch miteinander führte und seine Expertise einbrachte.

Frau Dr. Ahrens-Eipper begrüßte die Teilnehmenden und führte für die OPK in das Thema „Was Sie aus der Psychotherapie wissen sollten – Grundlagen und psychotherapeutisches Vorgehen im Kinderschutz“ ein. Sie erläuterte grundlegende Informationen zur Psy-

chotherapie und zur Arbeitsweise von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dabei kamen die verschiedenen Verfahren, Zugänge zur stationären und ambulanten Psychotherapie, beteiligte Berufsgruppen, Indikationsstellung und Behandlungsmöglichkeiten zur Sprache. Auch das Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit und leitliniengerechte Vorgehensweisen kamen zur Sprache. Anhand von Fallvignetten erläuterte sie prototypisches psychotherapeutisches Vorgehen in Kinderschutzfällen.

An den Impulsvortrag schloss sich ein reger Austausch an, bei dem Fragen gestellt und eigene Erfahrungen eingebracht und diskutiert wurden. Das Konzept, sowohl interessierte PP, KJP sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ärztliche Kolleginnen und Kollegen aller Fachrichtungen enger zusammenzubringen, Blickwinkel zu erweitern und das gegenseitige Handeln besser zu verstehen, ging dabei mit einem engagierten und interessierten interdisziplinären Teilnehmerkreis voll auf.

„InfoBox“ Fortbildungsreihe DGKiM und OPK

Um Kindeswohlgefährdung vorzubeugen, frühzeitig zu erkennen und durch

die Behandlung der potenziellen Folgen den Betroffenen eine bestmögliche Entwicklung und Rehabilitation zu ermöglichen, ist eine ressourcenorientierte und fachlich ineinandergreifende Kooperation der Akteurinnen und Akteure des Kinderschutzes erforderlich. Es bedarf einer stärkeren Vernetzung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, um schnelle Hilfesysteme zu etablieren und niedrigschwellige Austauschmöglichkeiten zu bieten. Deshalb hat die OPK gemeinsam mit der DGKiM diese Fortbildungsreihe entwickelt.

Die Termine finden online über Zoom jeweils von 17.00 bis 18.30 Uhr statt. Ein Einstieg ist jederzeit und für alle möglich und sinnvoll. Die Teilnahme ist kostenlos. Sowohl interessierte PP, KJP sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ärztliche Kolleginnen und Kollegen aller Fachrichtungen sind willkommen. Die Web-Seminare sind interaktiv ausgerichtet und legen neben der Wissensvermittlung den Fokus darauf, die Teilnehmenden aktiv in die Veranstaltung mit einzubinden. Das Ziel ist es, Ihnen neben der Präsentation von Inhalten auch den Raum für Diskussion zum jeweiligen Thema zu ermöglichen.

Die nächsten Termine im Überblick:

17.04.2024: Umgang mit sexualisierter Gewalt: Vorgehen, Interventionen und Kooperation in der Somatik und der Psychotherapie

05.06.2024: Umgang mit Vernachlässigung: Definitionen, Folgen und Vorgehen in der Somatik und der Psychotherapie

28.08.2024: Schweigepflicht und vertrauliche Informationen: Wie kann eine Zusammenarbeit gelingen?

„Die OPK – Eine Einführung in die Kammer und ihre Arbeit“. Vorlesung an der Otto von Guericke Universität Magdeburg

Am 18. Januar 2024 hatte die OPK die Gelegenheit, Studierenden des Master-Studiengangs Psychotherapie der Otto von Guericke Universität in Magdeburg im Rahmen einer Vorlesung die Kammer, ihre Aufgaben und Arbeitsweisen vorzustellen. Frau Dr. Ahrens-Eipper, Vorstandsmitglied und Frau Dr. Andrea Walter, stellvertretende Geschäftsführerin gaben eine Einführung in Aufbau und Struktur der Kammer, in das Berufsrecht und Fragen rund um die Mitgliedschaft und stellten vor, wie eine Kammer ihre politischen und hoheitlichen Aufgaben konkret wahrnimmt und mit welchen Themen wir aktuell befasst sind. So gab es unter anderem einen Einblick in Projekte zur Entwicklung von innovativen Ideen zur Verbesserung der

psychotherapeutischen Versorgung, in OPK-Veranstaltungen, in die Debatte um Qualitätssicherung oder in Fragen des Kinderschutzes.

Die Studierenden zeigten sich an allen Themen sehr interessiert und stellten viele Fragen, sodass ein lebendiger Austausch entstand. Besonderes Interesse fand das Thema der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung. Die Vertreterinnen der OPK stellten die Grundzüge der Weiterbildungsordnung und den Umsetzungsstand in der OPK dar. Es besteht viel Unsicherheit und ein hoher Informationsbedarf bei den Studierenden, da die konkreten Möglichkeiten, eine Weiterbildung zu beginnen, aktuell bedauerlicherweise noch immer sehr

begrenzt sind. Nicht fehlen durfte deshalb auch ein Einblick in die politischen Aktivitäten, um eine auskömmliche Finanzierung zu erwirken, sowie die Darstellung des gleichzeitigen Einsatzes dafür, schon jetzt Weiterbildungsstellen zu schaffen, um unseren zukünftigen Kolleginnen und Kollegen den Weg zu ebnen.

Wir nehmen diesen auch für uns wertvollen und instruktiven Austausch zum Anlass, Informationen speziell für Studierende zusammen- und zur Verfügung zu stellen. Auch planen wir in diesem Jahr wieder eine Informationsveranstaltung für alle Studierenden in den OPK-Ländern mit dem Vorstand online am 13. Juni 2024 von 18.00 bis 20.00 Uhr.

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleg*innen,

die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen ist am 1. Juli 2023 in Rheinland-Pfalz in Kraft getreten. Angehende Psychotherapeut*innen sollen nun ihre umfangreiche Weiterbildung in sozialversicherungspflichtiger Anstellung statt in prekären Abhängigkeitsverhältnissen absolvieren können. Immer noch kämpft der Berufsstand darum, dass die Finanzierung der Weiterbildung gesetzlich abgesichert wird. Um psychotherapeutischen Praxen die Finanzierung von Weiterbildungsstellen zu erleichtern, hat die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) einen bemerkenswerten Schritt unternommen: Die Vertreterversammlung der KV RLP hat beschlossen, die „Richtlinie zur Förderung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz“ zu ändern. Seit dem 1. Januar 2024 wird nun auch die Weiterbildung in psychotherapeutischen Praxen gefördert.

Für die fachpsychotherapeutische Weiterbildung stehen 2024 bis zu fünf Vollzeitstellen zur Verfügung. Diese werden im Umfang von 2.700 Euro monatlich während der Dauer der von der LPK RLP zugelassenen ambulanten Weiterbildungszeit finanziell unterstützt. (Das Antragsformular finden Sie unter www.kv-rlp.de/praxis/praxisorganisation/formulare.) Es ist vorgesehen, die Anzahl der zu fördernden Stellen für die zukünftigen Jahre jeweils dem Bedarf anzupassen.

Die KV RLP ist damit bundesweit die erste Kassenärztliche Vereinigung, die diese Förderung in ihren Statuten ermöglicht. Wir hoffen, dass andere Bundesländer diesem Beispiel folgen werden, um den Weiterbildungsinteressent*innen mehr Planungssicherheit zu geben und dazu beizutragen, dass die reformierte Weiterbildung sich in der praktischen Umsetzung bewähren kann. Für die Realisierung ist die Etablierung einer Infrastruktur von geeigneten Weiterbildungsstätten un-



Peter Andreas Staub

erlässlich. Wir freuen uns, dass kürzlich die erste rheinland-pfälzische Gebietsweiterbildungsstätte für Verhaltenstherapie von unserer Kammer anerkannt werden konnte. Sie steht nun als Kooperationspartner für ambulante Psychotherapiepraxen zur Verfügung. Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang erneut ermutigen, sich in der Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses zu engagieren. Für Rückfragen steht die zuständige Mitarbeiterin der Geschäftsstelle, Frau Dr. Schäfer, gerne zur Verfügung.

Mit kollegialen Grüßen

Peter Andreas Staub
Mitglied des Vorstands der LPK RLP

Kammerpräsidentin und -Vizepräsidentin im Interview mit der ÄrzteZeitung

Die **ÄrzteZeitung** hat ein ausführliches Interview mit **Sabine Maur**, Präsidentin der LPK RLP, und Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** über die Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland geführt. Das Interview erschien am 13. Dezember 2023 auf der **Titelseite der Online-Ausgabe** der ÄrzteZeitung und einen Tag später in der **Print-Version**. Außerdem wurde das Gespräch am 19. Dezember 2023 als **Podcast** in der Reihe „ÄrzteTag“ veröffentlicht. Deutlich werden drängende Missstände angesprochen, die die Bundesregierung eigentlich laut Koalitionsvertrag beheben wollte: Nach wie vor seien die Wartezeiten auf Psychotherapie „unzumutbar“ und eine Reform der Bedarfsplanung überfällig. Es sei unverständlich, warum die Regierung die Probleme nicht angehe wie angekündigt. „Wir wissen natürlich, dass es im Gesundheitsbereich sehr viel zu tun gibt und viele Maßnahmen anstehen. Allerdings verstehen wir nicht, warum anderes wichtiger ist als die gute Versorgung psychisch kranker Menschen“, sagt Sabine Maur. Das Interview finden Sie über unsere Homepage unter www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Die_LPK_RLP_in_den_Medien.

Jahresempfang der Wirtschaft 2024: Dr. Robert Habeck zu Gast bei den rheinland-pfälzischen Kammern



Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur, Vizekanzler Dr. Robert Habeck und Petra Regelin
(beide Fotos: Kristina Schäfer)

Die Landespsychotherapeutenkammer hat erneut gemeinsam mit 14 anderen rheinland-pfälzischen Kammern zum großen Jahresempfang der Wirtschaft am 25. Januar 2024 eingeladen. Ehrengast und Keynote-Speaker war diesmal **Dr. Robert Habeck**, Vizekanzler und Bundesminister für Wirtschaft und Klimaschutz. Der Empfang fand mit mehreren tausend Gästen in der Rheingoldhalle in Mainz statt. Er gilt als größter Jahresempfang von Selbstverwaltung und Wirtschaft in Deutschland und fin-

det daher bundesweit Beachtung. Die Veranstaltung gibt dem Selbstbewusstsein der freien Berufe Ausdruck und dient dem Austausch von Kammern, Politik und Wirtschaft.

Die Landespsychotherapeutenkammer war auf dem Jahresempfang vertreten durch Präsidentin **Sabine Maur**, Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**, die Vorstandsmitglieder **Ulrich Bestle** und **Marcel Hünninghaus** sowie Geschäftsführerin **Petra Regelin**. Zudem

hatten rund 150 Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer die Einladung zum Empfang angenommen und verfolgten gespannt das Programm.

Dr. Robert Habeck rief in seiner kämpferischen und humorvollen Rede dazu auf, in schwierigen Zeiten Herausforderungen mutig anzugehen: „Man muss sich fragen: Will man nicht verlieren oder will man gewinnen? [...] Jetzt muss der Moment sein, wo wir auf den Platz gehen und das Spiel gewinnen wollen. Darum geht es im Jahr 2024.“



Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Petra Regelin, Dr. Marcus Walden, Dr. Wilfried Woop

Nach dem Bühnenprogramm bestand die Gelegenheit zum Austausch und Netzwerken, die auch die Vertreter*innen der Landespsychotherapeutenkammer gerne für viele interessante Gespräche nutzten.

500 Teilnehmer*innen bei LPK-Veranstaltung „Post-Covid und ME/CFS: Die Rolle der Psychotherapie“

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat sich am 31. Januar 2024 in einer digitalen Veranstaltung dem Thema „Post-Covid, ME/CFS und Psychotherapie“ gewidmet. Dass enormer Bedarf an Informationen zu diesem Krankheitsbild besteht, stellte die Teilnehmerzahl unter Beweis. Die 500 zur Verfügung stehenden Plätze waren innerhalb kürzester Zeit ausgebucht und die Warteliste füllte sich schnell.

Post-Covid und ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom) sind keine psychischen, sondern neuroimmunologische Erkrankungen, stellte Kammerpräsidentin **Sabine Maur** in ihrer Einführung klar. Die Krankheit sei dementsprechend nicht durch Psychotherapie „heilbar“, allerdings seien psychologische Faktoren in der Krankheitsverarbeitung sehr wichtig. Außerdem könne die Post-Covid-Erkrankung psychische Krankheiten

zur Folge haben oder verstärken. Daher sei ein multiprofessioneller Ansatz und eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen bedeutsam.

Dies betonte auch **Daniel Stich**, Ministerialdirektor im Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit, in seinem fachkundigen Grußwort. Er begrüßte die Teilnehmer*innen der Veranstaltung und dankte der Landespsychothe-

reapeutenkammer für ihr Engagement in der Versorgung von Post-Covid-Patient*innen. Er erinnerte daran, dass es in Rheinland-Pfalz rund 80.000 Betroffene gibt, die durch die Schaffung der Post-Covid-Ambulanzen eine Anlaufstelle erhalten haben. Damit gebe es nun ein klares Verfahren für die somatischen Beschwerden, doch auch die psychotherapeutische Betreuung sei ein wichtiger Bestandteil der Versorgung und solle stärker an die Ambulanzen angebunden werden.

Das Konzept der neuen Post-Covid-Ambulanzen stellte LPK-Geschäftsführerin **Petra Regelin** näher vor. Sie sollen in komplexen Fällen die interdisziplinäre Versorgung der Patient*innen in einem Netzwerk von Psychotherapie- und Facharztangeboten koordinieren. „Ich habe im Vorfeld mit den fünf Ambulanzen gesprochen und nachgefragt, ob grundsätzlich ein Bedarf an Psychotherapie besteht. Dies wurde von allen sehr vehement bejaht“, berichtete Frau Regelin. Daher bat die Landespsychotherapeutenkammer die Teilnehmer*innen der Veranstaltung, die Kontaktdaten ihrer Praxis an die Kammer zu melden, wenn sie an der psychotherapeutischen Versorgung von Post-Covid-Patient*innen teilnehmen möchten. Aus den Rückmeldungen wurde eine Liste erstellt und an die Post-Covid-Ambulanzen übermittelt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Engagement in der Versorgung von Post-Covid-Patient*innen in Rheinland-Pfalz lobte Hauptrednerin **Bettina Grande** als „vorbildlich“. Die Psychologische Psychotherapeutin ist Inhaberin einer Schwerpunktpraxis für Post-Covid und ME/CFS in Heidelberg. Sie hat bereits in zahlreichen Vorträgen, Seminaren, Podcasts und Interviews Aufklärungsarbeit über die Themen Post-Covid und ME/CFS geleistet, außerdem in wissenschaftlichen Publikationen und auf Fachkongressen. In Ihrem Vortrag stellte sie zunächst ausführlich das Krankheitsbild vor. Halten die Krankheitssymptome acht Wochen nach der akuten Covid-19-Erkrankung noch an, spricht man von „Long Co-



Sabine Maur, Petra Regelin, Bettina Grande am 31. Januar 2024 (von links oben im Uhrzeigersinn)

vid“. Es sind über 200 Symptome der Erkrankung beschrieben, u. a. krankhafte Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisprobleme, Kopf- und Muskelschmerzen. Beim Vorliegen einer Post Exertional Malaise (PEM) tritt selbst nach geringen körperlichen oder kognitiven Belastungen eine deutliche Zustandsverschlechterung auf. Sind die Beschwerden nach 12 Wochen immer noch vorhanden, wird die Krankheit als „Post-Covid Syndrom“ bezeichnet. Im schlimmsten Fall sind auch nach sechs Monaten noch deutliche Symptome zu beklagen, dann liegt ME/CFS vor. Die meisten Erkrankten können das Haus kaum mehr verlassen und sind nicht mehr arbeitsfähig.

Frau Grande betonte die große Bedeutung einer gründlichen Anamnese zu Beginn der Psychotherapie mit Betroffenen. Die Symptome von Post-Covid und ME/CFS dürften nicht mit den Symptomen einer psychischen Erkrankung verwechselt werden. Die häufigste Fehldiagnose sei die der Depression, aber es könne auch zu Verwechslungen mit Angststörung, Panikattacken und somatoformen Störungen kommen.

Ob PEM vorliege, könne mit Hilfe von Handkraftmessungen und eines Screening-Bogens der Charité überprüft werden. Bei Verdacht auf PEM sollen Psychotherapeut*innen die interdisziplinäre Abklärung und Zusammenarbeit

anstreben. Es gelte, Patient*innen davor zu bewahren, dass sich aus ihrer Post-Covid-Erkrankung ME/CFS entwickelt. Wenn noch kein PEM vorliege, sei es daher wichtig, sechs Wochen lang Belastungen zu vermeiden und in der Psychotherapie Pacing zu thematisieren, also den vorausschauenden und sparsamen Einsatz von Energie. Pacing erfordere viel Selbstbeherrschung und Verzicht und sei eine enorme psychische Herausforderung. Aktivierende Therapien führen in der Regel zu einer Symptomverschlechterung und sind daher zu vermeiden. Psychotherapie ist in diesen schweren Fällen meist nur per Video möglich und in kleinen Einheiten, etwa 20 Minuten alle zwei Wochen. Bei gleichzeitigem Vorliegen von PEM und psychischer Erkrankung gelte immer „Pacing first“. Da bei Vorliegen von Post-Covid und ME/CFS eine völlig andere Behandlung als bei anderen Psychotherapiepatient*innen erforderlich sei, sei es von zentraler Bedeutung, die Behandler*innen und auch andere Akteur*innen des Gesundheitssystems gut über das Krankheitsbild aufzuklären. Dazu leistete die Fortbildungsveranstaltung der Kammer einen wichtigen Beitrag.

Die **Präsentation zum Vortrag** finden Sie über unsere Homepage unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles.

LPK RLP beim Parlamentarischem Abend der LZG: Gemeinsam stark für Gesundheitsförderung und Prävention



Dr. Andrea Benecke, Minister Alexander Schweitzer und Sabine Maur

Mit einem großen Parlamentarischem Abend hat die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (LZG) am 24. Januar 2024 ihr Jubiläumsjahr beendet. Für die Landespsychotherapeutenkammer nahmen Präsidentin **Sabine Maur**, Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**, Vorstandsmitglied **Marcel Hünninghaus** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** an der Veranstaltung teil. Bereits seit einem halben Jahrhundert setzt sich die LZG dafür ein, das körperliche, geistig-seelische und soziale Wohlbefinden der Menschen durch eine umfassen-

de Gesundheitsförderung auf wissenschaftlicher Grundlage zu erhalten und zu fördern. Die Landeszentrale vereint heute über 80 Mitgliedsorganisationen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Selbsthilfe, Wirtschaft, Wissenschaft und Wohlfahrt – darunter auch die Landespsychotherapeutenkammer, die immer wieder in Kooperationsprojekten mit der LZG zusammenarbeitet, beispielsweise bei der Erstellung der Broschüre „Elterninfo: Depression“. Bei der feierlichen Veranstaltung im Leibniz-Zentrum für Archäologie in Mainz (LEIZA) stellten die Landespsychotherapeutenkammer und zahlreiche andere Mitgliedsverbände der LZG den Gästen aus Politik und Gesellschaft die Vielfalt gesundheitsfördernder Angebote in Rheinland-Pfalz vor. Die Kammer präsentierte sich mit einem Stand, an dem verschiedene LPK-Broschüren rund um die psychische Gesundheit ausgelegt waren, und machte ihr Engagement in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention deutlich.

Abgerundet wurde der Abend durch angeregte Gespräche zwischen den Vertreter*innen der Politik und den Repräsentant*innen der Mitgliedsorganisationen der LZG. Die Vorstandsmitglieder der Landespsychotherapeutenkammer nutzen die Gelegenheit zum Austausch mit **Alexander Schweitzer**, Minister für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung sowie Bildungsministerin **Dr. Stefanie Hubig**, LZG-Geschäftsführer **Dr. Matthias Krell** und anderen.



Petra Regelin und Dr. Andrea Benecke am Stand der LPK RLP

Ein Jahr Patient*innen-Telefon der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz: Angebot wird gut angenommen

Seit einem Jahr bietet die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz mittwochs eine telefonische, juristische Beratung exklusiv für Patient*innen an. Wenn sich Patient*innen in schwierigen Lebenssituationen oder besonderen psychischen Ausnahmezuständen an eine*n Psychotherapeut*in wenden, entsteht in der Regel ein besonderes Näheverhältnis. In dieser Beziehung sind neben der Einhaltung der berufsrechtlichen Vorschriften und einem professionellen Verhalten auch Selbstbestimmung und Vertraulichkeit geboten. Wenn im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung bei Patient*innen das Gefühl entsteht, dass etwas „nicht richtig läuft“, haben sie die Möglichkeit,

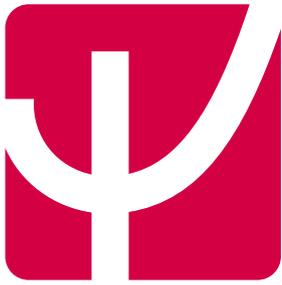
sich durch die Juristinnen der Kammer telefonisch beraten zu lassen – auf Wunsch anonym. Der Fokus liegt dabei darauf, Verhalten und Vorgehen für die Patient*innen einzuordnen und den Weg für eine weitere zielführende Psychotherapie zu ebnen.

Von dieser Möglichkeit haben im zurückliegenden Jahr zahlreiche Patient*innen Gebrauch gemacht. Das Spektrum der Anfragen reichte von Problemen mit Honoraren über fehlende Informationen hinsichtlich der Therapie-Abläufe bis hin zu grenzüberschreitendem Verhalten der Behandler*innen und sogar Abstanzverletzungen. Die rege Inanspruchnahme des Patient*innen-Telefons

zeigt, dass dieser niederschwellige Zugang zu Informationen und Einordnung ein wichtiges Angebot für Patient*innen ist. Nach der positiven Bilanz des ersten Jahres setzt die Kammer das Angebot daher gerne fort. Das Patient*innen-Telefon ist **mittwochs zwischen 10 und 12 Uhr** unter **06131/93055-15** zu erreichen.

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pkS

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Kammerwahl 2023: Ein Kurzbericht

Die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes haben in der Zeit vom 19. September 2023 bis 9. Oktober 2023 gewählt. Wahlberechtigt waren insgesamt 759 Kammermitglieder, davon 631 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP) und 128 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten (KJP).

Die Wahlbeteiligung lag bei insgesamt 47,4 %, die Wahlbeteiligung bei den PP betrug 46,6 %, bei den KJP 51,6 %.

Abgegeben wurden bei den PP 289 gültige und fünf ungültige Stimmzettel; bei den KJP 66 gültige Stimmzettel.

Zu besetzen sind 19 Sitze für die PP und vier Sitze für die KJP. Die Auszählung

am 9. Oktober 2023 ergab folgendes Wahlergebnis zur Sitzverteilung der zukünftigen Vertreterversammlung:

Von den 19 für die PP zu besetzenden Sitzen entfallen auf die Liste 1 „Verfahrensvielfalt sichern!“ sechs Sitze, auf die Liste 2 „Wandel durch Vielfalt“ acht Sitze und auf die Liste 3 „Angestellte PP Plus“ fünf Sitze.

Die konstituierende Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der PKS hat in der konstituierenden Sitzung am 29. November 2023 den Kammervorstand neu gewählt. Künftig sind M. Sc. Stefanie Maurer als Präsidentin, Dr. rer. nat. M. Sc. Sandra Dörrenbächer als Vizepräsidentin, Dipl.-Psych. Christina Roder, Dipl.-Psych. Gundula Steinke und M. A. Silke Wendels als Beisitzerinnen im Vorstand der Kammer aktiv.

Wie in der Wahlordnung vorgesehen, hat der Wahlausschuss unter Leitung von Michael Wernet die Wahl des Vorstands in der Versammlung durchgeführt. Die Pressemitteilung mit Auszügen aus der Antrittsrede der Präsidentin finden Sie auf unserer Website.

Die Versammlung wurde von Inge Neiser moderiert. Sabine Leonhardt und Liz Lorenz-Wallacher würdigten die

langjährige und kompetente Vorstandsarbeit von Irmgard Jochum und Susanne Münnich-Hessel.

Alle von den Kammermitgliedern gewählten Vertreterinnen und Vertreter haben die Wahl angenommen und sind somit in der künftigen Vertreterversammlung tätig, die sich am 31. Januar 2024 zu ihrem ersten Arbeitstermin treffen wird. Wir wünschen den Mitgliedern der Vertreterversammlung gutes Gelingen für ihre Arbeit: Dipl.-Soz. päd. Susanne Drewes, Dipl.-Psych. Prof. (apl.) Dr. phil. Monika Equit, Dipl.-Psych. Julia Fuchs, Dipl.-Psych. Dr. phil. Elisabeth Hahn, Dipl.-Psych. Bärbel Heinz, Dipl.-Psych. Rebekka Hertel, Dipl.-Psych. Irmgard Jochum, Dipl.-Päd. Dr. phil. Katja Kruse, Dipl.-Psych. Dr. phil. Caroline Kuhn, Dipl.-Psych. Dr. phil. Günther Lehnert, Dipl.-Psych. Liz

Lorenz-Wallacher, Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel, M. A. Nadine Schneider-Jung, M. Sc. Philipp Schulz, Dipl.-Psych. Serkan Sertkaya, Dipl.-Psych. Kizil Tekdemir, M. Sc. Rafael Voigt und Dipl.-Psych. Roland Waltner.

Redaktion

Christian Lorenz

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.

Am 9. Januar 2024 ist die „neue“ Weiterbildungsordnung der PKSH für die approbierten Psychotherapeut*innen nach dem geltenden Psychotherapeutengesetz in Kraft getreten. Ab jetzt können interessierte Einrichtungen und Praxen einen Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte stellen und sich Kolleg*innen (PP und KJP) als Weiterbildungsbefugte sowie Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen, die sich in der „neuen „Weiterbildung“ engagieren wollen, in der Geschäftsstelle akkreditieren lassen.

Ein wichtiger Gesprächstermin für die Umsetzung der Weiterbildung in Schleswig-Holstein steht zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Editorials noch aus: Am 19. Februar 2024 wird im Beisein des Staatssekretärs aus dem Ministerium für Justiz und Gesundheit, Herrn Dr. Oliver Grundei, ein Workshop zum Thema „Weiterbildung der Psychotherapeut*innen“ im Rahmen des Pakts für Gesundheits- und Pflegeberufe stattfinden. Teilnehmen werden die Kolleg*innen aus der Ärztekammer, Vertreter*innen der Leistungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung), die Kassen-

ärztliche Vereinigung sowie die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein. Wir hoffen, dass eine Zusammenarbeit in diesem Gremium dazu führt, grundlegende Fragen der organisatorischen und finanziellen Umsetzung zu klären, so dass die 30 Studierenden aus den Universitäten in Kiel und Lübeck, die im Sommer 2024 ihre Approbationsprüfung ablegen werden, möglichst nahtlos ihre Weiterbildung beginnen können. Wir werden Sie auf dem Laufenden halten.

Der nächste Norddeutsche Psychotherapietag wird am 1. Juni 2024 in Lübeck stattfinden. Das Thema wird „Traumatisierungen“ sein. Es ist der Planungsgruppe unter Leitung von Dr. Björn Riegel gelungen, sehr kompetente Referent*innen zu gewinnen. Schon jetzt vielen Dank dafür.

Es gab auf meinen Hinweis aus dem letzten Editorial auch einen Themenvorschlag. Dem Ideengeber danke ich herzlich, auch wenn wir das Thema in diesem Jahr nicht aufgenommen haben.

Vielleicht gibt es beim Erscheinen dieser Ausgabe schon die neue Website der PKSH. Aus technischen Gründen war eine Überarbeitung zwingend. Aber manchmal beflügeln solche Sachzwänge ja auch. Ich hoffe, Sie kommen mit der neuen Präsentation der PKSH zurecht und finden sie attraktiv und angenehm in der Anwendung.

Wir bekommen ja immer wieder die Nachricht, dass Kolleg*innen verstorben sind. Ein Nachruf eines sehr engagierten Kollegen findet sich in dieser Ausgabe. Ich habe Herrn Kruse leider nicht persönlich kennengelernt, dafür aber Joachim Karschny, der im Januar 2024 verstorben ist. Mit ihm waren wir in den letzten Monaten intensiv wegen der neuen Weiterbildung im Gespräch, da er als Psychologischer Psychotherapeut und Geschäftsführer eines Unternehmens mit Angeboten für Kinder und Jugendliche daran interessiert war, unseren neuen Kolleg*innen ein Weiterbildungsangebot zu machen. Es ist schon fantastisch, mit welchem Engagement diese und andere Kolleg*innen sich für unseren Berufsstand stark gemacht haben.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. phil. Clemens Veltrup
Präsident

Der PTI-Ausschuss und die PKSH hatten eingeladen:

Für den 9. Dezember 2023 lud der PTI-Ausschuss zu einer Online-Veranstaltung zum Thema Vergütungsfragen angestellter Psychotherapeut*innen ein. Mehr als 70 Teilnehmer*innen hatten sich für eine Teilnahme angemeldet,

aus unserer Sicht eine große Resonanz. Als Dozenten hatten wir den auf dem Gebiet äußerst erfahrenen Kollegen Prof. Dr. Heiner Vogel aus Würzburg gewinnen können. Zunächst hielt Herr Vogel einen spannenden Vortrag und

spannte in diesem einen Bogen, der die Historie unseres Berufsstandes mit den sich entwickelnden Vergütungsaspekten verband. Weiterhin informierte er über aktuell gängige Rahmenbedingungen für angestellte Psychotherapeut*in-

nen, informierte über Tarifverträge und klärte auf, inwieweit Gewerkschaften und Psychotherapeutenkammern einen Einfluss auf Vergütungsfragen haben. Zudem bot er einen Ausblick in die Zukunft: Was werden wohl die approbierten Psychotherapeut*innen direkt nach dem Masterabschluss verdienen, welches Gehalt erhalten die Psychotherapeut*innen in Weiterbildung und in welcher Gehaltsgruppe verbleiben die jetzigen PP/KJP?

An den Vortrag schlossen sich ein reger Erfahrungsaustausch und eine interessante Diskussion an. Für viele war der Aspekt der deutlichen Gehaltsunterschiede durch unterschiedliche Haus- und Tarifverträge neu, einige Kolleg*innen merkten auch an, dass sie unter Bedingungen ohne Tarifvertrag

arbeiten. Hier entwickelte sich bei den in MVZ und Praxen angestellten PP/KJP eine rege Diskussion. Viele beschäftigt auch die Frage, welche Tätigkeiten in ihrem Leistungsspektrum enthalten sind und welche Sollgrößen zu Grunde gelegt werden.

Insgesamt, keine Frage, ist unsere Berufsgruppe sehr an einer angemessenen Vergütung ihrer fachlichen Expertise und starken Qualität interessiert. Diskussionen gingen in die Richtung, künftige PP/KJP und Fachpsychotherapeut*innen im TVöD in der Entgeltgruppe 15 einzuordnen, eine aus unserer Sicht zeitlich sehr überfällige Forderung. Auch die weiterhin schlechte Bezahlung der PiA wurde diskutiert, ebenso die Frage nach der Finanzierung der zu schaffenden Wei-



PTI-Ausschuss mit Referent und Präsident: Birte Ernst, Prof. Dr. Heiner Vogel (Referent), Dr. Claudia Overath, Daniela Herbst, Dr. phil. Clemens Veltrup (Präsident), Jan-Erik Albers (von rechts oben im Uhrzeigersinn)
Foto: privat

terbildungsstellen mit angemessener Vergütung.

JA, BE

Neumitgliedertreffen der PKSH

Am 7. Februar 2024 hat die PKSH ihr diesjähriges Neumitgliedertreffen durchgeführt. Eingeladen waren alle neuen Kammermitglieder des Jahres 2023. Die Veranstaltung fand als Videokonferenz statt. Eine Reihe von Mitgliedern haben an dem Treffen teilgenommen, darunter Angestellte, Selbstständige und Ausbildungsteilnehmende.

Für die Psychotherapeutenkammer nahmen der Präsident, Dr. Clemens Veltrup, sowie der Geschäftsführer, Michael Wohlfarth, teil.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde erläuterte Herr Dr. Veltrup anhand eines Organigramms den Aufbau und die verschiedenen Gremien der Kammer, insbesondere Kammerversammlung und

Vorstand, aber auch die Ausschüsse und die Beauftragten für die verschiedenen Bereiche sowie die ehrenamtlichen Richter*innen bei Berufsgericht und Berufsgerichtshof. Herr Wohlfarth ergänzte die Darstellung um die Aufgabenbereiche der Geschäftsstelle.

Anschließend erläuterte der Geschäftsführer die Einbettung der PKSH in ihr Umfeld, wie zum Beispiel Landtag und Ministerien, hier insbesondere das Ministerium für Justiz und Gesundheit, welches in Form des Referats „Berufe des Gesundheitswesens“ die Rechtsaufsicht über die Kammer ausübt. Außerdem wurden die Zusammenarbeit mit den anderen Heilberufekammern in Schleswig-Holstein, welche sich zur Interessengemeinschaft der Heilberufe

(IDH) zusammengeschlossen haben, und das Zusammenwirken der PKSH mit den elf übrigen Landespsychotherapeutenkammern in der Arbeitsgemeinschaft der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vorgestellt. Kontakte bestehen zudem noch zu den beiden Universitäten mit Lehrstühlen für Psychologie und Psychotherapie (Kiel und Lübeck), den sechs Instituten für die postgraduale Psychotherapieausbildung, Berufs- und Fachverbänden sowie den Kostenträgern.

Einige Fragen aus der Runde der Teilnehmenden wurden beantwortet, das Format wurde einhellig begrüßt und soll jährlich wiederholt werden.

MW

Uli Kruse ist tot

Uli Kruse ist am 6. November 2023 gestorben. Er wurde 77 Jahre alt. Er hinterlässt seine Partnerin Renate, seine drei Kinder und deren Familien.

Uli Kruse war von 2011 bis 2020 Mitglied unserer Kammerversammlung. Wer zwischen 1974 und 2011 irgend-

wo in Schleswig-Holstein in einer Beratungsstelle tätig war, kannte ihn bestimmt. Er leitete die Beratungsstelle des Diakonischen Werks in Rendsburg und war überdies der Leiter der Hauptstelle und damit oberster Psychologe des Diakonischen Werkes. In dieser Funktion, als Supervisor, als Auditor, als

Lobbyist, als „Ingangsetzer“ tauchte er überall im Land auf und war bestens vernetzt.

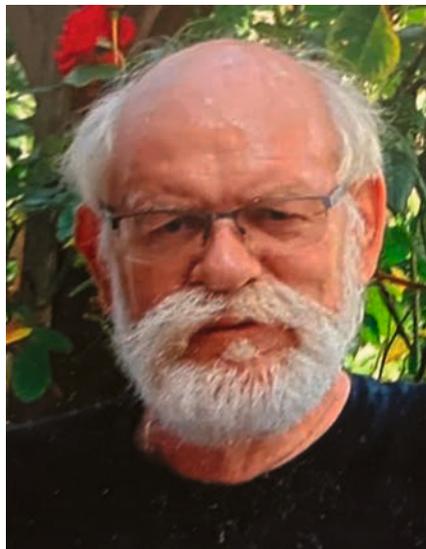
In der Kammerversammlung verlief die typische Begegnung mit Uli so: Ein großer weißbärtiger Mann in Motorradkleidung mit vielen Taschen rauscht in den

Versammlungsraum. Leicht gehetzt, aber in bester Stimmung kommt er von einer anstrengenden Versammlung in Hamburg oder Schleswig-Holstein. Da muss er gleich ein paar Eindrücke loswerden. Unter seiner Bikerkluft taucht ein schwarzes Wacken-T-Shirt auf und an jedem Arm die Jahresarmbänder des Festivals. Teilweise kann man die ursprünglichen Farben und Jahreszahlen noch erkennen. Aus der übervollen Tasche kramt er die aktuellen Sitzungsunterlagen, kodierte Artikel, Comics, skurrile Postkarten, ein Holzding und eine rote Clownsnase hervor. Die letzten beiden Utensilien kommen normalerweise bei seinen Beratungen von Kindern und Jugendlichen zum Einsatz, helfen aber auch bei Kammerversammlungen. Das Holzding ist eine Flöte, die klingt wie eine Dampflokpfefe und beendet die Sitzungspausen.

Uli hatte die Fähigkeit, seine Sitznachbarn zu unterhalten und mit dem freien Ohr die Tagesordnung und Diskussion zu verfolgen. Er war der Kammerbeauftragte für Migration. Da kannte er sich aus, berichtete hochkonzentriert und schilderte anschauliche Beispiele. Eigentlich war er seit 2011 Altersrentner, aber er düste mehrmals jede Woche zwischen Flensburg, Husum und Neumünster hin und her, um in mehreren Einrichtungen mit jungen Migrant*innen zu arbeiten. Man wüsste zu gern, wie diese jungen Leute aus fernen Kulturen dieses Energiebündel wahrnahmen. So war es seine Mischung aus altem weisen Mann und jugendlichem Schalk, mit der er terrorisierte und verängstigte Menschen „öffnete“.

Seine leitende Stellung beim Diakonischen Werk bot Uli viele Möglichkeiten,

die er weidlich nutzte. Er war bundesweit tätig als Fachmann bei der Schaffung von Jugendhilfeeinrichtungen. In den 80ern brachte er diese Expertise in Ungarn ein und in der ersten Hälfte der



Uli Kruse

Foto: privat

90er half er beim Aufbau von Familienkrisenzentren in Lettland. Nach dem Ende der Sowjetunion wurde deutlich, wie viel von der strukturellen Gewalt in konkrete Aggression in die Familien sickerte. Ab Ende der 90er wurde er Leiter des Diakonischen Werkes für das Kosovo-Projekt „Psychotherapeutische Hilfen für kriegstraumatisierte Kinder, Jugendliche und deren Familien“. Offiziell war es bis 2004 terminiert, aber Uli machte daraus sein Lebensprojekt. An die 50-mal war er bis ungefähr 2017 vor Ort. Jede Gelegenheit nutzte er zum Spendensammeln. Der Bundespräsident wurde 2007 auf Uli aufmerksam und verlieh ihm das Bundesverdienstkreuz am Bande. Die Anerkennung hat ihn gefreut, aber die Spenden waren ihm lieber.

Uli hatte auch Freizeit. Seine Kinder bestätigen, dass er für sie da war. Er sammelte Briefmarken und war ein exzessiver Modelleisenbahner (daher die Flöte). Er fuhr zu Events, wo an drei Tagen eine Rieseneisenbahnlandschaft auf- und wieder abgebaut wurde. Für seine Modelle mietete er schließlich ein Extra-Lager an. Das Bahnfahren selbst war ihm zu betulich, er liebte seine kraftvolle BMW. Er hatte in den letzten Jahren das große Glück, dass seine Partnerin Renate sein Tempo mithalten konnte.

Aber irgendwie war da noch Platz für Ehrenämter und die sammelte Uli ebenfalls. Jahrzehnte als Vorsitzender oder Vorstandsmitglied der BDP-Landesgruppe Schleswig-Holstein. Als Gründer des Kinderschutzbundes in Rendsburg, als Mitgründer der Bikers-Helpline, des Motorradgottesdienstes in Hamburg und des Seelsorge-Teams beim Heavy-Metal-Festival in Wacken. Er schob viel an, blieb dann aber auch dabei und so wurde es natürlich immer mehr.

Uli war das, was man gemeinhin als schillernde Persönlichkeit beschreibt. Immer wieder stößt man auf Menschen, die ihn irgendwie kennen und dann wird es schnell anekdotisch. Bei allen Aufgaben war er zugewandt, freundlich und humorvoll. Man kann ihn schlecht als Vorbild hinstellen, denn sein Antrieb würde die meisten Menschen sofort in den Burnout treiben. Uli bekam das aber hin. Er fehlt.

Uli Kruse fehlt besonders als fachlicher Experte, als engagierter Kämpfer für Kinderrechte, als Kümmerer für die Benachteiligten und als liebenswürdiger Kollege.

JD, KT

Gedenken

Wir gedenken des
verstorbenen Kollegen:

Karschny, Joachim
geb. 20.08.1959, Frankfurt am Main
verst. 25.01.2024, Lübeck

Redaktion

An den Texten dieser Ausgabe wirken mit: Dr. Clemens Veltrup, Michael Wohlfarth, Jan-Erik Albers, Birte Ernst, Juliane Dürkop, Dr. Klaus Thomsen.

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/6611990
Fax: 0431/6611995
Mo., Mi. & Fr.: 09.30–11.30 Uhr
Di.: 08.00–10.00 Uhr
Do.: 12.00–14.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Hamburg

Weidestr. 122c
22083 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Goyastr. 2d
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr und
12.30 – 15.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

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

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0
Fax 030/887140-0
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr
Mi 13.00 – 15.00 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.30 – 11.30 Uhr
Di 8.00 – 10.00 Uhr
Do 12.00 – 14.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

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, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie Psychotherapeut*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), Dr. Sandra
Dörrenbächer (Saarland), Jens J. Müller
(Schleswig-Holstein), Dr. Björn Riegel
(Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin,
C.v.D. (V.i.S.d.P.)
Matthias Schmid M. A., Redakteur
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.

23. Jahrgang, Ausgabe 1/2024

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Papier

100 % Recyclingpapier von Steinbeis



Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 2/2024 ist der 15. März, für Ausgabe 3/2024 der 14. Juni und für Ausgabe 4/2024 der 13. September 2024. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Mit jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern, eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) sowie eine Auflistung von ca. fünf thematischen Stichworten zu übermitteln. Der Titel, die Zusammenfassung und die Keywords sollten auch in englischer Übersetzung vorgelegt werden. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.

Inserentenverzeichnis PTJ 1/2024

zum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

An dieser Stelle finden Sie eine Vielzahl von Informationen zu Stellenangeboten, Veranstaltungen, Fachliteratur, Praxissoftware etc.

Aus- und Weiterbildung

DFI - Deutsches Focusing Institut, Würzburg	A4
Ego-State-Therapie, Institut Rheinland, Bonn	A11
EMDR-Institut Deutschland, Eckernförde	A11
Focusing-Netzwerk, Glonn bei München.	A4
IFT Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung GmbH, München	A11
Institut für Medizinische Psychologie, Heidelberg	A4
IVS, Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth.	A13

Beratung/Verschiedenes

Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	A11
---	-----

Kliniken und Versorgungszentren

VAMED Rehaklinik Schwedenstein, Pulsnitz.	A13
---	-----

Kongresse und Veranstaltungen

DGPS, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin.	A3
--	----

Literatur

Manfred Vogt Spieleverlag, Bremen	A9
---	----

Stellenanzeigen

Lauterbacher Mühle Klinik GmbH & Co. KG, Seeshaupt.	A3
---	----

Software / Gesundheitsapps

Epikur Software GmbH & Co.KG, Berlin	A7
ergosoft GmbH, Mannheim	A5

Alles auf einen Klick!

So sparen Sie wertvolle
Zeit und Ressourcen

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis



Bell/Best/Gerlach/Lubisch/Schaff/Schmid (Hrsg.)

Onlineversion.

€ 138,00 Halbjahrespreis
für eine Lizenz.
ISBN 978-3-86224-005-0

**Mitglieder der Verbände
DPtV, bvvp, DGPT, DGVT, VAKJP,
BPM und BDP erhalten einen
vergünstigten Preis.**

Weitere Informationen auf:
www.medhochzwei-verlag.de

Jetzt Anzeige
schalten!

STELLEN- & PRAXISMARKT

im Psychotherapeutenjournal



Hier geht's
zu den Mediadaten



Nutzen Sie den Stellenmarkt des medhochzwei Verlages

Sie möchten neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Ihr Haus oder Ihre Abteilung gewinnen?

Dann überlassen Sie die Suche nicht dem Zufall! Inserieren Sie im **Stellen- und Praxismarkt** und erreichen Sie alle Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychotherapeuten Deutschlands.



Sabine Hornig
Tel. 06221/91496-15
sabine.hornig@
medhochzwei-verlag.de

Alina Machka
Tel. 06221/91496-17
alina.machka@
medhochzwei-verlag.de



LAUTERBACHER MÜHLE



Für Einzeltherapie
suchen wir freiberuflich einen erfahrenen
psychologischen oder ärztlichen

Psychotherapeuten (m/w/d)

Privatklinik Lauterbacher Mühle
Unterlauterbach 1, 82402 Seeshaupt
Roswitha Scherg, Tel. 08801.18.219
E-Mail: bewerbung@lauterbacher-muehle.de
www.lauterbacher-muehle.de

30

DEUTSCHER PSYCHOTHERAPIE KONGRESS

FORUM FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE



11.-15. JUNI 2024

im ESTREL in BERLIN

virtuelle Teilnahme möglich

HIGHLIGHTS

- Vielfältiges Programm: Vorträge, wissenschaftliche Symposien, Diskussionen zu aktuellen berufspolitischen und fachlichen Themen
- Mehr als 55 Workshops und Praxissymposien
- Keynotes internationaler Expert:innen
- Möglichkeit zu Begegnung und Austausch
- Schirmherr: Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach

Anmeldung und alle Informationen unter:

www.deutscher-psychotherapie-kongress.de



unith

Universitäre
Aus- und Weiterbildung
für Psychotherapie

DGP_s

Fachgruppe Klinische Psychologie
und Psychotherapie



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung



(LEBENS-)KRISEN PAARWEISE MEISTERN

MODULARE FORTBILDUNGSREIHE FÜR PAARORIENTIERTES
ARBEITEN IN BERATUNG UND THERAPIE

INSTITUT FÜR MED. PSYCHOLOGIE – UNIKLINIKUM HEIDELBERG



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

28. / 29. Juni 2024

- Einbezug von Partner*innen in die Psychotherapie

05. / 06. Juli 2024

- Sexualtherapeutische Grundlagen und Interventionen

12. / 13. Juli 2024

- Psychische Belastungen rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

20. / 21. September 2024

- Psychotherapie und Beratung in Palliativ-situationen

04. / 05. Oktober 2024

- Der Übergang von Partnerschaft zu Elternschaft

25. / 26. Oktober 2024

- Trennung und Scheidung PAARweise meistern

15. / 16. November 2024

- Psychotherapie und Beratung im hohen Lebensalter und bei Demenz

06. / 07. Dezember 2024

- Psychotherapie und Beratung im Umgang mit einer Krebserkrankung als Paar

INFORMATIONEN UND ANMELDUNG:

www.heiskills.uni-heidelberg.de/de/node/1488



Fortbildungspunkte
werden beantragt
bei der PTK Hessen

FOCUSING Sommer im Schloss

43. Internationale Focusing-Sommerschule (DFI)

19. - 28. Juli 2024

Schloss Buchenau (Bad Hersfeld)

*Focusing-Symposium mit Pater Anselm Grün zu Achtsamkeit, u.a.
Focusing Einführung, u.v.m*



www.dfi-focusing.de

Stellen- und Praxismarkt im Psychotherapeutenjournal 2/2024

Anzeigenschluss: 14. Mai 2024

Erscheinungstermin: 17. Juni 2024



Die Focusing Wochen auf dem Achberg (Lindau/Bodensee) – Lernen und Austausch in inspirierender Umgebung

nachhaltig in Selbsthilfe, Beratung und Psychotherapie
Gendlins Methode zum Kennenlernen, Lernen und Erfahren

08. bis 10. August 2024
Auftaktseminar:

Umweltzentriertes Erleben

– ein Beitrag zum Klimawandel?

Gastreferentin: Teresa Dawson

10. bis 14. August 2024

Ausbildungsseminare:

- Focusing I – Einführung und Grundlagen

- Focusing IV – Integrations-Seminar

www.focusing-netzwerk.de

Focusing-Themen-Workshops (zeitgleich parallel):

- Es gibt keinen Stellvertreter für das eigene Leben

- Gruppenprozess zur Entwicklung einer umweltsensiblen Lebensgestaltung

- Focusing und Wandern

- Supervisions- und Beratungsangebot



Kein Bock auf Bürokratiechaos?

Unsere Software macht Schluss mit Praxiskratie!

Mit psychodat sagen Sie der Bürokratie den Kampf an.

Ob Praxisgründung oder Softwarewechsel - wir unterstützen.
Sind Sie dabei?

Rein in die Komfortzone!

Jetzt 6 Monate
Gratiszeitraum
sichern.*



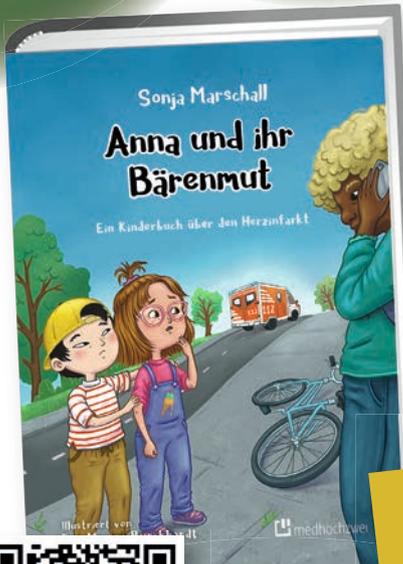
www.ergosoft.info/praxiskratie

* nicht mit anderen Aktionen kombinierbar.



Anna und ihr Bärenmut

Ein Kinderbuch über den Herzinfarkt



Beim Wettradeln zur Eisdiele bekam Annas Opa plötzlich keine Luft mehr und hatte Schmerzen im linken Arm. **Ein Herzinfarkt**, wie Anna später erfährt. Zum Glück kann Opa im Krankenhaus schnell geholfen werden und die freundliche Ärztin erklärt Anna alles über das Herz und seine Funktionsweise – von **Bauplänen im Körper, verstopften Autobahnen und Mülltransportern auf dem Weg zu Herz und Lunge**.

Für Kinder von 4 bis 9 Jahren
Hardcover, 32 Seiten, 20 €, ISBN 978-3-86216-952-8

Jetzt bestellen!
www.medhochzwei-verlag.de



Wissen gibt Kraft!

Ein Herzinfarkt im Familien- und Bekanntenkreis macht Angst. Kindern hilft ein offener Umgang mit ihren Fragen und Sorgen. Kindgerecht, sensibel und anschaulich hilft dabei dieses Buch und klärt über Ursachen, Symptome und Behandlungsmethoden auf.



Mehr Therapie, weniger Technik!

Das vollumfängliche Praxissystem für
Psychotherapeuten – mit Online-
Funktionen für Tablet
und Smartphone



✓ **Der Kalender**

Flexibles Verwalten Ihrer Termine – am
Computer oder mobilen Geräten

✓ **Die Patientenliste**

Jederzeit Zugriff auf wichtige
Patienteninformationen

✓ **Die Protokollfunktion**

Direkt am Tablet Notizen anlegen,
wahlweise mit Tastatur oder Pencil

✓ **Der Aufgabenmanager**

Versenden von Fragebögen, Tests und
Dokumenten als digitale Aufgaben

✓ **Der Messenger**

Schneller und sicherer Austausch mit Ihren
Patienten per Textnachricht

✓ **Die Videosprechstunde**

Bequemes Durchführen von Sitzungen
per Video-Call



Diehl/Kulin (Hrsg.)

Patientenportale – Türöffner für „Digital First“

Potenziale erkennen, Chancen nutzen,
Mehrwert bieten



Gesundheitswesen in der Praxis

medhochzwei

Softcover. VIII, 262 Seiten. € 65,-
ISBN 978-3-98800-012-5

NEU!

Value-basierte Medizin durch Patientenportale Türöffner für die Gesundheitsversorgung von morgen

Patientenportale sind Dreh- und Angelpunkt für eine Value-basierte Medizin und werden sich zur zentralen Schnittstelle für viele weitere **Digitalisierungsprojekte** entwickeln. Sie haben das Potenzial, in Zukunft zum **zentralen Begleiter der Patientinnen und Patienten** für jegliche Interaktion mit dem Gesundheitssystem zu werden.

Von der Praxis für die Praxis richtet sich das Werk an alle **Entscheider aus dem Gesundheitswesen**, die Digitalisierung ganzheitlich und langfristig angehen wollen.

Zunächst vermittelt das Buch das notwendige **Basiswissen** über Patientenportale und wirft dabei einen Blick in die USA, wo sich Patientenportale bereits eta-

bliert haben. Danach wird der **aktuelle Stand aus Wissenschaft und Forschung** zum Nutzen und Mehrwert von Patientenportalen erläutert. Hier werden erste Studien beschrieben zur Einführung von Patientenportalen in der Praxis. Zuletzt geht es um die **langfristigen Perspektiven und möglichen Weiterentwicklungen** von Patientenportalen auch abseits des KHZG.

Dieses Buch zeigt die Chancen auf, die heute und in Zukunft in der Implementierung eines Patientenportals stecken – für Kliniken, aber auch für alle anderen Sektoren und Akteure des Gesundheitswesens.

Jetzt
bestellen!

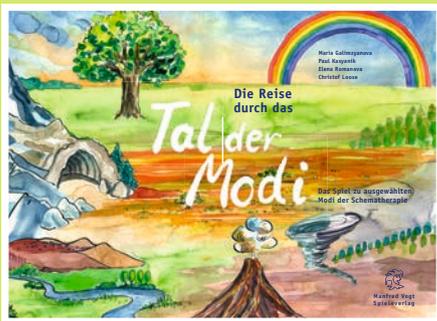


Cool bleiben!
Das Spiel zu Stresserleben
und Stressbewältigung
von Kindern und Jugendlichen.
(10-18 Jahre) € 88,-



Madita zweifelt an sich selbst,
wenn sie all die scheinbar
perfekten Menschen auf Social Media sieht.
Sie verordnet sich dann eine
Social Media-Pause.
Was denkst du darüber?

Hannes wird von Mathilda bedrängt,
weil sie mit ihm zusammen sein möchte.
Welcher Gedanke kann ihm helfen,
mit der Situation umzugehen?
- Ich darf „Nein“ sagen.
- Meine Bedürfnisse zählen genauso
wie die der anderen.
- Ich muss es nicht allen recht machen.



Sag etwas, das du gerne an
dir magst, und etwas,
das du nicht so gerne an dir magst.



Wer aus deiner Familie ist
am geduldigsten
und wer ist am ungeduldigsten?

Die Reise durch das Tal der Modi
Das Spiel zu ausgewählten Modi der
Schematherapie.
Spielerisch werden 10 Modi aus der Schematherapie
mit 250 Fragekarten thematisiert.
(6-14 Jahre) € 112,-



Die SoKo-Detektive
Das Trainingsspiel für
soziale Kompetenz
und Interaktion
(ab 6 Jahre), € 112,-



Stell dir vor, ein Freund
oder eine Freundin erzählt dir:
„Ich hab richtig
schlechte Laune.“
Welche Frage kannst du
jetzt stellen?

wütend, traurig,
ängstlich, fröhlich
Spiel eines dieser Gefühle.
Die anderen raten,
welches Gefühl du meinst.



Ich bin: VIELSEITIG!
Das Therapiespiel zum
Beschreiben, Verstehen
& Entwickeln des
eigenen Selbst
(ab 10 Jahre) € 66,-

... und andere kreative Therapiespiele unter:

www.mvsv.de



DIGITALE GESUNDHEITSREGIONEN

Praxishandbuch für regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke

DIGITALE GESUNDHEITSREGIONEN -

das Praxishandbuch für alle Gesundheitsakteure in suburbanen und ländlichen Regionen mit zahlreichen Beispielen für digitale, regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke.

- ✓ Aufbau und Management von Gesundheitsregionen
- ✓ Chancen digitaler Versorgungslösungen
- ✓ Voraussetzungen für erfolgreiche nachhaltige Versorgungsnetze
- ✓ Konzeption von Gesundheitsportalen



Prof. Dr. Philipp Walther

Professor für Gesundheitsmanagement, Hochschule Fresenius; Gesundheitsökonom; Advisor nationaler und internationaler Gesundheitsinstitutionen



Prof. Dr. Lars Timm

Leiter Studiengang „Management im Gesundheitswesen“, Hochschule Fresenius; Rettungssanitäter



Walther/Timm (Hrsg.)

Digitale Gesundheitsregionen

Praxishandbuch für regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke

Gesundheitswesen in der Praxis

medhochzwei

€ 65,00 | XIV, 257 Seiten

ISBN 978-3-86216-997-9

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Partnerschaft von
Rechtsanwältinnen und
Rechtsanwälten mbB

**Kostenlose
Video-Seminare 2024**

mit RAin Düsing + RA Achelpöhlner

**STUDIENPLATZ-
KLAGE**

Mi 20. März | Mi 10. April

Mi 24. April | Mi 8. Mai

Mi 22. Mai | Mi 5. Juni

Mi 19. Juni | Mi 3. Juli

Beginn: jeweils 18 Uhr

Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail
erhalten Sie die Zugangsdaten.

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

EGO-STATE-THERAPIE

Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



Unser **spezieller Qualitätsbonus:**
Wir unterrichten zu viert.
Vorträge im Wechsel, lebendige
Praxisdemos, intensive Klein-
gruppenbetreuung. Einbeziehen
des neuesten Forschungsstandes,
Grundlage bei Dissoziation und
Trauma ist die ICD 11.

Curriculum 2024-25

Einstieg jetzt möglich

Seminar 19.+20.04.2024
Arbeit mit traumatisierten inneren
Anteilen, Auflösung einfacher trauma-
tischer Erfahrungen, erste Schritte
im Umgang mit kontrollierenden und
beschützenden Anteilen

Seminar 24.05.2024 Teil 1
Anwenden und Umsetzen der Ego-
State-Therapie in gezielten, fallorien-
tierten Übungen

Seminar 21.+22.06.2024
Kontaktaufnahme und Arbeit mit kon-
trollierenden Anteilen bei komplex
Traumatisierten und bei dissoziativen
Symptomatiken

Seminar 30.+31.08.2024
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Ver-
handeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 20.09.2024 Teil 2
Anwenden und Umsetzen der Ego-
State-Therapie in gezielten, fallorien-
tierten Übungen

Seminar 15.+16.11.2024
Innere Kooperation und mögliche Inte-
gration der Ego-States, posttraumati-
sches Wachstum, Integration d. neuen
Wissens in die Behandlungsplanung

Die Seminare sind Teil des aner-
kannten Ausbildungscurriculums
zum: zur Ego-State Therapeut:in.

Das Buch zum Kurs
– bei V & R:
Leutner/Cronauer:
Traumatherapie-
Kompass



Begegnung, Pro-
zess und Selbst-
entwicklung in
der Therapie mit
Persönlichkeitsanteilen

Die Seminare umfassen 16 UE und werden
akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten.
Seminargebühren pro Seminar
inkl. Verpflegung 545 €.

Teilnahmevoraussetzung:
Approbation

Informationen zur Zertifiz-
ierung bei der EST-DE
Buchung per E-Mail bei:
susanne.leutner@t-online.de



WWW.EST-RHEINLAND.DE

**EMDR-Institut®
Deutschland**



seit 30 Jahren das führende Ausbildungsinstitut für EMDR

Das EMDR-Institut® Deutschland ist das einzige von der
Entwicklerin Dr. Francine Shapiro autorisierte EMDR
Ausbildungsinstitut in Deutschland.

3-tägige EMDR-Fortbildung Teil 1

Köln	13.-15.06.2024
Nürnberg	04.-06.07.2024
Stuttgart	19.-21.07.2024
Hannover	13.-15.09.2024
München	18.-20.10.2024
Köln	07.-09.11.2024

i Infos und Anmeldung auf emdr.de

☎ Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99

@ E-Mail: info@emdr.de

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



EMDR-Institut® Deutschland
Stolberggring 10, D - 24340 Eckernförde

SAVE THE DATE

VT-Nächte

Online-Vorträge von Fachexpert:innen
aktueller Schwerpunkt: Gender, Sex und Identität

- ✓ JEDEN 3. DONNERSTAG IM MONAT,
19-20:30 UHR
- ✓ 2 FORTBILDUNGSPUNKTE
- ✓ 30€ PRO ABEND

**JETZT
FRÜHBUCHER-
RABATT
SICHERN!**

VT-Wochen

Das vielfältige Fortbildungsprogramm
für Psychotherapeut:innen

- ✓ erprobtes Praxiswissen, innovative Therapie-
konzepte und wissenschaftlich vertiefende Themen
- ✓ Vorträge führender Expert:innen
- ✓ 1- bis 2-tägige Workshops
- ✓ akkreditierter Fortbildungsveranstalter
der PTK Bayern und der OPK

02.-05.05.24
DRESDEN

27.06-01.07.24
MÜNCHEN

15.-18.11.24
ONLINE



Anmeldung & Info
www.vtwoche.de

DEMENZ PODCAST

Unterstützung, Anregungen und Ideen
für Angehörige von Menschen mit Demenz



Alltag
Beginn & Diagnose
Sinnliches
Musik
Krankenhaus
Behandlungswege
Kommunikation
Bewegung
Corona
Hören

Technik
Selbstfürsorge
Pflegeheim
Lebensende
Kunst
Wohnformen
Spiritualität
Rechtliches
Familie
Reisen
...



www.demenz-podcast.de



30 Jahre Kompetenz in der Rehabilitation von PTBS, Angst- & Zwangsstörungen, affektiven Störungen, Burnout, Tinnitus, chronischen Schmerzen, Psychoonkologie und weiteren Schwerpunkten. Wir ermöglichen unseren Rehabilitanden sowohl die Mitaufnahme eines Begleitkinds auf einer Eltern-Kind-Station sowie auch die Mitaufnahme eines Hundes.

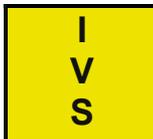
Weiterbildungsbefugnisse:

Psychosomatische Medizin & Psychotherapie (48 Monate), Psychiatrie & Psychotherapie (30 Monate), Sozialmedizin (12 Monate). Für die Ausbildung der Psychologen decken wir PT1 und PT2 in vollem Umfang ab.



www.vamed-gesundheit.de/schwedenstein

Trägerschaft:
Gesellschaft für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie, Verhaltensmedizin, Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstraße 14, 90491 Nürnberg



Institut für
Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie, Verhaltensmedizin, Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie

Staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015

19. Fachtagung des IVS am Samstag, den 8. Juni 2024

Thema: „Psychotherapie bei Psychosen“

für Studierende und PiAs anderer Institute kostenfrei - Veranstaltungsort: Stadthalle Fürth und online

Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PTK-BY bzw. BLÄK):

Laufend neue Termine

- **Gerichtsgutachter/in – Forens. Sachverständige/r** Seminare f. d. Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Grundlagen, Fam.-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit):
DP Marcus Müller u. Dr. Daniel Turner „Maßregelvollzug - Risikoeinschätzung §63, §64“ 13./14. April 2024 (Strafrecht)
Dr. Thomas Lorz „Betreuungsrecht und Beurteilung der Testier- und Geschäftsfähigkeit“ 20. April 2024 (SZV)
Dr. DP Jörg Fichtner „Lösungsorientierte Begutachtung nach § 163 Abs. 2 FamFG“ 10./11. Mai 2024 (Familienrecht)
- **Klinische Hypnose (KliHyp-MEG)** Fortbildungscurr. d. MEG-Regionalstelle Nbg/Fürth (128 FE in 8 Bl.), nächster Beginn:
Dr. DP Burkhard Peter „Einführungseminar in die Hypnose“ (B1/KE) 18./19. Oktober 2024 **Neu!**
DP Susanne Kohlhoff (Praxissem. C/CK) „Hilfreiche Plan B-Strategien für die Arbeit mit Hypnose und Trance“ 9./10. Nov. 2024
- **Klin. Hypnose, Hypnotherapie u. hypnosyst. Interventionen m. Kindern u. Jugendl. (KiHyp)** Curr. (KE/K1-K7)
DP Hiltrud Bierbaum-Luttermann „K4 Arbeit mit hypnotherapeutischen Teilkonzepten, ...“ 19./20. April 2024
Sonderpäd. Birgit Steiner-Backhausen „K1 Vermittlung v. Grundlagen, Beziehungsgestaltung ...“ 3./4. Mai 2024
- **Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation f. Ärzte u. Psychologen** (Curr.136 Std.) nächste Termine:
DP Melanie Grathwohl „Entspannungstraining (PMR) und sein therapeutischer Einsatz“ 20. April 2024
DP Werner Wiegand „Kognitive Umstrukturierung am Beispiel der Depression“ 21. April 2024

NEU! Systemisch fundierte Psychotherapie am IVS: Seit Mai 2023 findet am IVS neben der Ausbildung in Verhaltenstherapeutisch fundierter Psychotherapie auch die Ausbildung in Systemisch fundierter Psychotherapie statt.

Kontakt und Infos: IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 41/43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-200

Homepage/Online-Anmeldung/weitere Termine unserer Fort- u. Weiterbildungen: www.ivs-nuernberg.de



Frühlingsbote gesichtet?

Der **medhochzwei Newsletter** informiert Sie das **ganze Jahr über** mit allen Infos und wichtigen Neuerungen aus dem **Gesundheitswesen**.

Jetzt kostenfrei anmelden!



Internationale Pflegefachkräfte anwerben und integrieren

Die Anwerbung internationaler Pflegekräfte ist für viele Gesundheitseinrichtungen eine vielversprechende Chance, ihre Personalsituation zu verbessern. Dabei entsprechen die vorherigen Erwartungen jedoch häufig nicht der Realität, denn Anwerbeprozesse entpuppen sich als komplex, langwierig, bürokratisch und kostenintensiv.

Dieser Praxisleitfaden bietet eine umfassende Orientierung im dichten Dschungel von Anwerbung, Anerkennung, Spracherwerb und Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Dabei wird der gesamte Prozess von Experten fundiert dargestellt und so seine einzelnen Bestandteile inklusive Anforderungen und Hindernisse eingängig beleuchtet.

Erfahrene Autoren aus namhaften Gesundheitseinrichtungen und Institutionen gewähren dazu exklusive Einblicke in die praktische Anwerbe- und Integrationsarbeit. Ihre Beiträge sensibilisieren für Bedenken und Unwägbarkeiten und zeigen zudem Best Practice Beispiele. Sie setzen außerdem einen zentralen Fokus auf die persönlichen Sorgen der internationalen Pflegefachkräfte, die ihre Heimat, Familie und Freunde verlassen, um sich in einem unbekanntem Land mit fremder Sprache niederzulassen.



2024. XX, 258 Seiten. € 59,00. Softcover.
ISBN 978-3-98800-015-6



Jetzt bestellen!

www.medhochzwei-verlag.de



Netzwerk zur Integration
internationaler Gesundheitsfachkräfte



Gruppentherapeutische Frühintervention für Menschen mit beginnender Demenz und ihre Angehörigen



FRIDA – Frühintervention für Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren Angehörige

Behandlungsmanual für eine dyadische Gruppentherapie

Softcover. XII, 175 Seiten. € 59,00
ISBN 978-3-86216-967-2

Das Manual FRIDA beschreibt das **psychotherapeutische Konzept der dyadischen Frühintervention im Gruppensetting**. Das Besondere: die **gemeinsame Behandlung von Menschen mit demenzieller Entwicklung und deren primären Angehörigen** in einem Gruppensetting, das durch eine Begegnung auf Augenhöhe gekennzeichnet ist. Dazu werden interdisziplinäre Perspektiven aus Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Bewegungstherapie und Logopädie vereint.

Durch die dyadische Frühintervention soll das Bewusstsein für die Herausforderungen der Menschen mit demenzieller Entwicklung und ihrer Familien geweckt und diese darin unterstützt werden, mit den demenzbedingten Veränderungen besser umzugehen. Die Teilnehmenden lernen, trotz der Gedächtnisprobleme am Leben aktiv teilzunehmen und sich so möglichst lange eine hohe Lebensqualität zu erhalten. Inhaltlich ist der Ansatz ressourcenorientiert, d. h. er baut auf den vorhandenen Stärken und Möglichkeiten jedes Einzelnen auf.



Weitere Informationen zum Buch finden Sie hier:



Videointerview mit
den Herausgebern



Leseprobe

FILM AB!

FÜR DAS 7. HEIDELBERGER FORUM GESUNDHEITSVERSORGUNG

Prävention, Innovation und die Medizin der Zukunft

Neue Bündnisse für Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Die Lage im Gesundheitswesen ist geprägt vom demografischen Faktor, der unweigerlich zu mehr Gesundheitsnachfrage führen wird. Dem stehen starre Strukturen und defizitäre Versorgungsprozesse gegenüber. Es wird darum gehen müssen, die strukturellen

Schwächen des herrschenden Medizinverständnisses und der Finanzierung von Versorgung zu überwinden. Was die Anwendung klassischer Gesundheitsversorgung vor diesem Hintergrund anbelangt, befinden wir uns an einem Wendepunkt. **Die Themen sind:**

Panel 1

Prävention – Neue Bündnisse für eine Gesellschaft des längeren Lebens

Panel 2

Innovation – die treibende Kraft für bessere Ergebnisse

Panel 3

Medizin der Zukunft – Evidenz und Wert vereinen

Panel 4

Die Stärke der Regionen – integrierte und interprofessionelle Versorgung organisieren

25. APRIL 2024



Freuen Sie sich auf eine spannende Keynote von **Prof. Dr. Eckhard Nagel**, Universität Bayreuth, und weitere hochkarätige Referentinnen und Referenten:

- **PD Dr. Stephan Barth** (Nutrition Hub)
- **Niklas Best** (Oska Health GmbH)
- **Thomas Bodmer** (DAK-Gesundheit)
- **Dr. Florian Brandt** (IKK Südwest)
- **Dr. Gertrud Demmler** (SBK Betriebskrankenkasse)
- **Dr. med. Anke Diehl** (Universitätsmedizin Essen)
- **Katrin Erk** (Universitätsklinikum Heidelberg)
- **Christian Geers** (MSH Medical Europe GmbH)
- **Dr. Ruth Hecker** (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)
- **Dr. Stefanie Höger** (SRH Kurpfalzkrankenhaus)
- **Dr. med. Irmis Huber** (neotes GmbH)
- **Daniela Kahlert** (Roche Diagnostics Deutschland GmbH)
- **Istok Kespret** (HMM Deutschland GmbH)
- **Andrea Kiefer** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe)
- **Dr. Valerie Kirchberger** (HRTBT Medical Solutions GmbH)
- **Christina Leinhos** (Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.)
- **Pelin Meyer** (Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg)
- **Frank Scherbaum** (GSA Insulet Germany GmbH)
- **Prof. Dr. Tobias Warnecke** (Klinikum Osnabrück)
- **Prof. Dr. Susanne Wurm** (Universität Greifswald)



Tischgespräch am Vorabend

24. April 2024, ab 19:00 Uhr

Mit einer Tischrede von
Prof. Dr. Thomas Klie

Who cares? Das Gesundheits- und Pflegesystem im demographischen Druck
Analysen, Prognosen, Perspektiven

Preis inkl. Menü und Getränkepauschale:
89,00 € (zzgl. 19 % MwSt.)



**Jetzt anmelden und mitdiskutieren –
Mit dem Sonderpreis für PsychotherapeutInnen**

Frühlingsfrische Unterhaltung für Menschen mit Demenz



Ilse's Weite Welt

Mit Bildern berühren:

Ein Film für Menschen mit Demenz

Hunde – unsere treuen Freunde

DVD | 60 Minuten | 24,99 €

Weitere Informationen und Bestellung unter:
www.ilsesweitewelt.de



Hinweis zum Praxiskauf/-verkauf

Ein sog. KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Sie geht mit einer Verpflichtung zur Erbringung der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Aufgaben einher und bedeutet die Mitgliedschaft innerhalb der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und eine Abrechnungsgenehmigung gemäß den Regelungen der Psychotherapievereinbarung. Eine solche Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVen bekannt gemacht. Dann kann sich prinzipiell jeder approbierte Psychologische Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Arztregistereintrag um den KV-Sitz bewerben und die Zulassungsausschüsse bei den KVen entscheiden. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, das heißt zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch. Nähere Informationen zum Kauf und Verkauf einer Praxis finden Sie z. B. bei Rüping und Soffner (PTJ 1/2008 und PTJ 1/2009). Verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen; KV-Zulassung vorhanden.
- Praxisanteil zu verkaufen; KV-Teilzulassung vorhanden.
- Praxis zu kaufen gesucht; KV-Zulassung erwünscht.
- Praxisanteil zu kaufen gesucht; KV-Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen.

Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheim gestellt.

Wir danken für Ihr Verständnis!

**Ihr Anzeigenteam
von medhochzwei**

Praxisabgabe

Halbe, gut ausgelastete Praxis in Unkel am Rhein, Einzugsgebiet zwischen Bonn und Koblenz, ab Oktober 2024 abzugeben. KV-Zulassung vorhanden. Praxisräume können übernommen werden. Unterstützung bei Einarbeitung möglich. Kontakt unter: c.koehler-rau@mailbox.org oder 01520 1315779.

Limburg/L.-Runkel, große Praxis zu verkaufen, sofort nach Vereinbarung. KV-Zulassung vorhanden (VT für Erwachsene und VT für Kinder). Kontakt: rieche@vulkan-web.de

Offenbach/Stadtmitte
Praxis für Psychotherapie (TP Erwachsene) zum 1.1.2025 zu verkaufen. Halbe Zulassung vorhanden. Raum kann bei Bedarf gemietet werden. weber-callsen@gmx.de

Sehr gut etablierte Psychotherapiepraxis **Raum Rastatt / Baden-Baden (BaWue)** zum **01.01.2025** oder **später** abzugeben. KV-Zulassung im Sonderbedarf mit vollem Versorgungsauftrag (PP / KJP / VT) vorhanden. Hohe Auslastung, zentrale Lage mit Parkplätzen, sehr gute Verkehrsanbindung, große helle Praxisräume, Aufzug im Haus. **mail to: praxis@bayrhofer.de**

Frankfurt (Oder)
Praxis für Tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Ende 2024 zu verkaufen. Halbe KV-Zulassung vorhanden. Nur für Koll. mit TP-Ausbildung. Ulrike.Kaschel@gmx.de, 0335/6659999

Praxisvermietung

Offenbach (Fußgängerzone), schöner Praxisraum (Stilaltbau) in bester Lage in psychoth. Praxisgemeinschaft ab 01. April zu vermieten. Tel.: 069 80052943

Jetzt Anzeige schalten!

www.mhz-anzeigen.de

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Unterstützung bei VT-Antragstellung** von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Berufshaftpflicht – Praxisversicherung und weitere Versicherungsangebote für Psychotherapeuten*innen

www.heilberufeschutz.de

Biete Unterstützung bei **Aufbau / Pflege Ihres Qualitätsmanagementsystems (QMS)** und Durchführung der **telefonischen Erreichbarkeit**. Beim QMS-Aufbau können **Beratungskosten bis zu 50%** vom Bundesministerium für Wirtschaft **bezuschusst** werden.

Clemens Thamm Tel: 040/88128615
E-Mail: qms@clemens-thamm.de
Web: www.clemens-thamm.de

HELDENREISE – Einzigartige tiefgründige Selbsterfahrung. Methoden der Gestalttherapie, Bioenergetik, imaginative, kreative, kognitive Techniken vereint in einem Seminar.

5.–10.7.24 Breitensteicher Mühle (1 h von Berlin). Angeleitet von den Psychotherapeuten Judith Vogel-Weissinger und Dr. Peter Hofer.
Anmeldung: vogelweissinger@gmail.com

Wir suchen **bundesweit** approbierte und im Arztregister eingetragene Psychotherapeuten (m/w/d) in eigener Praxis für eine psychotherapeutische Tätigkeit auf der Basis von **80,- bis 85,- Euro** pro Sitzung.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Frau Helm: kontakt@therapeutenverbund.de

Diplom Psychologin mit langjähriger Erfahrung bietet Unterstützung für **Berichtentwürfe (TP/AP für Erw/Ki/Ju)** kompetent, zuverlässig, zeitnah und diskret
Expressservice möglich
Fon: 01525/8711148
Email: Antragsberichte@posteo.de

PTJ 2/2024: 14. Mai ist Anzeigenschluss!

Frühzeitig buchen und 67.531 Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychotherapeuten erreichen!

(tatsächlich verbreitete Auflage, IVW-Prüfung, 4. Quartal 2023)

Geben Sie Ihre Kleinanzeige auf unter www.mhz-anzeigen.de

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe des
Stellen- und Praxismarkt im
Psychotherapeutenjournal ist der 14.05.2024.
Erscheinungstermin ist der 17.06.2024.

Verschiedenes

Supervision und Unterstützung bei der **Berichtstellung für TP/AP (Erw., K/J)** bietet Psychol. Psychotherapeut mit langjähriger Erfahrung (Bearbeitungszeit: 3 Tage).
Tel.: 06421/871740
Email: psydienst@web.de

Fortbildung „Qi Gong für Kinder und Jugendliche“ für die Einzel- und Gruppenarbeit therapiebegleitend, online Video Kurse – jederzeit starten, oder online-live – Sommer – 13./14. Juli 2024
www.qigong-vier-jahreszeiten.de, Tel: 06865-180878

„Yoga in der Therapie und zur Selbstfürsorge“ – Zertifizierte Fortbildung für Psychotherapeut*innen (54 Punkte), Leitung: Judith Vogel-Weissinger, 3 Module (Freitagabend–Sonntag). Nächster Start: 26.4.24 in Berlin, Pankow.
Anmeldung: vogelweissinger@gmail.com

Biete professionelle Unterstützung für Berichtsentwürfe (VT, TP, Privatkassen, f. Erw.). 20 Jahre Erfahrung, Kompetenz, Zuverlässigkeit, hohe Flexibilität, zeitnah. Tel. 0176 / 709 94 980.
Email: karin.hofschuster@t-online.de

Unterstützung bei der Berichterstellung (VT, TP; Erw./KiJu)
Dr. M. Oldero
Tel: 0162 6085386
www.m-olderog.de

Balintgruppe Düsseldorf
Neue Balintgruppe in Düsseldorf ab September 2024, 14-tägig, Mittwochnachmittags, 0211/9233063
balint@psychotherapiepraxis-duesseldorf.de

35. Potsdamer Balint-Tagung
03.–04. Mai 2024
Leitung: Dr. Steffen Theilemann
Anmeldung und Information:
www.balintgesellschaft.de

Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an:

medhochzwei
Verlag GmbH,
Frau Sabine Hornig,
Chiffre-Nr. _____
Alte Eppelheimer
Str. 42/1,
69115 Heidelberg

Hinweis zum Leistungsantrag

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass ein Abgeben von Fallarbeit oder des Bericht-Schreibens an Dritte sowie die Übernahme von fertigen Textbausteinen gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verstößt.

Ihr Anzeigenteam von
medhochzwei

Impressum

Adressänderungen teilen Sie bitte direkt Ihrer zuständigen Psychotherapeutenkammer mit.

Anzeigenmarketing und -verkauf

Sabine Hornig,
Tel.: 06221/91496-15;
sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de,
Alina Machka,
Tel.: 06221/91496-17;
alina.machka@medhochzwei-verlag.de,
Fax: 06221/91496-20,
medhochzwei Verlag GmbH,
Alte Eppelheimer Str. 42/1,
69115 Heidelberg

Verlag (V.i.S.d.P.)

Annette Xandry, Programmleitung, Tel.: 06221/91496-12;
Fax: 06221/91496-20,
annette.xandry@medhochzwei-verlag.de,
medhochzwei Verlag GmbH,
Alte Eppelheimer Str. 42/1,
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz,
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
Druck | Buch | Verlag
33100 Paderborn

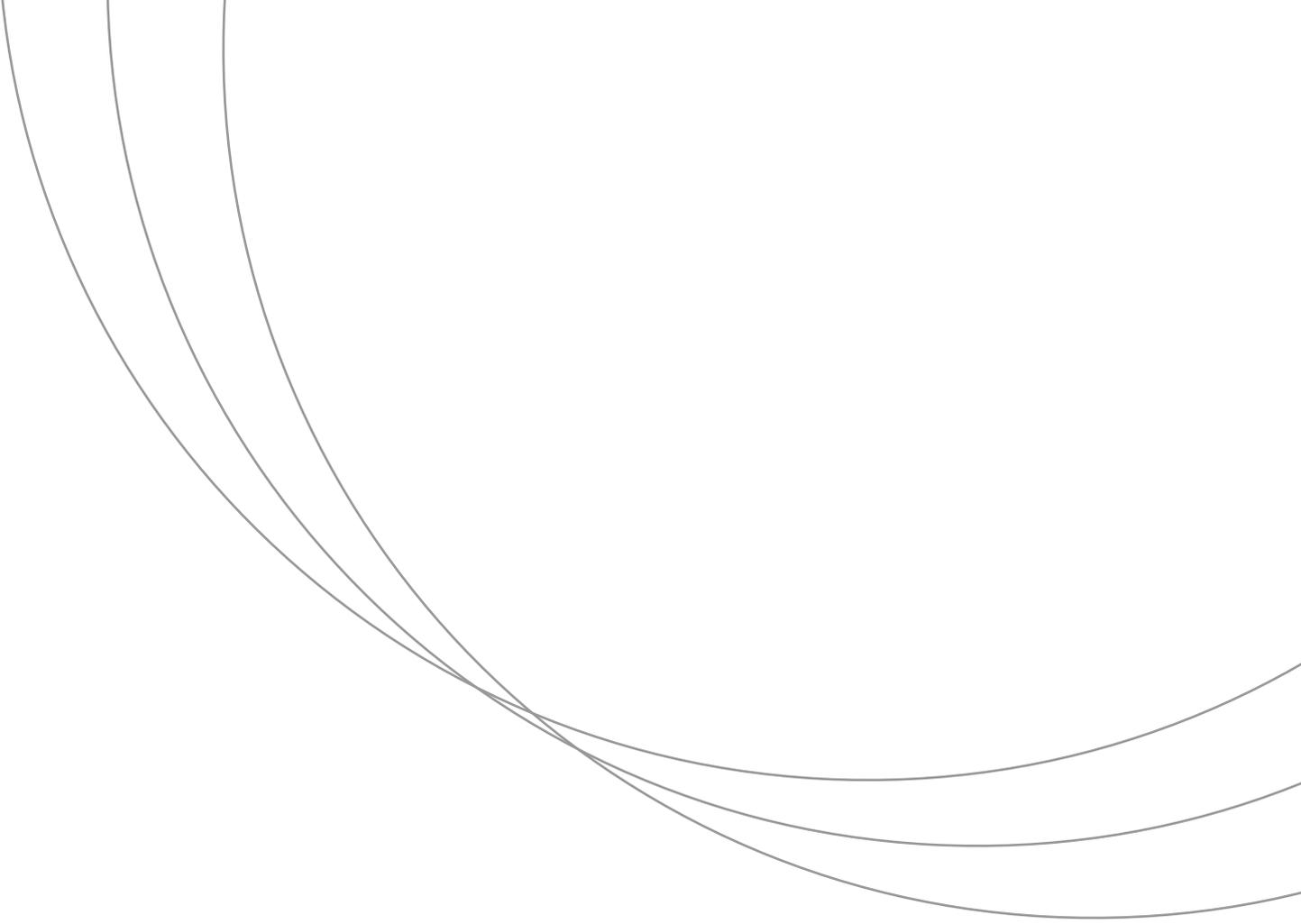
Papier

100 % Recyclingpapier von
Steinbeis



Bitte beachten Sie unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Anzeigenschaltung unter <http://www.medhochzwei-verlag.de/AGB> oder fordern Sie diese an bei sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de.

Anzeigenschluss für das
PTJ 2/2024 ist der
14.05.2024.





www.psychotherapeutenjournal.de

