

Psychotherapeuten journal

■ **Schwerpunkt:**

Psychotherapeutische Unterstützung und
Behandlung von traumatisierten Personen

■ Psychotherapie – ein Risiko für die Glaubhaftigkeit im Strafverfahren?

■ „Childhood-Haus“ – ein neues Konzept im interdisziplinären Kinderschutz

■ Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach der Flucht

■ Konzeptionelle und praxisbezogene Anmerkungen zur OPD-3

■ Digitale Übungen zur Stärkung emotionaler Kompetenz

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,

wenn Sie diesen Text lesen, liegt der Sommer schon hinter uns und die Welt hat sich weitergedreht. Gerade scheint sie nicht nur symbolisch zu brennen. Wir sind damit konfrontiert, wie Gewalt, Emotionalisierungen und Komplexitätsreduktionen im Alltag zunehmen. Fakten scheinen als Grundlage in manchen Kreisen immer mehr an Bedeutung zu verlieren. Diffamierungen, Fake News, unbelegbare Behauptungen und Lügen ersetzen Sachargumente. Mit groben Verkürzungen und dem Schüren von Ressentiments drängen Rechtspopulist*innen in immer mehr Staaten an die Macht. Indes versuchen etablierte Parteien teilweise, durch eine Kopie der rechtspopulistischen Rhetorik und Positionen abtrünnige Teile ihrer einstigen Wählerschaft zurückzugewinnen. Ist mit dem differenzierten Vermitteln komplexer Zusammenhänge kein Staat (mehr) zu machen?

In unseren psychotherapeutischen Behandlungen sind wir der Wahrheit/Wahrhaftigkeit verpflichtet. Neurotisches Leiden, neurotische und psychotische Verzerrungen werden in psychotherapeutischen Prozessen empathisch begleitet, schrittweise hinterfragt, konfrontiert, verstanden und eingeordnet. Wenn es gut geht, ist dies der Weg zur Heilung. Gesellschaftlich scheint das allerdings nicht zu funktionieren.

Vor sechs Jahren habe ich beschrieben, dass wir Psychotherapeut*innen wissen, wie viel Zeit und Wiederholung es bedarf, um Neues zu etablieren. Wie genau die „Fähren ins Bewusstsein“ führen, wie Worte im Gehirn Bedeutung entwickeln, ist neurowissenschaftlich noch nicht genau geklärt, aber wir erfahren täglich, wie mächtig und wirksam Sprache in alle Richtungen ist. Für Vermittlung und Veränderung komplexer Zusammenhänge scheinen Politiker*innen dagegen in

den zur Verfügung stehenden kurzen Wahlperioden wenig Zeit zu haben. Ein befreundeter Bundestagsabgeordneter erzählte mir vor Jahren, wie es ihn während seines ersten Bundestagsmandats erschütterte, dass fast alle Parlamentarier*innen in der Mitte der Legislaturperiode begannen, an ihrer Wiederwahl zu arbeiten und komplexe Themen zu vermeiden. Vielleicht ist es deshalb manchmal so schwer, in Demokratien langfristige Projekte auf den Weg zu bringen und zu verfolgen, vor allen Dingen solche, die mit Einschränkungen und Einschnitten für die eigene Wählerschaft verbunden sind.

Dabei werden wir von Entwicklungen überrannt, deren Dimensionen wir lange verleugnet haben. Die Folgen von Klimawandel, Krieg, Flucht, Gewalt und Ausbeutung wirken sich immer deutlicher im gesellschaftlichen Leben, aber auch im Psychischen, in Sinnverlust und ausgeprägter Erfahrung von Hilflosigkeit aus. Sich vor diesem Hintergrund emotional zu regulieren, die Perspektiven anderer mitzudenken und besonnen zu handeln, fällt offenbar immer schwerer und erscheint Vielen sinnlos. Die Bereitschaft zum Affektdurchbruch ist allgegenwärtig. Das zeigt sich mitunter auch im Ausmaß von Gewalt in der Gesellschaft. Besonders erschreckend sind dabei Übergriffe in sozialen Nahverhältnissen, v. a. in Beziehungen zu Kindern und Jugendlichen. Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik für das Berichtsjahr 2023 wurden bundesweit jeden Tag durchschnittlich mehr als 50 Kinder und Jugendliche Opfer von sexuellem Missbrauch, davon sogar sechs Kinder im Alter von unter sechs Jahren. Die Zahlen im Dunkelfeld liegen leider wohl noch deutlich höher.

Wie wichtig es ist, sich von solch erschütternden Zahlen nicht entmutigen zu lassen, sondern sich beständig am



Kampf für Verbesserungen zu beteiligen, zeigt der am 19. Juni 2024 vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern. Zum einen verstetigt dieser endlich das Amt des*der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), zum anderen werden strukturelle Verbesserungen und Maßnahmen zur Prävention gegen sexuellen Missbrauch festgeschrieben.

Vor diesem Hintergrund widmen wir uns in einem Schwerpunkt dem Zusammenhang therapeutischen Handelns inmitten des Traumas aus unterschiedlichen Perspektiven. Wir nehmen das schwierige Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren in den Blick wie auch die Frage, wie eine angemessene Begleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen z. B. mit dem Konzept des Childhood-Hauses gelingen kann. Auch die komplexe Situation von geflüchteten Kindern und Jugendlichen, die sich auch nach der Flucht noch in traumatischen Prozessen befinden, wird aufgegriffen. Aus psychotherapeutischer Perspektive ist die Bedeutung von frühen präventiven Ansätzen zu betonen. Der o. g. Gesetzentwurf macht Hoffnung und zeigt auf, dass auch in scheinbar ausschließlich düsteren Zeiten nach konstruktiven Lösungen gesucht wird. Ich wünsche Ihnen, trotz allem, einen schönen Spätsommer. Mischen Sie sich mutig und tatkräftig ein und bleiben Sie gesund.

*Torsten Michels (Hamburg)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Schwerpunkt: Psychotherapeutische Unterstützung und Behandlung von traumatisierten Personen

233

Jonas Schemmel

Wann gefährdet Psychotherapie die Glaubhaftigkeit in Strafverfahren (und wann nicht)? Erläuterungen und Handlungsempfehlungen für Psychotherapeut*innen

Traumatisierte Patient*innen können zentrale Opferzeug*innen in Strafverfahren sein. Der Artikel beschreibt mögliche Erinnerungsveränderungen im Rahmen einer Psychotherapie und gibt Empfehlungen, wie das Risiko von für die Glaubhaftigkeit problematischen Erinnerungsveränderungen reduziert werden kann.

242

Sabine Ahrens-Eipper & Andrea Walter

Psychotherapie und Strafverfahren – kein Widerspruch. Hintergründe und berufspraktische Hinweise für Psychotherapeut*innen

Der Artikel möchte kurz den Stand der Forschung zur leitliniengemäßen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung wiedergeben und die Besonderheiten bei einem mit dem Trauma assoziierten laufenden oder nahenden Strafprozess darstellen. Vor diesem Hintergrund sollte bei Vorliegen einer Traumafolgestörung ohne Rücksicht auf die in einem Strafverfahren anstehenden Vernehmungen mit einer Psychotherapie zeitnah begonnen oder eine bereits eingeleitete Psychotherapie fortgeführt werden.

251

Marilena de Andrade & Astrid Helling-Bakki

Childhood-Haus: Chance & Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz

Wie gelingt komplexe, interdisziplinäre, traumasensible und kindzentrierte Zusammenarbeit über die Grenzen verschiedener Professionen und behördlicher Strukturen hinweg? Am Beispiel des Childhood-Haus-Konzepts werden Chancen und Herausforderungen im interdisziplinären Kinderschutz insbesondere im Hinblick auf verschiedene Tätigkeitsfelder der Psychologie mit ihren Schnittstellen der klinischen Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Rechtspsychologie erläutert.

260

Christoph Müller

Psychotherapeutisch Handeln inmitten des Traumas. Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach der Flucht

Der Beitrag beschreibt die Situation von geflüchteten Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund sequenzieller Traumatheorien. Die Geflüchteten befinden sich häufig auch nach der Flucht noch inmitten potenziell traumatischer Prozesse. Der Autor plädiert dafür, auch in dieser Phase als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen aktiv zu werden und eine therapeutische Begleitung anzubieten. Der Text diskutiert, welche Besonderheiten in der therapeutischen Haltung und Handlung dafür nötig sind.

Rezensionen

- 269** *Lars Hauten & Ingo Jungclaussen*
Neuer Wein in neuen Schläuchen? Konzeptionelle und praxisbezogene Anmerkungen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3)
Dieser Beitrag beleuchtet aus einer unabhängigen Perspektive außerhalb der OPD-Arbeitsgruppe die konzeptionellen Änderungen der neuen, dritten Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3). Es wird zusammenfassend betont, dass die OPD-3 durch präzisiertere Operationalisierungen eine genauere Diagnostik ermöglicht. Die große Herausforderung besteht darin, aufgrund der neuen Ausdifferenzierungen die hierdurch erhöhte Komplexität für die Praxis handhabbar zu machen.
- 278** *Avelina Lovis-Schmidt, Elisa Scheler & Heiner Rindermann*
Psychotherapie gezielt ergänzen: Digitale Übungen zur Stärkung emotionaler Kompetenz. Evaluation mithilfe experimenteller Einzelfallstudien
Digitale Übungen zur Steigerung emotionaler Kompetenz wurden an Einzelpersonen, Eltern und Liebespaaren evaluiert. Die erste Übungsversion scheint vielversprechend und die Erfolge sind mit Präsenz-Interventionen vergleichbar. Der Artikel stellt die Evaluationsstudie und ihre Ergebnisse vor und zeigt Möglichkeiten für den begleitenden oder ergänzenden Einsatz der Übungen in der Psychotherapie auf.
- 289** **John Steiner – ein ungewöhnlicher Forscher auf den Spuren von NS-Täter-Persönlichkeiten**
Eine Rezension von Hans-Volker Werthmann: Fahrenberg, A. (Hrsg.). (2022). Täter-Forschung nach Auschwitz – John Steiners Untersuchungen.
- 290** **Am Fokus entlang – Klarheit und Struktur in der Behandlung komplexer früher Eltern-Kind-Beziehungsstörungen finden**
Eine Rezension von Doreen Pauls: Schlenzog-Schuster, F., Koch, G. & Ludwig-Körner, Chr. (2023). Fokusbasierte Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Ein psychodynamisches Behandlungsmanual.
- 291** **Theoretisches Kompendium und lebendiger Praxisleitfaden. Ein integrativer Überblick über das Feld der Körperpsychotherapie**
Eine Rezension von Stefan Ide: Marlock, G., Weiss, H., Grell-Kamutzki, L. & Rellensmann, D. (Hrsg.). (2023). Handbuch Körperpsychotherapie (2. Aufl.).

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

297	Bundespsychotherapeutenkammer	319	Hessen
301	Baden-Württemberg	322	Niedersachsen
305	Bayern	325	Nordrhein-Westfalen
309	Berlin	330	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
313	Bremen	334	Rheinland-Pfalz
315	Hamburg	338	Saarland
		341	Schleswig-Holstein

229	Editorial
293	Leserbriefe und Repliken
345	Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern
346	Impressum Psychotherapeutenjournal
A1	Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages
A18	Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Wann gefährdet Psychotherapie die Glaubhaftigkeit in Strafverfahren (und wann nicht)?

Erläuterungen und Handlungsempfehlungen für Psychotherapeut*innen

Jonas Schemmel

Zusammenfassung: Viele Patient*innen in Psychotherapie können gerade in Sexualstrafverfahren als potenzielle Opferzeug*innen eine entscheidende Rolle spielen. Es gibt jedoch Befürchtungen, eine Psychotherapie könnte Erinnerungen an das traumatische Delikt verfälschen. Der Artikel erläutert tatsächliche und vermeintliche Risiken einer Psychotherapie für die Glaubhaftigkeit und listet Handlungsempfehlungen für Psychotherapeut*innen auf. Von vornherein unproblematisch dürften psychotherapeutische Interventionen ohne spezifischen Erinnerungsbezug sein. Unbedingt sind suggestive Therapiesettings zu vermeiden, bei denen sich falsche Erinnerungen ausbilden können. Dabei liegen zu Beginn der Therapie keine Traumaerinnerungen vor und werden dann infolge eines gezielten Suchprozesses rekonstruiert. Werden bereits zu Therapiebeginn vorliegende Erinnerungen traumafokussiert behandelt, sind möglicherweise neu auftretende Details genau zu protokollieren und zurückhaltend-skeptisch zu bewerten. Im Idealfall sollte zuvor eine fachgerechte Vernehmung durch Strafbehörden oder Gerichte durchgeführt und dokumentiert sein.

Einleitung

Viele Patient*innen in der Psychotherapie blicken auf strafrechtlich relevante Gewalterfahrungen zurück. Dies gilt in besonderem Maße für Patient*innen in den Traumaambulanzen, wo Betroffene von Gewalt- und Sexualstraftaten insbesondere seit dem 1. Januar 2021 einen Anspruch auf eine niedrigschwellige und kurzfristige psychotherapeutische Behandlung haben (§§ 31–34 SGB XIV). Im Falle eines Strafverfahrens ist die Aussage dieser Patient*innen häufig entscheidend dafür, ob es schließlich zu einer Verurteilung des*der Angeklagten kommt oder nicht, und wird daher eingehend geprüft. In diesem Zusammenhang gibt es Befürchtungen, eine Psychotherapie könnte die Glaubhaftigkeit der Aussagen von Geschädigten beeinträchtigen. Gerichte sind durch höchstrichterliche Rechtsprechung angehalten, mögliche suggestive Einflüsse durch eine Psychotherapie zu überprüfen. In diesem Spannungsfeld aus Psychotherapie und Glaubhaftigkeit ergeben sich Herausforderungen für Patient*innen und Psychotherapeut*innen in der Praxis. Dies gilt vor allem, wenn der befürchtete Schaden für die Glaubhaftigkeit vor Gericht eine notwendige psychotherapeutische Intervention aufzuschieben oder gar ganz zu verhindern droht.

Der vorliegende Artikel soll über diese Problematik informieren und praktisch auf die damit verbundenen Herausforderungen vorbereiten. Zunächst werden die Hintergründe der skizzierten Problematik ausgeleuchtet. Im Anschluss wird dargelegt, inwieweit eine Psychotherapie eine Aussage verändern kann und in welchen Fällen dies ihre Glaubhaftigkeit

tatsächlich beeinflusst. Daran anknüpfend werden konkrete Handlungsempfehlungen präsentiert. Diese sollen Psychotherapeut*innen dabei unterstützen, problematischen Erinnerungsveränderungen vorzubeugen und – im Interesse einer effektiven Strafverfolgung und des Wohles der Patient*innen – kooperativ an einem möglichen Strafverfahren mitzuwirken.

Psychotherapie und Glaubhaftigkeit – ein Spannungsfeld?!

Traumatische Erfahrungen gelten als bedeutender Risikofaktor für die Ausbildung einer psychischen Störung (*Daníelsdóttir et al., 2024*).¹ Die in diesem Zusammenhang prominenteste Diagnose ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die sich insbesondere nach interpersonellen Traumata, z. B. körperlichen oder sexuellen Übergriffen, ausbilden kann (Kessler et al., 2017; Maercker et al., 2008; McLaughlin et al., 2013). Gerade kindliche Gewalterfahrungen erhöhen jedoch auch das Risiko der Ausprägung einer psychischen Störung ohne diagnostischen Traumabezug, z. B. Depressionen, Angst- und Essstörungen oder Schizophrenie (Hailes et al., 2019; Hogg et al., 2023; McKay et al., 2022), wobei eine aktuelle Metaanalyse 34 quasi-experimenteller Studien einen kleinen, aber substantziellen durchschnittlichen Effekt ergab ($d = \sim 0.3$; Baldwin et al., 2023). Mauritz et al. (2013) fassten 33 Untersuchungen

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.

zusammen und fanden bei erwachsenen Patient*innen mit verschiedenen schwerwiegenden, nicht traumabezogenen Störungsbildern eine deutlich erhöhte Prävalenz von körperlichen (25–72 %, im Mittel 47 %) und sexuellen Misshandlungen (24–49 %, im Mittel 37 %) in Kindheit und Erwachsenenalter. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass viele Patient*innen, die sich aufgrund ihrer Symptomatik in Psychotherapie begeben, traumatische Erfahrungen gemacht haben und sich dies nicht nur auf psychotherapeutische Einrichtungen mit einem klaren Traumafokus beschränkt.

Viele der mit solchen traumatischen Erfahrungen verbundenen Taten sind strafbewehrt und können demnach Gegenstand von Strafverfahren werden. Vor allem bei in Rede stehenden Sexualstraftaten wird die Aussage der Betroffenen

— Viele Patient*innen, die sich aufgrund ihrer Symptomatik in Psychotherapie begeben, haben traumatische Erfahrungen gemacht.

häufig besonders geprüft, da sie in der Regel das einzige Beweismittel darstellt (Aussage-gegen-Aussage-Konstellation). Vonseiten der Justiz wird dann häufig das Anliegen geäußert, eine möglichst ursprüngliche Aussage von Betroffenen für die Aufklärung des Sachverhaltes verwenden zu können (Stang & Sachsse, 2014). Dabei kommt gerade der Frage einer möglichen Beeinflussung durch eine Psychotherapie besondere Aufmerksamkeit zu. So führt der Bundesgerichtshof in ständiger Rechtsprechung aus, dass das Vorliegen von Pseudoerinnerungen nur dann verneint werden könne, wenn suggestive Einflüsse im Rahmen einer Psychotherapie ausgeschlossen werden können (2 StR 455/14, Rn. 19). Bei Hohoff (2021), Richterin am Bundesgerichtshof, heißt es, dass durch das Sprechen über Sexualdelikte in Psychotherapien nachfolgende Vernehmungen nur von „eingeschränktem Wert“ seien, da „Verfälschungen der Erinnerungen und suggestive Einflüsse des Therapeuten nur schwer ausgeschlossen werden können“ (S. 156; für eine ähnliche, internationale Perspektive siehe Branaman & Gottlieb, 2013).

Nicht selten wird Geschädigten in diesem Zusammenhang von einer Psychotherapie abgeraten, solange ein Strafverfahren noch nicht abgeschlossen ist, weil dies die Aussage zu stark therapeutisch verändern und damit ihre Glaubhaftigkeit beschädigen könne (Branaman & Gottlieb, 2013; Stang & Sachsse, 2014). Da Betroffene oft ein Interesse an einer effektiven Strafverfolgung des Täters haben, kann sie dies vor die schwierige Abwägung zwischen der eigenen Gesundheit und der späteren Glaubhaftigkeit vor Gericht stellen („traumatherapeutisches Dilemma“; Bublitz, 2019).

Auch für Psychotherapeut*innen ergeben sich aus dieser Situation besondere Herausforderungen (vgl. Fouché &

le Roux, 2018). So muss im Interesse des*der Patient*in sein*ihr psychotherapeutischer Bedarf ermittelt und auf diesen adäquat eingegangen werden, ohne dass die notwendige psychotherapeutische Intervention zu aversiven Erfahrungen im Zusammenhang mit Ermittlungs- und Gerichtsverfahren führt, z. B. weil die Glaubhaftigkeit der Aussage – ob zu Recht oder Unrecht – infrage gestellt wird. Darüber hinaus ist gut möglich, dass Psychotherapeut*innen als sachverständige Zeug*innen vor Gericht Auskunft über Symptomatik, Ablauf und Inhalt der Therapie vor allem mit Bezug auf das fragliche Delikt geben müssen, wenn Patient*innen eine Schweigepflichtsentscheidung erteilen. Unter dem Schlagwort „pre-trial therapy“ (PTT) existiert zu dieser Thematik zwar bereits eine – wenn auch überschaubare – englischsprachige Literatur (z. B. Branaman & Gottlieb, 2013; Fouché & Fouché, 2017); in der deutschsprachigen Literatur wurde die Thematik jedoch erst kürzlich und bislang nur vereinzelt aufgegriffen (Bublitz, 2019; Schemmel & Volbert, 2021).

Hier schließt der vorliegende Artikel an, indem er über die obige Thematik informieren und prakti-

sche Empfehlungen an die Hand geben will, wie mit den damit verbundenen Herausforderungen umgegangen werden könnte. Im Einzelnen sollten Psychotherapeut*innen wissen,

- welche *Erinnerungs- und Aussageveränderungen* durch Psychotherapien bewirkt werden können,
- inwieweit diese für die De-facto- und die zugeschriebene Glaubhaftigkeit von Aussagen in Strafverfahren *problematisch* sein können und
- welche *Maßnahmen* Psychotherapeut*innen ergreifen können, um das Risiko von strafrechtlich relevanten Erinnerungs- und Aussageveränderungen zu minimieren und aus strafrechtlicher Perspektive relevante Informationen zur Verfügung stellen zu können.

Auf diese Punkte wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

Mögliche Erinnerungs- und Aussageveränderungen durch Psychotherapie

Bezüglich relevanter *Erinnerungsveränderungen* im Rahmen von Psychotherapien sind kontinuierliche von diskontinuierlichen Erinnerungsverläufen zu unterscheiden. Bei diskontinuierlichen Verläufen weisen Patient*innen zu Beginn der Psychotherapie keine Erinnerung an ein bestimmtes Trauma auf und entwickeln diese erst im Laufe der Psychotherapie. Diese Verläufe sind häufig hochproblematisch. Bei kontinuierlichen Verläufen besteht zu Beginn der Therapie bereits eine Traumaerinnerung. Mögliche Erinnerungsveränderungen beziehen sich dann zumeist auf Details dieser Erinnerung und können, müssen aber nicht zwangsläufig problematisch sein.

Mit *Veränderungen der Aussage* ist demgegenüber gemeint, dass der Inhalt der Erinnerung zwar prinzipiell gleich bleibt, sich aber die Art und Weise ihrer Darstellung ändert, z. B. im Hinblick auf die eine Erzählung begleitende Emotionalität. Dies ist aus aussagepsychologischer Sicht für die Bewertung der Glaubhaftigkeit in der Regel nicht relevant, kann aber für juristische Verfahrensbeteiligte eine Rolle spielen.

Erinnerungsveränderungen – Diskontinuierliche Erinnerungsverläufe und falsche Erinnerungen

Diskontinuierliche Verläufe von vermeintlichen Erinnerungen zeichnen sich dadurch aus, dass unmittelbar nach dem später behaupteten, zumeist traumatischen Ereignis keine Erinnerungen daran bestehen und diese erst graduell in der Folge eines erwartungsgeleiteten und spezifischen Suchprozesses generiert werden. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass durch einen solchen Suchprozess falsche Erinnerungen an Ereignisse entstehen können, welche niemals stattgefunden haben (*Brainerd & Reyna, 2005; Brewin & Andrews, 2017; Loftus & Davis, 2006*).

Im Rahmen von Psychotherapien steht am Anfang eines solchen Suchprozesses in der Regel die Vermutung, das Symptombild eines*einer Patient*in sei Folge eines traumatischen Ereignisses, das nicht mehr erinnert werde. Das Fehlen der Erinnerungen wird häufig mit Annahmen begründet, traumatische Erfahrungen würden regelmäßig verdrängt oder dissoziiert und dies führe dazu, dass Betroffene an vollständiger Amnesie litten, also ihnen selbst das prinzipielle Wissen, das Trauma erlebt zu haben, unzugänglich sei. Begünstigt durch ihre emotionale und kognitive Mangelsituation unternehmen Patient*innen in der Folge Anstrengungen, die vermuteten Erinnerungen zu rekonstruieren. Dabei bedienen sich die Patient*innen zumeist suggestiv wirksamer Techniken, die die Entstehung bildhafter Vorstellungen fördern. Auf der Basis einer hinreichenden Überzeugung, ein vermutetes Ereignis habe stattgefunden, dürfte jedoch jede intensive kognitive Auseinandersetzung damit mentale Bilder generieren (*Hyman & Loftus, 1998*). Wenn die so entstehenden Bilder mit biographischen Informationen oder bereits bestehenden Erinnerungen verknüpft und als historische Wahrheit interpretiert werden, begünstigt dies schließlich einen Quellenverwechslungsfehler, d. h. die fälschliche Zuschreibung intern generierter Bilder als extern, also durch Wahrnehmung äußerer physikalischer Reize, generierter Bilder (zum Ganzen siehe *Lindsay & Read, 1994; Lynn et al., 2015; Volbert, 2018*).

Obwohl ein solcher Prozess auch außerhalb von Psychotherapien stattfinden kann (*Dodier & Patihis, 2021*), können Psychotherapeut*innen ihn erheblich begünstigen, nicht zuletzt aufgrund ihrer Autorität und ihres tatsächlichen und zugeschriebenen Wissens- und Kompetenzvorsprungs, der Patient*innen besonders empfänglich für therapeutische Annahmen macht (*Dodier et al., 2019; Patihis & Pen-*

dergrast, 2019). Suggestive Prozesse können dann von Psychotherapeut*innen angestoßen werden, wenn sie die *Überzeugung* einer Patient*in, ein nicht mehr erinnerliches Trauma erlebt zu haben, durch Plausibilitätsinformationen fördern (*Scoboria et al., 2007, 2014*). Dies kann z. B. durch die Attribution von Symptomen auf nur vermutete Traumata oder auch die Normalisierung eines Nichterinnerns von Traumata gegenüber dem*der Patient*in geschehen, indem die Konzepte der Verdrängung und/oder Dissoziation traumatischer Erfahrungen diskutiert werden (*Volbert, 2018*). Psychotherapeut*innen können zudem selbst direkte Vermutungen bezüglich einer erlebten Traumatisierung der Patient*in anstellen und durch mehrfache, insistierende Nachfragen eine suggestiv wirksame Situation schaffen. Eine solche Situation ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass der*die Patient*in durch die Kommunikation einer Erwartungshaltung unter Druck gesetzt wird, welcher durch die vermeintliche Wiedererinnerung des vermuteten Traumas wieder aufgelöst werden kann. Darüber hinaus können Psychotherapeut*innen gezielt und möglicherweise wiederholt *therapeutische Techniken* mit dem Ziel anwenden, vermutete Erinnerungen zu rekonstruieren (*Lynn et al., 2015*). Hierzu zählen Aufforderungen, sich hypothetische Missbrauchsszenarien vorzustellen (z. B. beim Betrachten von Familienfotos), oder auch Traumdeutungen, in denen von Traumbildern direkt auf die historische Vergangenheit geschlossen wird. Aber auch etablierte traumafokussierte Verfahren und Methoden (z. B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Imaginative Reprocessing and Rescripting Therapy (IRRT) oder traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie) können dann suggestives Potenzial entfalten, wenn sie nicht, wie in den Leitlinien vorgesehen, für die Reprozessierung *vorliegender* Erinnerungen bzw. eine In-sensu-Konfrontation mit *vorliegenden* Erinnerungen verwendet, sondern zur Rekonstruktion nur *vermuteter* Erinnerungen eingesetzt werden. In diesem Fall erhöhen sie nicht zuletzt aufgrund des imaginativ-reprozessierenden Vorgehens das Risiko, dass die für eine Bearbeitung notwendige bildhafte Erinnerung zwar durch den Einsatz der psychotherapeutischen Intervention entsteht, aber nicht auf tatsächlichem Erleben basiert (*Schemmel et al., 2024*). Schließlich können Psychotherapeut*innen die durch einen solchen suggestiven Rekonstruktionsprozess entstandenen Bilder eines*einer Patient*in als historische Wahrheiten interpretieren, sodass gerade vor dem Hintergrund der therapeutischen Autorität ein *Quellenverwechslungsfehler* aufseiten des*der Patient*in wahrscheinlicher und intern generierte Bilder für extern generiert, d. h. auf Wahrnehmungen basierend, gehalten werden (*Loftus & Davis, 2006*).

Es ist deutlich darauf hinzuweisen, dass die diesem Prozess zugrunde liegenden Annahmen wissenschaftlich nicht haltbar sind. So werden traumatische Erinnerungen in der Regel besonders gut behalten (*McNally, 2003, 2005*). Während sie, ähnlich wie andere Erinnerungen, durchaus unvollständig und fehlerhaft sein können und im Laufe der Zeit Veränderungsprozessen unterliegen (*Sommer & Gamer, 2018; Volbert, 2011; Volbert et al., 2019*), gelten psychogene

Totalamnesien von Traumaerinnerungen als extrem selten (Ehlers et al., 2012). Weder Verdrängung noch Dissoziation sind als gedächtnisbeeinflussende Prozesse belegt (McNally, 2023; Otgaar et al., 2019); klinische Beobachtungen, die als Hinweise auf Verdrängung oder Dissoziation von Erinnerungen angeführt werden, können meistens besser durch übliche Vergessensprozesse oder kognitive Vermeidung erklärt werden (Clancy & McNally, 2005; Howe, 2022). Umgekehrt ist der Entstehungsprozess falscher Erinnerungen empirisch gut belegt (Brainerd & Reyna, 2005; Scoboria et al., 2017). Auch in der klinischen Psychologie wird explizit vor dem oben beschriebenen therapeutischen Handeln gewarnt, da es das Risiko falscher Erinnerungen erheblich steigert (Brewin & Andrews, 2017). Dennoch gaben in einer aktuellen Untersuchung 35 % der befragten Psychotherapeut*innen in Deutschland an, mindestens einmal eine lediglich vermutete Traumaerinnerung einer Patient*in gezielt aufgedeckt zu haben, wobei dies bei den meisten Psychotherapeut*innen jeweils insgesamt nur sehr selten geschah. Dabei scheint die initiale Vermutung eines Traumas hinter Symptomen nicht nur von Psychotherapeut*innen, sondern häufig auch von Patient*innen geäußert zu werden (Schemmel et al., 2024).

Von den beschriebenen Wiedererinnerungen als Ergebnis eines expliziten Suchprozesses sind spontane Wiedererinnerungen abzugrenzen, welche durch Konfrontation mit einem Hinweisreiz auftreten, der assoziativ mit einer bestimmten Erinnerung verknüpft ist, die wiederum über einen gewissen Zeitraum nicht abgerufen wurde (Dodier et al., 2023; Meyers-

— Aus aussagepsychologischer Perspektive ist die emotionale Beteiligung von Opferzeug*innen während der Aussage unerheblich, weil sie kein verlässlicher Indikator für die Glaubhaftigkeit ist. —

burg, 2015). Unter bestimmten Bedingungen können auch traumatische Erfahrungen zunächst vergessen und spontan wiedererinnert werden (Schooler et al., 1997; Shobe & Schooler, 2001). McNally und Geraerts (2009) fassen zusammen, dass dies am ehesten bei einmaligen Ereignissen vorkommt, welche zunächst nicht als traumatisch wahrgenommen wurden. Wenn im weiteren Verlauf Erinnerungsauslöser fehlen und/oder früheres Erinnern vergessen wird („forgot-it-all-along effect“; Anthony & Janssen, 2023), kann die unerwartete Konfrontation mit einem Erinnerungsauslöser eine spontane Wiedererinnerung eines Traumas auslösen, welche häufig mit Überraschung aufgenommen wird (siehe auch Dodier et al., 2023).

Insofern sind Wiedererinnerungen nicht per se gleichzusetzen mit falschen Erinnerungen. Es kommt auf die Genese der Wiedererinnerung an. Auch im Rahmen von Psychotherapien ist möglich, dass z. B. aufgrund einer offenen Frage oder eines Denkanstoßes Patient*innen spontan aversive oder gar

traumatische Erfahrungen wiedererinnern, ohne dass sich hieraus Hinweise auf einen suggestiven Verlauf ergeben (Goodman et al., 2019). Denkbar ist, dass diese Form der Wiedererinnerung keineswegs selten in der Psychotherapie auftritt (Schemmel et al., 2024). Sie sollte aber klar von solchen Wiedererinnerungen unterschieden werden können, die Ergebnis eines Suchprozesses sind (Meyersburg, 2015).

Erinnerungsveränderungen – Verfälschungen von kontinuierlichen Erinnerungen

Die zentrale Besonderheit des oben beschriebenen Verlaufes besteht darin, dass sich Patient*innen in Psychotherapie begeben, ohne explizite Traumaerinnerungen zu haben, und diese erst im Rahmen einer Psychotherapie entwickeln. Gerade in Traumaambulanzen dürften sich aber häufiger solche Patient*innen vorstellen, deren traumatisches Erlebnis nicht weit zurückliegt und prinzipiell erinnert wird. In diesen Fällen kann Psychotherapie aus logischen Gründen keine vollständigen Erinnerungen induziert haben (Schemmel & Volbert, 2021). Es stellt sich dann vielmehr die Frage, inwieweit Psychotherapie auch kontinuierliche, bereits zu Therapiebeginn bestehende Erinnerungen verfälschen könnte.

Zunächst ist festzuhalten, dass sich auch bei bereits bestehenden Traumaerinnerungen eine explizite Suche nach zusätzlichen, lediglich vermuteten Erinnerungen verbietet.

Psychotherapeut*innen könnten ein solches Vorgehen wählen, z. B. wenn sie postulieren, bereits erinnerliche Traumata könnten die beobachteten Symptome nicht hinreichend erklären und es müsse sich noch mehr zugetragen haben. Dies geht mit dem hohen Risiko einher, dass zusätzlich zur

kontinuierlichen Traumaerinnerung vermeintliche Erinnerungen an weitere Traumata kreiert werden, die möglicherweise nicht auf wahren Erleben beruhen.

Darüber hinaus ist zu klären, inwieweit sich einzelne Aspekte der kontinuierlichen Erinnerung durch therapeutische Prozesse verändern können. Es ist empirisch gut gesichert und weitestgehend unumstritten, dass das Gedächtnis rekonstruktiv funktioniert und gerade der Abruf von autobiografischen Erinnerungen von unterschiedlichen kognitiven Prozessen der Gegenwart, z. B. von Motivation, aktuellen Wahrnehmungen und Bedürfnissen oder Vorstellungen, beeinflusst werden kann (Pohl, 2007; Schacter, 2012). Umfangreiche Forschung zeigt, dass diese vermutlich adaptive Eigenschaft des Gedächtnissystems anfällig für irreführende Informationen machen und damit zu einer Erinnerungsverfälschung beitragen kann („misinformation effect“; Loftus, 2005; Loftus & Klemfuss, 2023). Eine solche Beeinflussung muss dabei nicht mit Absicht erfolgen, sondern kann bereits durch unbewusst

subtile Formulierungen einer Frage geschehen, sodass diese suggestive Wirkung entfalten kann (Scoboria et al., 2002). Auch andere psychotherapeutische, gerade imaginative Techniken dürften grundsätzlich in der Lage sein, einzelne Details einer Erinnerung zu verändern (Lindsay & Read, 1994), zumal sie im Kontext einer Therapie selten losgelöst von aktuellen Erwartungen, Bedürfnissen und Zielen von Patient*in und Psychotherapeut*in besprochen werden dürften. Vor diesem Hintergrund erscheint vor allem der Effekt von traumafokussierten Verfahren und Methoden, wie z. B. EMDR, der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie oder auch IRRT, relevant. Solche Verfahren und Methoden stehen im Zentrum der leitliniengerechten Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (Schäfer et al., 2019), instruieren Patient*innen, das traumatische Ereignis mental zu prozessieren, und – wie im Fall von IRRT – arbeiten zum Teil mit der bewussten Integration neuer Details in erinnerte Abläufe. Inwieweit dies tatsächlich geeignet ist, Erinnerungen zu verfälschen, dürfte u. a. von der subjektiven Plausibilität der neuen Details und der Stärke der Erinnerung abhängen.

In den letzten Jahren standen vor allem EMDR und Imagery Rescripting im Fokus von experimentellen Untersuchungen bezüglich ihres (verfälschenden) Effekts auf Erinnerungen. Im Hinblick auf EMDR wurde insbesondere der Einfluss der horizontalen Augenbewegungen während des Abrufs der zu bearbeitenden Erinnerung geprüft. Sowohl Otgaar et al. (2021) als auch Kenchel et al. (2022) hielten in ihren Übersichtsarbeiten hierzu jeweils fest, dass die überschaubare Studienlage die Annahme einer erhöhten Anfälligkeit für Falschinformationen durch die bei EMDR üblichen Augenbewegungen bislang nicht bestätigte. In der Tat wurden vereinzelt gefundene Effekte entweder bislang nicht repliziert (Houben et al., 2018; Calvillo & Emami, 2019; Kenchel et al., 2022; van Schie & Leer, 2019) oder bezogen sich auf Wiedererkennungsfehler in Laboraufgaben (Houben et al., 2020; Leer & Engelhard, 2020). Ein Effekt der Augenbewegungen auf tatsächlich autobiografische Erinnerungen konnte in einer weiteren Studie nicht gezeigt werden (Meckling et al., 2024).

Eine Arbeitsgruppe der LMU München hat in den letzten Jahren mehrere Untersuchungen insbesondere zum Effekt von Imagery Rescripting auf den Inhalt von Erinnerungen vorgelegt (Aleksic et al., 2024; Ganslmeier, Ehring et al., 2023; Ganslmeier, Kunze et al., 2023). Dafür schauten gesunde erwachsene Proband*innen einen aversiven Film oder mussten eine stressinduzierende Aufgabe bewältigen (Trierer Stress-Test), was im Verlauf der Untersuchung mithilfe von Imagery Rescripting und zum Teil mit Imagination bearbeitet wurde (Aleksic et al., 2024). Insgesamt ergaben die zitierten Untersuchungen keine Zunahme von falschen Angaben in Erinnerungen im freien Bericht und/oder in der Beantwortung von offenen und Multiple-Choice-Fragen. Vereinzelt zeigte sich sogar ein leichter Anstieg bei der Anzahl korrekt wiedergegebener Details durch Imagery Rescripting, allerdings blieben die Effekte sehr klein und zwischen den Studien inkonsistent (z. B. Aleksic et al., 2024).

Obwohl die Forschung hierzu noch am Anfang steht, zeigen diese ersten Ergebnisse, dass eine Anwendung imaginativer Verfahren auf ein kontinuierlich erinnertes Erlebnis nicht zwangsläufig mit juristisch relevanten Veränderungen von Erinnerungsinhalten einhergehen muss (Schemmel & Volbert, 2021). Eine abschließende Einordnung des gesamten Themenkomplexes scheint indes verfrüht, da weiterhin viele forensisch relevante Fragen offen sind. Diese beziehen sich z. B. auf länger zurückliegende, authentische autobiografische Ereignisse, auf Erinnerungsveränderungen in einem tatsächlichen therapeutischen Kontext, auf möglicherweise differenzielle Veränderungen von Rand- und Kerngeschehen einer Erinnerung oder auch auf die subjektive Plausibilität neuer Details im Rahmen von IRRT (siehe auch Fouché & Fouché, 2017). Zu beachten ist ebenfalls, dass die bislang verwendeten Instruktionen – soweit in den jeweiligen Artikeln nachvollziehbar – keine (suggestiven) Beeinflussungen von außen beinhalteten, wie dies üblicherweise in Untersuchungen zum Missinformationseffekt der Fall ist. Bei den Teilnehmenden lagen keine Vorannahmen bezüglich noch zu rekonstruierender Details vor. Insofern widersprechen diese Untersuchungen denjenigen zum Missinformationseffekt oder zur Entstehung falscher Erinnerungen nicht (siehe oben). Die bereits dargestellten suggestionsförderlichen Faktoren (Annahmen bislang nicht erinnelter Details aufseiten des*der Patient*in und/oder Psychotherapeut*in, Anwendung suggestiver Fragen oder psychotherapeutischer Techniken zur Rekonstruktion dieser Details, unkritische Interpretation neuer Details als erlebnisbasiert) können auch bei kontinuierlichen Erinnerungen gerade in Kombination mit imaginativen Verfahren für Verfälschungen sorgen.

Aussageveränderungen

Von inhaltlichen Veränderungen der Erinnerungen sind solche Veränderungen abzugrenzen, die die Aussage bzw. die Art und Weise der Darstellung betreffen. Stang und Sachsse (2014) fassen die Einschätzung mancher Jurist*innen so zusammen, dass diesen die Aussagen von therapierten Opferzeug*innen „so glatt, so abgerundet, so frei von Widersprüchen“ erscheinen, dass „atmosphärisch gar nichts mehr [überkomme]“ und, was „dem Opfer durch die Tat angetan wurde, [...] gar nicht mehr spürbar“ werde (S. 195). In diesem Sinne beeinträchtigt eine Psychotherapie die subjektive Überzeugungsbildung juristischer Verfahrensbeteiligter. In der internationalen Literatur ist dies als „emotional victim effect“ bekannt (Ask & Landström, 2010), also die Heranziehung der emotionalen Beteiligung eines*einer Opferzeug*in als Indikator der Glaubhaftigkeit (Nitschke et al., 2019). Aus aussagepsychologischer Perspektive ist die emotionale Beteiligung von Opferzeug*innen während der Aussage jedoch unerheblich, weil sie kein verlässlicher Indikator für die Glaubhaftigkeit ist. Während also Erinnerungsveränderungen die Glaubhaftigkeit von Aussagen tatsächlich beeinträchtigen können, beeinflussen Veränderungen der Aussageweise vor allem subjektive Glaubwürdigkeitszuschreibungen.

Indes erscheint nachvollziehbar, dass gerade in Aussage-gegen-Aussage-Konstellationen möglichst ursprüngliche und authentische Aussagen von Opferzeug*innen in die Verfahren eingeführt werden sollen. *Stang und Sachsse (2014)* vergleichen Aussagen in diesem Zusammenhang mit einem Tatort, der möglichst unmittelbar nach der Tat und vor einer möglichen Kontamination oder den natürlichen Veränderungen der Spurenlage genauestens dokumentiert wird, und fordern eine ähnliche Haltung gegenüber Aussagen. Diese seien ebenfalls möglichst rasch „so umfassend und umfangreich wie möglich per Tonträger und Video zu sichern“ (S. 195), da sich – zusätzlich zu möglichen externen Einflüssen – Erinnerungen mit der Zeit naturgemäß verändern und Vergessensprozesse einsetzen.

Dennoch liegt auf der Hand, dass hier womöglich ein systematischer Konflikt zwischen Psychotherapie und Strafverfahren angelegt ist (Bublitz, 2019). So ist es zumindest mittelfristig das offenkundige Ziel einer Psychotherapie, die emotionale Bewältigung eines Traumas zu verbessern und eben jene psychische Symptomatik abzumildern, die für manche Jurist*innen zentral für die Eindrucksbildung zu sein scheint. In der Praxis kann dieser Konflikt zwar in vielen Fällen prinzipiell vermieden werden, z. B. weil Traumatherapien zunächst teils längere Phasen der Stabilisierung und Psychoedukation umfassen (*Schäfer et al., 2019*) und immer mehr Staatsanwalt-

— Psychotherapeutische Maßnahmen, die auf eine Stabilisierung oder den Ressourcenaufbau gerichtet sind oder ganz generell nicht an der Erinnerung selbst arbeiten, sind aus aussagepsychologischer Sicht in der Regel unproblematisch. —

schaften von den in den letzten Jahren deutlich verbesserten Möglichkeiten Gebrauch machen, Betroffene z. B. von Sexualstraftaten bereits zu einem frühen Zeitpunkt richterlich für eine Videoaufzeichnung vernehmen zu lassen (Gropp & Stahlmann-Liebelt, 2021). Dennoch sollte Psychotherapeut*innen bewusst sein, dass das Ziel der Psychotherapie, „Vergangenes Vergangenheit“ (*Stang & Sachsse, 2014, S. 196*) werden zu lassen, indem Traumata verarbeitet und Aktualisierungen reduziert werden, womöglich dem geäußerten Interesse der Strafverfolgung entgegenstehen und dies in der Psychotherapie oder im Rahmen von Strafverfahren thematisiert werden könnte.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen für Psychotherapeut*innen

Psychotherapie ist besonders dann für die tatsächliche Glaubhaftigkeit von Aussagen problematisch, wenn sie bei Patient*innen ohne bestehende Traumaerinnerung die (falsche) Überzeugung weckt, traumatisiert worden zu sein, und

gezielt entsprechende mentale Bilder konstruiert, die fälschlicherweise für Erinnerungen gehalten werden. Analog ist es ebenfalls heikel, wenn auf diese Weise zu Therapiebeginn bereits bestehende Erinnerungen auf der Basis reiner Vermutungen gezielt um weitere Traumata ergänzt werden. Ein solches Vorgehen ist nicht leitliniengerecht und unabhängig von möglichen Strafverfahren unzulässig. Es dürfte sich dabei jedoch um recht spezielle Konstellationen handeln, die insgesamt nur selten vorkommen und selbst dann einen nur kleinen Teil der behandelten Fälle ausmachen. Zu vermeiden sind sie dennoch in jedem Fall (*Schemmel et al., 2024; Schemmel & Volbert, 2021*).

Trotz erster Forschungsarbeiten ist darüber hinaus bislang nicht hinreichend geklärt, inwieweit sich kontinuierliche, also bereits zu Therapiebeginn bestehende Erinnerungen durch traumatherapeutische Bearbeitung verändern. Es ist aber davon auszugehen, dass traumafokussierte Verfahren vor allem dann einen strafrechtlich relevanten Einfluss auf Details einer kontinuierlichen Erinnerung haben können, wenn sie bewusst oder unbewusst in Verbindung mit den genannten suggestiven Bedingungen angewendet werden. Manche Jurist*innen äußern ein Interesse daran, für ihre Überzeugungsbildung einen unmittelbaren Eindruck der emotionalen Folgen einer behaupteten Tat gewinnen zu können. Dies kann mit dem Ziel einer Psychotherapie konfliktieren, die emotionale Bewältigung eines Traumas zu unterstützen und eine Symptomreduktion zu erreichen, weil so auch die emotionale Beteiligung während der Aussage eines Opfers reduziert werden könnte.

Es obliegt nicht Strafverfolgungsbehörden oder Gerichten, zu entscheiden, ob Betroffene von Straftaten eine Psychotherapie absolvieren und wie diese ausgestaltet ist. Dies ist auch im Falle eines laufenden oder möglicherweise anstehenden Strafverfahrens eine Entscheidung der Betroffenen und des*der zuständigen Psychotherapeut*in, wobei gesundheitliche Interessen der Patient*innen häufig im Vordergrund stehen dürften (Campbell Swiecicki & Hollingsworth, 2015). Dennoch dürfte in vielen Fällen dabei auch die Frage eine Rolle spielen, ob die Glaubhaftigkeit einer späteren Aussage unter der therapeutischen Intervention leiden könnte. Aus dem hier Referierten ergibt sich, dass Psychotherapie nicht per se problematisch für die Glaubhaftigkeit ist. Es kommt vielmehr darauf an, was genau im Rahmen von Psychotherapien passiert. Psychotherapeutische Maßnahmen, die auf eine Stabilisierung oder den Aufbau von Bewältigungsressourcen für den Alltag abzielen oder ganz generell nicht an der Erinnerung selbst arbeiten, – und damit ein sehr großer Teil der mit traumatisierten Patient*innen praktizierten Psychotherapie – sollten sich so in der Regel aus aussagepsychologischer Perspektive als unproblematisch erweisen, weil sie den Aussageinhalt nicht verändern dürften. Im Rahmen eines Strafverfahrens dürften Psy-

chotherapien vor allem dann thematisiert werden, wenn die Erinnerungen an strafrechtlich relevante Handlungen Gegenstand therapeutischer Intervention wurden und damit potenziell verfälscht worden sein könnten. Im Folgenden sollen Maßnahmen vorgeschlagen werden, die Psychotherapeut*innen ergreifen können, um das tatsächliche Risiko relevanter Erinnerungsveränderungen zu minimieren und entsprechenden Befürchtungen von juristischer Seite entgegenzutreten bzw. mit ihnen umgehen zu können.

Falsche Erinnerungen und diskontinuierliche Erinnerungsverläufe vermeiden

Stellen sich Patient*innen in der Psychotherapie vor, die zunächst von keiner traumatischen Vorgeschichte berichten, müssen solche *suggestiven Rahmenbedingungen* unbedingt vermieden werden, die die Ausbildung einer vollständigen oder teilweise falschen Erinnerung begünstigen und damit einen gedächtnispsychologisch unplausiblen, diskontinuierlichen Erinnerungsverlauf herstellen können. Das bedeutet im Einzelnen:

- Wenn Psychotherapeut*innen bei einer Patient*in eine traumatische Vorgeschichte vermuten, die bislang aus bestimmten Gründen noch nicht berichtet wurde, sollten sie dies – wenn überhaupt – allenfalls zurückhaltend thematisieren und sich offen danach erkundigen. Dabei sollten sie sich unbedingt der Fehlbarkeit einer solchen Mutmaßung bewusst sein, keine suggestive Erwartungshaltung kommunizieren und eine verneinende Antwort des*der Patient*in in jedem Fall akzeptieren.
- Patient*innen, die ihrerseits vom Vorliegen nicht erinnerlicher Traumata hinter Symptomen ausgehen, sollten nicht unkritisch darin bestärkt werden. Vielmehr sollte diese Vermutung besprochen und ggf. in ihrer Funktion eingeordnet werden, wobei im Zweifel über das Risiko falscher Erinnerungen aufgeklärt werden sollte. Gleiches gilt für äußerst vage Erinnerungsbilder, die als Hinweis auf spezifische Traumata interpretiert werden.
- Psychotherapeut*innen sollten Symptome von Patient*innen nicht mit einem Trauma begründen, das nicht erinnert und auch auf offene Nachfrage nicht berichtet wird. Auch auf anderweitige Spekulationen hinsichtlich vermeintlich verdrängter oder dissoziierter Traumata sollten sie verzichten.
- Keinesfalls sollten Psychotherapeut*innen ihre Patient*innen dazu auffordern oder gar dabei anleiten, nach nur vermuteten Traumaerinnerungen zu suchen. Ein solches Vorgehen ist nicht leitliniengerecht, auch wenn hierfür übliche traumafokussierte Verfahren und Methoden angewendet werden. Diese sind für die Bearbeitung vorliegender kontinuierlicher Erinnerungen vorgesehen und evaluiert. Wenn sie für die Rekonstruktion vermuteter Erinnerungen verwendet werden, können sie falsche Erinnerungen produzieren.
- Wenn Patient*innen über neu aufkommende Erinnerungsbilder berichten, ohne dass ein suggestiver Rahmen in der Psychotherapie vorliegt, ist zunächst zu eruieren, ob diese

spontan oder als Ergebnis einer gezielten Suche nach Erinnerungen, welche ja auch außerhalb des engeren Therapiekontexts erfolgen kann, entstanden sind. Insbesondere wenn Letzteres der Fall ist, sollten diese Bilder nicht unkritisch als historische Wahrheiten eingeordnet werden. Sorgfältig davon abzugrenzen sind solche Fälle, in denen nicht vermeintliche Erinnerungen wiederentdeckt, sondern Traumata erstmalig besprochen werden.

- Um die Rekonstruktion einer spontanen Wiedererinnerung zu erleichtern und problematische von unproblematischen Verläufen trennen zu können, sollten Psychotherapeut*innen die genauen Umstände, den Inhalt der Erinnerung, die sonstigen Begleitumstände sowie den weiteren Verlauf zeitnah protokollieren.

Veränderungen von kontinuierlichen Erinnerungen vermeiden und genau dokumentieren

Stellen sich hingegen Patient*innen mit bereits vorliegenden Traumaerinnerungen vor, ist die Situation prinzipiell eine völlig andere, da diese Erinnerungen nicht durch die noch zu beginnende Psychotherapie induziert worden sein können. Dennoch gibt es auch in dieser Konstellation Maßnahmen, die ergriffen werden können, um das Risiko einer beeinträchtigten Glaubhaftigkeit durch eine Veränderung kontinuierlicher Erinnerungen zu reduzieren.

- Zumindest denkbar ist, dass es sich bei den berichteten Traumaerinnerungen um falsche Erinnerungen handelt, die in einer vorherigen Behandlung oder rein autosuggestiv ausgebildet wurden. Psychotherapeut*innen könnten kurz die Erinnerungsgenese abklären und auf Hinweise auf einen suggestiven Prozess prüfen (z. B. indem sie der Frage nachgehen, ob es sich um kontinuierliche oder diskontinuierliche Erinnerungen handelt bzw. ob die Erinnerung infolge eines vermutungsgeleiteten Suchprozesses entstanden ist).
- Psychotherapeut*innen sollten Patient*innen nicht signalisieren, dass kontinuierlich erinnerte Traumata um weitere traumatische Erlebnisse ergänzt werden müssten, bzw. entsprechende Vermutungen anstellen, z. B. weil das die Symptomatik angeblich nahelege. Auch in diesen Fällen wäre ein suggestives Setting wie das oben beschriebene zu vermeiden.
- Werden die traumatischen Erfahrungen im Rahmen von Psychotherapien außerhalb spezifischer traumafokussierter Interventionen thematisiert, ohne dass sie en détail prozessiert werden, dürfte dies die Erinnerungen kaum mehr beeinflussen als andere Gespräche außerhalb der Therapie. Allerdings gilt auch hier, dass Psychotherapeut*innen sich mit möglicherweise suggestiv wirksamen Deutungen, vor allem wenn sie Vermutungen hinsichtlich eines vermeintlich „eigentlichen“ Geschehens beinhalten, zurückhalten sollten.
- Sollte die Anwendung traumafokussierter Verfahren und Methoden aus fachlicher Perspektive geboten erscheinen

und sich daher für ihren Einsatz entschieden werden, sollten diese nicht mit dem Ziel oder der Erwartung eingesetzt werden, neue vermeintliche Erinnerungen oder wesentliche Erinnerungsaspekte aufzudecken. Es sollte darüber hinaus vermieden werden, eigene Annahmen, Wertungen oder neuartige Informationen an den*die Patient*in heranzutragen. Dies gilt besonders für strafrechtlich relevante Aspekte, z. B. verbale und nonverbale Willensäußerungen bei Sexualstraftaten oder Gewaltanwendungen.

- Selbst wenn sich an diese Maxime gehalten wird, ist möglich, dass vereinzelte Details zusätzlich oder anders erinnert werden, auch wenn dies vermutlich eher Randaspekte betrifft. Es empfiehlt sich, auch bei der Bewertung dieser Details eher skeptisch zu sein und neue Einzelheiten nicht vorschnell als historische Wahrheit einzuordnen. Vielmehr könnte das Auftreten zusätzlicher Aspekte zum Anlass genommen werden, mit den Patient*innen über die Plastizität und die rekonstruktive Natur von Erinnerungen zu sprechen.
- Für den Fall, dass bislang unerwähnte zentrale Details oder ganz neue Handlungen in den Schilderungen aufkommen, könnten Psychotherapeut*innen womöglich sogar erinnerungskritisch intervenieren. Dies gilt auch für subtile Änderungen, die für die Einordnung des Geschehens zentral sind (z. B. wenn bei einer Sexualstraftat ein zunächst ambivalentes Verhalten eines*einer Geschädigten plötzlich als klar ablehnend erinnert wird).
- Insgesamt bietet es sich an, erst mit einer traumafokussierten Behandlung zu beginnen, wenn der*die Patient*in in einem Ermittlungsverfahren von der Polizei, der Staatsanwaltschaft oder einem*einer Ermittlungsrichter*in fachgerecht vernommen wurde und diese Vernehmung zumindest auditiv dokumentiert ist. Eine zeitnahe Vernehmung durch Polizei und/oder Justiz ist insofern auch für den weiteren Behandlungsverlauf von großer Bedeutung. Hier sind in erster Linie die Strafverfolgungsbehörden aufgefordert, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen und rasch Gebrauch von der Möglichkeit einer frühen audiovisuell aufgezeichneten Vernehmung zu machen (Gropp & Stahlmann-Liebelt, 2021). Sollte eine solche Vernehmung noch nicht erfolgt sein, könnten Erkundigungen eingeholt werden, wann diese geplant ist, um psychotherapeutische Abläufe darauf abstimmen zu können, oder eine solche sogar angeregt werden. Hierfür ist eine Vernetzung mit dem Rechtsbeistand des*der Patient*in – so er*sie einen hat – und/oder den zuständigen Behörden von Vorteil.
- Dies ist jedoch in der Regel nur dann möglich, wenn ein Strafverfahren bereits begonnen wurde. Ist dies nicht der Fall, muss von Psychotherapeut*innen gemeinsam mit dem*der jeweiligen Patient*in abgewogen werden, ob dennoch eine traumafokussierte Behandlung initiiert wird. Dabei sollten eine mögliche Anzeige, die Bedeutung einer Aussage in einem möglichen Verfahren sowie die Problematik Psychotherapie und Glaubhaftigkeit offen thematisiert werden.
- Von herausragender Bedeutung ist eine gründliche Dokumentation der traumafokussierenden Therapiesitzungen.

Auf ihrer Grundlage sollte es möglich sein, Abweichungen der Erinnerung zwischen verschiedenen Zeitpunkten nachzuvollziehen und zu eruieren, ob diese über gedächtnispsychologisch erwartbare Veränderungen hinausgehen. In Kombination mit einer im Idealfall vorliegenden Vernehmung vor dem Beginn der traumafokussierten Behandlung können so potenzielle Effekte einer Psychotherapie transparent überprüft und problematische Verläufe von unproblematischen separiert werden. Dies garantiert zwar nicht, dass mögliche Erinnerungsveränderungen im Strafprozess als völlig unproblematisch eingeordnet werden, macht eine entsprechende Prüfung aber überhaupt erst möglich und kann daher dazu beitragen, pauschale Vorbehalte abzubauen.

Fazit

Psychotherapie per se ist nicht problematisch in Bezug auf Erinnerungen an Traumata und damit auch nicht per se für die Glaubhaftigkeit. Andersherum gibt es durchaus problematische Konstellationen in der Psychotherapie. Es kommt also darauf an, was im Rahmen von Behandlungen tatsächlich geschieht. Gänzlich zu vermeiden sind suggestive Bedingungen in der Psychotherapie, die die Entstehung vollständiger falscher Erinnerungen riskieren. Die beschriebenen Handlungsempfehlungen sollen Psychotherapeut*innen ferner dabei unterstützen, die Risiken einer Psychotherapie für die tatsächliche Glaubhaftigkeit von Aussagen eines*einer Patient*in auch bei kontinuierlichen Traumaerinnerungen, welche in einer Psychotherapie bearbeitet werden, zu reduzieren.

Nicht in Vergessenheit geraten sollte dabei, dass die Ermittlungsbehörden selbst, also die Polizei und die Staatsanwaltschaften, mit einer zeitnahen, umfassenden und wortwörtlich dokumentierten Vernehmung einen erheblichen Beitrag dazu leisten können, das vermeintliche Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Glaubhaftigkeit zu entschärfen. Zudem fällt auf, dass mögliche positive Auswirkungen einer psychotherapeutischen Behandlung auf Strafverfahren bislang wenig diskutiert und untersucht werden, z. B. die Ermutigung mancher Betroffener zur Anzeigeerstattung, wodurch mehr Straftaten ins Hellfeld gelangen.

Davon abgesehen können sich weiterhin Vorbehalte juristischer Verfahrensbeteiligter gegen eine Psychotherapie nicht nur wegen möglicher Erinnerungsveränderungen, sondern auch daraus ergeben, dass sie eine geringere Authentizität einer Aussage im Sinne einer reduzierten emotionalen Beteiligung befürchten. Es bleibt abzuwarten, ob die Relevanz dieser Frage durch das erkennbare Bemühen der Justiz um eine zeitnähere Vernehmung der Betroffenen nebst audiovisueller Aufzeichnung abnehmen wird. In jedem Fall sollten sich Psychotherapeut*innen dieser möglichen Problematik bewusst sein und sie gegebenenfalls offen mit Verfahrensbeteiligten thematisieren.

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.

Aleksic, M., Reineck, A., Ehring, T. & Wolkenstein, L. (2024). When does imagery rescripting become a double-edged sword? – Investigating the risk of memory distortion through imagery rescripting in an online Trauma film study. *Behaviour Research and Therapy*, 174, 104495.

Brainerd, C. J. & Reyna, V. F. (2005). *The science of false memory*. Oxford: Oxford University Press.

Brewin, C. R. & Andrews, B. (2017). Creating Memories for False Autobiographical Events in Childhood: A Systematic Review. *Applied Cognitive Psychology*, 31 (1), 2–23.

Danielsdóttir, H. B., Aspelund, T., Shen, Q., Halldorsdóttir, T., Jakobsdóttir, J., Song, H. et al. (2024). Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 81 (6), 586–594.

Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Rosa, A. R., Fortea, L., Rada, J. et al. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273 (2), 397–410.

Kenchel, J. M., Domagalski, K., Butler, B. J. & Loftus, E. F. (2022). The messy landscape of eye movements and false memories. *Memory*, 30 (6), 678–685.

Lindsay, D. S. & Read, J. D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8 (4), 281–338.

Lynn, S. J., Krackow, E., Loftus, E. F., Locke, T. G. & Lilienfeld, S. O. (2015). Constructing the past: Problematic memory recovery techniques in psychotherapy. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (pp. 210–244). New York: The Guilford Press.

McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Harvard: Belknap Press/Harvard University Press.

McNally, R. J. & Geraerts, E. (2009). A New Solution to the Recovered Memory Debate. *Perspectives on Psychological Science*, 4 (2), 126–134.

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann et al. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin: Springer.

Schemmel, J., Datschewski-Verch, L. & Volbert, R. (2024). Recovered memories in psychotherapy: a survey of practicing psychotherapists in Germany. *Memory*, 32 (2), 176–196.

Schemmel, J. & Volbert, R. (2021). Therapie oder Glaubhaftigkeit? – Psychotherapeutische Behandlung bei laufenden Strafverfahren [Therapy or Credibility? – Psychotherapy during ongoing criminal proceedings]. *Report Psychologie*, 46 (10), 14–24.

Stang, K. & Sachsse, U. (2014). *Trauma und Justiz* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Volbert, R., Schemmel, J. & Tamm, A. (2019). Die aussagepsychologische Begutachtung: Eine verengte Perspektive? [Statement Validity Assessment – A Narrowed Perspective?]. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13 (2), 108–124.



Dr. Jonas Schemmel

Psychologische Hochschule Berlin
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
j.schemmel@phb.de

Dr. Jonas Schemmel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychologischen Hochschule Berlin und vertritt die Professur für Rechtspsychologie an der Universität Kassel. Er ist als aussagepsychologischer Sachverständiger in Strafverfahren tätig und forscht u. a. zu aussagepsychologischen Fragestellungen sowie zu Psychotherapie und Glaubhaftigkeit.

Psychotherapie und Strafverfahren – kein Widerspruch

Hintergründe und berufspraktische Hinweise für Psychotherapeut*innen

Sabine Ahrens-Eipper & Andrea Walter

Zusammenfassung: Ziel dieses Artikels ist es, den Stand der Forschung zur Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kurz und prägnant wiederzugeben und die Besonderheiten des leitliniengemäßen Vorgehens bei einem mit dem Trauma assoziierten aktuellen oder bevorstehenden Strafprozess darzustellen. Eine möglichst zeitnahe psychotherapeutische Behandlung kann demnach die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig verbessern und sollte schnellstmöglich eingeleitet werden. Bei Vorliegen einer Traumafolgestörung darf und muss daher ohne Rücksicht auf die in einem Strafverfahren anstehenden Vernehmungen mit einer Psychotherapie begonnen werden. Anderslautende Empfehlungen, mit dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zu warten, können die Gesundheit der Geschädigten gefährden und verfügen über keinerlei Grundlage, weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung. Eine Aufklärung über mögliche Auswirkungen der psychotherapeutischen Behandlung auf das Strafverfahren und die dazugehörige Dokumentation ist dabei Teil der berufsrechtlichen Sorgfaltspflicht. Nicht leitliniengemäße Vorgehensweisen der Behandler*innen, die das Verfahren negativ beeinflussen können, sind zugleich dringend zu vermeiden.

Ausgangspunkt

Wenn Menschen Opfer von Straftaten werden, geht dies häufig mit Verunsicherungen und starken Belastungsgefühlen einher. Dies gilt in besonderem Maße für Opfer von interpersoneller und sexualisierter Gewalt. Menschen, die solches erlebt haben, weisen das höchste Risiko auf, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (Kessler et al., 2017). Psychisch kranke Menschen werden außerdem besonders häufig Opfer von Straftaten (Lindemann et al., 2022).¹ Wir haben es in unserem psychotherapeutischen Alltag regelmäßig mit Patient*innen zu tun, die Opfer einer Straftat wurden. Wenn es in diesem Zusammenhang zu einem Strafprozess kommen soll, dieser unmittelbar bevorsteht oder bereits läuft, ergeben sich für die Behandler*innen verschiedene Fragen und Herausforderungen. Unsicherheiten bestehen vor allem in der Frage, ob eine psychotherapeutische Behandlung die Glaubhaftigkeit der Betroffenen als Zeug*innen beeinflusst. Wir wollen mit diesem Artikel dazu beitragen, Vorbehalte zu reduzieren und Handlungssicherheit zu erhöhen.

Entwicklungen in der deutschen Gesetzgebung

Mit Beginn der 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts setzte eine tiefgreifende Veränderung im deutschen Strafrecht ein. Während vorher der Fokus vor allem auf einer effizienten

Verbrechensbekämpfung und damit auf der Person des*der Täter*in lag, kam es bis heute zu einer Reihe von Gesetzesreformen, die darauf abzielten, die Person des Opfers in den Mittelpunkt zu rücken und diese zu schützen und zu unterstützen. Im Jahr 1986 wurde das Opferschutzgesetz erlassen (Herrmann, 2010).

Seit 2017 gibt es bundesweit die Möglichkeit, als Zeug*in bzw. Geschädigte*r in bestimmten Fällen während des gesamten Strafverfahrens professionell begleitet und betreut zu werden (sog. psychosoziale Prozessbegleitung). Besonders Kinder und Jugendliche, die Opfer von Gewalt oder Sexualstraftaten geworden sind, haben einen solchen Anspruch. Aber auch erwachsene Opfer schwerer Gewalt oder Sexualverbrechen können diese Form der Betreuung benötigen und erhalten. Demnach soll Opfern von Kriminalität Unterstützung in Form von kurz- und langfristiger psychologischer Betreuung durch sog. Opferhelfer*innen zukommen (Zabeck, 2023).

Das zum Jahresbeginn 2024 vollständig in Kraft getretene Vierzehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV) regelt das soziale Entschädigungsrecht. Das frühere Opferschutzgesetz wurde damit aufgehoben. Seine Regelungsinhalte wurden in das neue Sozialgesetzbuch überführt, diese erweitert und re-

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.

formiert. Ziel war es, schnellere Hilfen zu erbringen, die passgenauer und stärker an den Bedürfnissen der Berechtigten orientiert sind. Diese Regelungen beziehen sich explizit nicht nur auf Opfer physischer, sondern auch psychischer Gewalt sowie auf Kinder, die Vernachlässigung ausgesetzt waren. Ein wichtiger Fokus ist weiterhin die Regelung von Schnellen Hilfen, wie die zeitnahe psychotherapeutische Behandlung von Geschädigten durch psychotherapeutische Interventionen in Traumaambulanzen. In diesen können Betroffene kurz nach der Tat bzw. innerhalb der darauffolgenden zwölf Monate bei Folgesymptomen der Tat behandelt werden (BMAS, o. J.).

Festzuhalten ist weiterhin, dass es als unzumutbar gilt, das Opfer nach Erleben einer Straftat psychotherapeutisch unbehandelt und damit medizinisch unversorgt in den Gerichtsprozess zu entlassen. Vielmehr ergibt sich bereits aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG eine staatliche Schutzpflicht gegenüber Beeinträchtigungen des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit des*der Einzelnen, deren Missachtung eine Grundrechtsverletzung des Opfers als mutmaßlich Verletzte*r einer Straftat durch die Justiz zur Folge hätte (Riekenbrauk et al., 2022).

Dieser Ansatz findet sich auch im Rahmen der Gesetzesbegründung für das Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder:

Auch darf und muss, soweit medizinisch-psychologisch indiziert, ohne Rücksicht auf die in einem Strafverfahren anstehenden Vernehmungen mit einer Therapie begonnen oder eine bereits begonnene Therapie weiter durchgeführt werden. Anders lautende Empfehlungen, mit dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zuzuwarten, wären geeignet, die Gesundheit der Verletzten zu gefährden und finden eine Stütze weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung. Insbesondere ist der Beweiswert von Zeugenaussagen, die erst nach oder während einer Therapie erfolgen, nicht generell geringer. Es ist lediglich erforderlich, dass das Tatgericht die Tatsache der Therapie in seinem Urteil erwähnt und sich bei der Beweiswürdigung auch mit dieser Tatsache auseinandersetzt. (Drucksache, 19/23707, 2020)

Der Gesetzgeber bezieht damit eindrücklich Stellung bezüglich der Frage nach dem Ob und dem Wie der Psychotherapie der Geschädigten im laufenden Strafprozess.

Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen

Bei einer Vielzahl von Straftaten spielt die einzelne Zeugenaussage bzw. deren Glaubhaftigkeit und damit der potenzielle Einfluss einer psychotherapeutischen Behandlung eine unbe-

deutende oder zu vernachlässigende Rolle. Dies gilt in der Regel bei Flugzeugentführungen, Amokläufen, Raubüberfällen mit mehreren Opfern und ähnlichen Straftaten, bei denen eine umfangreiche Beweislast neben der Aussage eines oder mehrerer Opfer vorliegt, etwa in Form objektivierbarer Tatfolgen oder in jüngerer Zeit auch durch die Live-Übertragung von Taten ins Internet oder durch Handyaufnahmen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Situation dar, in der die Aussage des*der Geschädigten den einzigen Beweis darstellt, der für die Tat bzw. deren Hergang herangezogen werden kann. Liegt kein Geständnis vor, steht hier Aussage gegen Aussage. Dies ist bei sexueller, körperlicher oder auch häuslicher Gewalt, bei der nur Opfer und Täter*in anwesend

— Ziel der Neuregelung des Opferschutz- und sozialen Entschädigungsrechts war es, von Gewalt Betroffenen schnellere Hilfen zu erbringen, die passgenauer und stärker an den Bedürfnissen der Berechtigten orientiert sind. —

waren, häufig der Fall. Insofern ist die Aussage des*der Geschädigten und deren Qualität aus juristischer Sicht in diesen Fällen ein besonders kostbares Gut. Sie wird erheblichen Einfluss darauf haben, zu welchem Urteil das Gericht kommen wird, und das nicht nur aufgrund ihres Inhaltes, sondern auch aufgrund der Einschätzung ihrer Glaubhaftigkeit. Aus diesem Grund wird die Aussageentstehung durch das Gericht sorgfältig geprüft, gegebenenfalls auch durch Beauftragung eines*einer Sachverständigen. Detaillierte Aussagen zum Tathergang sind im Rahmen der Anzeige, im Ermittlungsverfahren, im Hauptverfahren als Zeug*in sowie unter Umständen im Revisionsverfahren ein wichtiges Beweismittel und bringen es mit sich, dass Betroffene das Erlebte mehrfach und in großen zeitlichen Abständen zum Geschehen schildern müssen.

Zur Beurteilung von Zeugenaussagen hat der Bundesgerichtshof folgende Kriterien festgelegt, die für eine Glaubhaftigkeit sprechen (BGH, 1999):

- Konstanz der Aussage im Kerngeschehen,
- innere Stimmigkeit und Folgerichtigkeit,
- Detailreichtum insbesondere bzgl. Nebensächlichkeiten,
- genaue Schilderung von Kommunikation, Interaktion etc. sowie
- Wiedergabe eigenen Erlebens und psychischer Vorgänge, wie Gefühle, Sorgen und Ängste.

Weitere bei der Aussagebeurteilung zu beachtende Kriterien betreffen Fragen der Aussagekompetenz und Aussagezuverlässigkeit sowie den sog. Qualitäts-Kompetenz-Vergleich. Zur Operationalisierung der inhaltlichen Qualität einer Aussage wurden Kriterien entwickelt, die von *Steller und Köhnen*

(1989) zu einer Liste von sog. Realkennzeichen zusammengefasst wurden. Der Qualitäts-Kompetenz-Vergleich (Steller, 2008) ermöglicht eine Schlussfolgerung darüber, ob die aussagende Person in der Lage war, die vorliegende Aussage zu erfinden oder nicht. Es „erfolgt mit der merkmalsorientierten Inhaltsanalyse nur eine Einschätzung eines Aspektes der Qualität einer Aussage, zur Glaubhaftigkeitsbeurteilung ist diese Aussagequalität dann auf die personalen Voraussetzungen des Zeugen sowie auf die Entstehungs- und weitere Entwicklungsgeschichte der Aussage zu beziehen“ (Steller & Volbert, 1999, S. 57).

Das methodische Vorgehen bei aussagepsychologischen Begutachtungen ist angelehnt an das wissenschaftliche Prinzip des Nullhypotesentestens, wobei die zu prüfende Nullhypothese „Die Aussage ist nicht erlebnisbasiert“ und die Gegenhypothese „Die Aussage ist erlebnisbasiert“ lautet. Ausgehend von der Nullhypothese werden in der Regel die folgenden Annahmen überprüft: Die Angaben des*der Geschädigten könnten (z. B. gem. *LG Frankenthal (Pfalz), 2019*)

- frei erfunden sein (intentional oder unbewusst),
- von anderen Personen übernommen worden sein,
- anderweitigen Erfahrungen entstammen oder
- es könnten Informationen, welche aus sonstigen Quellen stammen, fälschlicherweise auf die*den Angeklagte*n projiziert worden sein.

Die Gegenhypotesen müssen jeweils systematisch entwickelt und geprüft werden, bis die Nullhypothese mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit verworfen werden kann.

Pseudoerinnerung: Anders als bei einer Lüge ist eine auf der Basis einer Pseudoerinnerung aussagende Person vom Wahrheitsgehalt der eigenen Aussage überzeugt. Unterschiede in der Aussagequalität gegenüber erlebnisbasierten Aussagen

— Patient*innen mit PTBS sollte eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden, die bei diesem Störungsbild als Behandlungsform erster Wahl gilt.

lassen sich nicht oder nur in minimaler Ausprägung finden. Im Hinblick auf die Genese und die weitere Entwicklung einer Aussage bestehen jedoch durchaus Unterschiede. In der Begutachtung erfolgt daher eine genaue Rekonstruktion der Aussageentstehung und -geschichte, um etwaige suggestive Einflüsse feststellen oder ausschließen zu können.

Abschließend wird geprüft, inwieweit sich die vorhandenen Daten mit den Erklärungsmodellen sinnvoll vereinbaren lassen und ob sich die Gegenannahmen zur Wahrnehmung ausschließen lassen oder nicht (Volbert & Dahle, 2010).

Leitliniengerechtes Vorgehen

Die Behandlung der Auswirkungen von traumatischen Ereignissen auf das Erleben und Verhalten von Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem immer komplexeren und ausdifferenzierteren Forschungs- und Versorgungsbereich entwickelt. Das Wissen um die Folgen traumatischer Erfahrungen und die leitliniengerechte psychotherapeutische Unterstützung von Betroffenen ist für Psychotherapeut*innen, aber auch alle anderen Berufsgruppen, die häufig mit Personen mit posttraumatischen Störungen konfrontiert sind, von großer Bedeutung (Schäfer et al., 2019).

Soweit im Rahmen der Ausübung der Heilkunde eine psychotherapeutische Behandlung erfolgt, erwachsen der Psychotherapeut*in Sorgfaltspflichten. Der Maßstab der Sorgfaltspflichten richtet sich nach den medizinischen/psychotherapeutischen Standards des jeweiligen Fachgebiets. Psychotherapeut*innen sind verpflichtet, nach dem anerkannten und gesicherten Standard der medizinischen/psychotherapeutischen Wissenschaft zu behandeln. Begibt sich der*die Psychotherapeut*in mit der Behandlung auf ein bestimmtes Fachgebiet, muss sie dessen Standards gewährleisten.

Was ist in der Praxis grundsätzlich zu beachten? Im Folgenden sollen für die Praxis besonders relevante Inhalte der Leitlinie(n) sowie der aktuelle Forschungsstand kurz und prägnant dargestellt werden, um anschließend Besonderheiten bei deren Anwendung vor und während eines mit dem traumatischen Ereignis assoziierten Strafprozesses darzulegen.

Diagnostik

Bei der Diagnostik ist zu beachten, dass es sich bei der PTBS nur um eine der möglichen Traumafolgeerkrankungen handelt. Weiterhin stellen komorbide Störungen bei Vorliegen einer PTBS eher die Regel als die Ausnahme dar (Brady et al., 2000). Es empfiehlt sich daher eine breit angelegte klinische Diagnostik. Dies gilt über die gesamte Lebensspanne hinweg. Die Diagnostik erfolgt nach der aktuell gültigen

Ausgabe der ICD. Als Teil der Diagnostik sollten psychometrische Tests und PTBS-spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. Auch die Kriterien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sollten Berücksichtigung finden – insbesondere die Komponenten Partizipation (Teilhabe) und Aktivität. Im Rahmen der psychodynamischen Verfahren ermöglicht das neu erschienene OPD-3-Manual zur Ereignis- und Traumaverarbeitung die Differenzierung zwischen belastenden Lebensereignissen und Traumata und unterstützt eine individuelle Behandlungsplanung.

Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

Die Erhebung einer differenzierten kindlichen Traumaanamnese in Form eines Selbst- und Fremdbberichtes sollte Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein. Dabei soll ein altersadäquates Vorgehen gewählt und der familiäre bzw. kulturelle Kontext berücksichtigt werden. Zur Informationsgewinnung sollen Bezugspersonen und die Patient*innen selbst befragt werden. Zur Erhebung der Traumaanamnese sollten die entsprechenden Fragen aus den validierten PTBS-Erhebungsinstrumenten verwendet werden (z. B. IBS-KJ, CATS, UCLA Reaction Index). Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll eine PTBS-Diagnostik durchgeführt werden.

Psychotherapeutische Behandlung

Patient*innen mit PTBS sollte eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden, die bei diesem Störungsbild als Behandlungsform erster Wahl gilt. Der Schwerpunkt liegt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung.

Traumafokussierte Psychotherapien weisen auch nach schweren Formen der Traumatisierung bei Vorliegen einer PTBS die besten Behandlungseffekte auf (Bisson et al., 2007; Steil et al., 2024). Dies gilt bei der Behandlung von Erwachsenen insbesondere für die prolongierte Exposition nach Foa (Foa et al., 2007), die Cognitive Processing Therapy nach Resick (Resick et al., 2017), die kognitive Therapie nach Ehlers (Ehlers et al., 2005) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 2018). Diese traumafokussierten Vorgehensweisen werden in den internationalen und deutschsprachigen Leitlinien zur Behandlung empfohlen. Neuere internationale Studien (de Haan et al., 2020) zeigen eine sehr gute Wirksamkeit für Imagery Rescripting, welches verfahrensübergreifend eingesetzt werden kann.

Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapien werden derzeit durchgeführt (Leichsenring et al., 2020). Im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie stellt beispielsweise die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT; Reddemann, 2004) einen traumafokussierten Ansatz dar. Hier sind jedoch weitere Studien und Metaanalysen notwendig, um gesicherte Aussagen über deren Wirksamkeit treffen zu können.

Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

Für die Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter empfiehlt sich leitliniengemäß ebenfalls ein traumafokussiertes Vorgehen. Die verschiedenen Formen der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie gelten als die Verfahren mit der besten Evidenz zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. Im Gegensatz zum Forschungsstand bei Erwachsenen liegen für EMDR im Kindes- und Jugendalter laut Leitlinie zu wenige methodisch hochwertige randomisiert-kontrollierte Studien vor, sodass der Einsatz von EMDR

aktuell zwar als vielversprechend gelten kann, aber nicht ausreichend abgesichert ist. Dies gilt ebenso für die kinderspezifische Form der Narrativen Expositionstherapie (KIDNET; Schauer et al., 2017). Bezüglich der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT-KID; Krüger & Reddemann, 2007) sind ebenfalls noch weitere Untersuchungen notwendig, um gesicherte Aussagen über deren Wirksamkeit treffen zu können.

Zu Beginn der Behandlung sollte die aktuelle Gefährdung des Kindes bzw. des*der Jugendlichen (z. B. anhaltende Bedrohung durch Täter) abgeklärt werden. Bei anhaltender Bedrohung sollen geeignete Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohles vorrangig ergriffen werden (siehe Ahrens-Eipper & Walter, in press).

„Eine schnelle psychotherapeutische Behandlung kann die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig verbessern und sollte so bald als möglich eingeleitet werden“ (Steil et al., 2024, S. 616). Dies gilt insbesondere aufgrund neuerer Befunde, welche aufzeigen, dass eine chronische PTBS mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung komorbider psychischer und schwerer somatischer Erkrankungen verbunden ist. Daher geht ein Aufschieben und Abwarten einer psychotherapeutischen Behandlung mit einem deutlichen Schädigungsrisiko einher.

Psychotherapie und Strafprozess – geht das überhaupt?

Es wird mitunter beschrieben, dass sich Gerichte und Staatsanwaltschaften für eine Unterbindung von psychotherapeutischer Behandlung vor Abschluss des Strafverfahrens aussprechen. Argumentativ werde dabei darauf abgestellt, dass durch eine Behandlung die eine Zeugenaussage begleitenden Emotionen abgeschwächt würden, worunter in der Folge die Glaubhaftigkeit zu leiden drohe, sodass die Traumatisierung des Opfers schlichtweg nicht mehr zu spüren sei. Weiterhin werde befürchtet, dass sich die Erinnerungen des Opfers im Verlauf der Therapie in relevanter Weise verändern oder neue Erinnerungen erstmalig auftauchen (Schemmel & Volbert, 2021).

Besondere Brisanz erfährt diese Überlegung, wenn man die daraus resultierenden Entwicklungen z. B. im Fall in Lügde betrachtet: In einem Wohnwagen war eine große Zahl von Kindern sexualisierter Gewalt ausgesetzt, die teilweise auch beim Täter in Pflege gegeben worden waren. Hier versuchte die Polizei aufgrund der Grenzen der Methodik der Glaubhaftigkeitsbegutachtung die Sorgeberechtigten dahingehend zu beeinflussen, dass diese trotz belastender Symptomatik ihrer Kinder keine Beratung oder Behandlung aufsuchen sollten, damit durch solche Interventionen die Aussage der Kinder nicht verfälscht werde (Fegert et al., 2024). Dies ist ein praktisches Beispiel dafür, wie die rechtliche Stellung von Geschädigten/Opfer(-zeug*innen), in diesem Fall geschädigt-

ten Kindern, in den Hintergrund gerät, da die Befürchtung, die Aussage könne beeinträchtigt werden (oder die Symptombelastung könne bei Gericht nicht mehr „spürbar“ sein) jegliche Sicht auf Gesundheit und Wohl der Kinder in den Hintergrund geraten lässt.

„Noch bis vor kurzem war es üblich, dass die Polizei Betroffenen von Straftaten prinzipiell geraten hat, trotz belastender Symptomatik auf eine Psychotherapie zu verzichten, damit die Aussage durch die Krankenbehandlung nicht verfälscht wird“ (Fegert et al., 2024, S. 9).

Bedauerlicherweise kommt es hier seit Jahrzehnten zu einem Ziel- und Interessenkonflikt: Heilbehandler*innen haben die

Im Sinne eines Informed Consent müssen Patient*innen darüber aufgeklärt werden, inwiefern die Aufnahme einer Psychotherapie Auswirkungen auf das Strafverfahren haben kann.

Gesundung ihrer Patient*innen zum Ziel und sind verpflichtet, diese fachgerecht und so zügig wie möglich herbeizuführen. Gerichte und insbesondere Sachverständige haben das Ziel, die Aussagequalität fachkundig und dezidiert einschätzen zu können – und dies möglichst, ohne dass Dritte Inhalte des Hergangs bereits erfragt und mit dem*der Geschädigten thematisiert haben. So hängt unserer Profession oftmals der leise Verdacht oder auch gar die laut ausgesprochene Behauptung an, Zeugenaussagen grundsätzlich zu verderben.

Hier stehen zwei hohe Güter scheinbar gegeneinander: die Gesundheit eines Menschen, der Opfer einer Straftat wurde, einerseits und die Aussichten auf eine erfolgreiche und gerechte Strafverfolgung andererseits.

Wie kann unsere Profession diesen beiden hohen Gütern gerecht werden?

Ein Mensch mit Behandlungsbedarf hat ein Recht auf eine fachkundige Heilbehandlung – dies gilt auch für Menschen, die Opfer einer Straftat wurden. Es ist aus heilberuflicher Sicht folglich keine Option, eine Behandlung zu vermeiden, zu verzögern oder nicht fachgerecht durchzuführen (etwa indem ausschließlich stabilisierende Interventionen angewendet werden). Liegt eine PTBS vor, so bedeutet dies, dass leitliniengemäß eine traumafokussierte Behandlung angeboten werden soll – und das möglichst zeitnah.

Im Sinne eines Informed Consent müssen Patient*innen darüber aufgeklärt werden, inwiefern die Aufnahme einer Psychotherapie Auswirkungen auf das Strafverfahren haben kann. Dies gehört zur obligatorischen Unterweisung bezüglich möglicher Risiken, Nebenwirkungen und emotionaler sowie physischer Belastungen durch die Psychotherapie. Diese

Informationsvermittlung findet hauptsächlich in den ersten Gesprächen zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in statt. Denn nur dann können diese ihr Einverständnis zum gewählten Vorgehen und den damit einhergehenden Risiken im Sinne einer „informierten Zustimmung“ geben. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt dies mit den Sorgeberechtigten, ab dem Jugendalter und einem entsprechenden Einsichtsvermögen auch mit dem*der Jugendlichen selbst.

Es wurde bereits ausgeführt, dass kein gesetzliches Verbot von psychotherapeutischer Behandlung vor oder während eines laufenden Strafverfahrens besteht. Hingegen ist die Aufschiebung einer Psychotherapie oder eine nicht leitliniengemäße „Dauerstabilisierung“ geeignet, die bereits Geschädigten weiter zu schädigen. Die sorgfältige Dokumentation des Therapieverlaufs ist berufsrechtlich gefordert und dient hier dem sicheren Nachweis der Therapieinhalte. Die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern regeln außerdem die Aufklärungspflichten der Behandelnden (z. B. § 7 BO-OPK).

Aufklärungspflichten in den verschiedenen Phasen einer psychotherapeutischen Behandlung

Im Erstgespräch

Stellt sich ein*e erwachsenene*r Patient*in aufgrund von Traumafolgestörungen vor, die auf interpersonelles Gewalterleben zurückgeführt werden und einen Straftatbestand erfüllen (beispielsweise sexuelle oder körperliche Gewalt, Entführung oder Raub), empfiehlt es sich, frühzeitig zu erfragen, ob eine entsprechende Strafverfolgung bereits eingeleitet wurde bzw. ein Strafprozess erfolgt ist, aktuell stattfindet oder für die Zukunft in Betracht gezogen wird. Dies gilt auch für das Erstgespräch mit Sorgeberechtigten, die um eine Heilbehandlung für ihr Kind mit Traumafolgestörungen infolge von interpersonellem Gewalterleben ersuchen.

Zu Beginn der Behandlung

Folgende inhaltliche Punkte sollten zu Beginn einer Behandlung zur Aufklärung des*der Patient*in vermittelt werden:

- Wenn durch den*die Patient*in eine Strafanzeige gestellt wurde bzw. ein Ermittlungs- oder Strafverfahren läuft oder naht, steht dies einer Psychotherapie grundsätzlich nicht entgegen.
- Der Beweiswert von Zeugenaussagen, die erst nach oder während einer Psychotherapie erfolgen, ist nicht generell geringer.

- Das Gericht wird sich mit der Tatsache, dass eine Psychotherapie stattfindet oder stattgefunden hat, in der Beweiswürdigung auseinandersetzen.
- Naturgemäß liegt es im Interesse der Verteidigung, die Möglichkeit einer Beschädigung der Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage durch eine Psychotherapie ins Spiel zu bringen und eine entsprechende Prüfung des psychotherapeutischen Vorgehens zu fordern.
- Es besteht die Möglichkeit, dass das Gericht ein Sachverständigengutachten in Bezug auf die Glaubhaftigkeit einer Zeug*innenaussage beauftragt, das auch den Aspekt möglicher Einflüsse einer Psychotherapie einbeziehen kann.
- Bei einer leitliniengemäß durchgeführten traumafokussierten Psychotherapie gibt es keinerlei Forschungsevidenz, die eine Schädigung des Gedächtnisses bzgl. des Ereignisses oder eine Verfälschung der Gedächtnisinhalte oder eine Verschlechterung des Erinnerungsvermögens belegen würde (Fegert et al., 2024).

In der diagnostischen Phase bzw. im Auswertungsgespräch

In der diagnostischen Phase ist zu beachten, dass suggestive Fragetechniken bzgl. traumatischer Ereignisse vollständig zu vermeiden sind. Offene Fragen, traumaspezifische Interviews und Fragebögen sind empfehlenswert. Diese beinhalten in der Regel eine Aufzählung möglicher belastender Ereignisse, bezüglich derer die Patient*innen gefragt werden, ob sie diesen ausgesetzt waren oder nicht (Beispiel: „Ich nenne dir jetzt verschiedene mögliche belastende Ereignisse, die einem passieren können, und du sagst mir, ob dir das schon begegnet ist oder nicht. Warst du schon einmal in einem schlimmen Sturm, bei einem Unwetter oder Erdbeben dabei? Hastest du selber schon einmal einen schweren Unfall? Bist du schon einmal von einem Erwachsenen angegriffen oder geschlagen oder anders verletzt worden? Hat dich schon einmal ein Erwachsener auf eine Art angefasst, die du nicht mochtest, oder an Stellen, an denen du es nicht mochtest? ...“). Suggestiv wäre hingegen der Beginn mit der Frage: „Hat dein Stiefvater dir sexuelle Kontakte aufgezwungen?“.

Ein leitliniengemäßes diagnostisches Vorgehen steht in keiner Weise unter dem Verdacht, Pseudoerinnerungen zu generieren. Die unter Praktiker*innen oftmals verbreitete Sorge, dass man am besten gar keine Fragen stelle, um nichts falsch zu machen, ist unbegründet und unangemessen. Es ist unerlässlich, anamnestiche, diagnostische und insbesondere auch symptomorientierte Fragen zu stellen, um die entsprechenden Informationen erheben zu können, denn ein maßgeblicher Anteil von Kindern und Jugendlichen wird scham- und schuldbesetzte Erlebnis-inhalte, Kognitionen und Intrusionen nicht von sich aus schildern.

Im Auswertungsgespräch und bei der Behandlungsplanung ist darauf zu achten, die Prognose der Heilbehandlung von den Aussichten eines Strafprozesses streng zu differenzieren und die jeweiligen zuständigen Berufsgruppen klar ausein-

anderzuhalten. Unsere Aufgabe ist die fachgerechte Heilbehandlung. Der Ausgang eines Strafprozesses ist stets ergebnisoffen. Mit den Patient*innen und ggf. deren Sorgeberechtigten sollte geklärt werden, dass Psychotherapie und Strafprozess voneinander unabhängige Vorgänge sind und das Ziel der gemeinsamen Arbeit in der Wiederherstellung der Gesundheit liegt, unabhängig vom Ausgang des Strafprozesses. Der möglicherweise aufseiten des*der Psychotherapeut*in bestehende eigene Wunsch nach einer erfolgreichen Strafverfolgung sollte gut reflektiert werden, eventuell mit Unterstützung durch Inter- und Supervision, und nicht in den psychotherapeutischen Prozess einfließen.

Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters

Jüngere Kinder sind besonders suggestibel (Goodman & Reed, 1986). Daher ist es hier besonders bedeutsam, eine suggestive Gesprächsführung bzgl. traumatischer Inhalte zu vermeiden und zudem die Sorgeberechtigten darüber aufzuklären, dass eine suggestive Rahmung zu Pseudoerinnerungen führen kann.

Bis zum Vorschulalter ist eine Konfabulationsneigung entwicklungstypisch. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Äußerungen jüngerer Kinder per se nicht realitätsbasiert wären. Ein Kind, das sexualisierte Gewalt und Misshandlung erlebt hat und von diesen Ereignissen Intrusionen und Alpträume berichtet, erfüllt die Kriterien einer PTBS. Das gilt unabhängig davon, ob es erzählt, mit seinem Teddy abends Unterhaltungen zu führen oder Rundflüge im Viertel zu unternehmen. Die Beibehaltung der psychotherapeutischen Rolle und ihrer professionellen Anforderungen ist hier ausschlaggebend: Wir prüfen sorgfältig das Vorliegen von Symptomen, fassen diese fachgerecht zu Diagnosen zusammen und führen eine entsprechende Behandlung durch.

Ähnliches gilt bei jugendlichen Patient*innen, die möglicherweise eine Neigung zu aufmerksamkeitsheischendem Verhalten haben. Das Vorliegen eines solchen Charaktermusters bei Patient*innen impliziert nicht im Vorhinein, dass deren Schilderungen von Gewalterleben ihrem Mittelpunktstreben entspringen müssen. Vielmehr prüfen wir auch in diesem Fall sachgerecht Symptome wie auch das Vorliegen von Diagnosen und behandeln dann entsprechend.

Dokumentationspflichten in den verschiedenen Phasen einer psychotherapeutischen Behandlung

Psychotherapeut*innen sollen ihr Vorgehen sowie Fragen und Fragetechniken gut dokumentieren, um suggestive Einflüsse belegbar ausschließen zu können (Fegert et al., 2024). Grundsätzlich empfiehlt es sich, insbesondere die Exploration der belastenden Lebensereignisse (inklusive der angewandten Fragetechnik), die traumaspezifische Psychoedukation

und die In-sensu-Exposition detailliert zu dokumentieren, um für das Gericht bzw. die beauftragten Sachverständigen den Nachweis erbringen zu können, dass weder suggestive Fragetechniken eingesetzt wurden noch ein nicht leitliniengemäßes Vorgehen erfolgt ist.

Kernelemente eines sorgfältigen heilberuflichen Vorgehens:

- umfangliche Aufklärung,
- genaue und umfangliche Dokumentation,
- Beachtung leitliniengemäßen Vorgehens, insbesondere
 - Vermeidung von suggestiven Fragen und suggestiven Techniken und
 - Vermeidung der gezielten Suche nach bisher nicht erinnerten traumatischen Ereignissen.

Kasten: Kernelemente eines sorgfältigen heilberuflichen Vorgehens

Don'ts

Psychotherapeutische Prozesse können bei nicht leitliniengemäßem Vorgehen Scheinerinnerungen induzieren und auch die Verlässlichkeit der Aussagen beeinträchtigen. Dies ist insbesondere in zwei Konstellationen der Fall, die dringend vermieden werden sollten:

- 1) *Psychotherapeutische „Aufdeckungsarbeit“*: Wenn Betroffene ohne eine konstant bestehende Erinnerung an ein traumatisches Ereignis in die Therapie kommen und danach „auf die Suche gehen“ wollen, sollte ein derartiger Auftrag durch den*die Psychotherapeut*in sorgfältigst geprüft werden. Eine gezielte Suche nach bis dato nicht vorhandenen Erinnerungen ist in keiner Leitlinie zu finden und grundsätzlich nicht fachgerecht. Diese Konstellation betrifft in der Regel nur erwachsene Patient*innen.
- 2) *Einsatz suggestiver Interventionen durch den*die Psychotherapeut*in*: Dieses Vorgehen ist in keiner Leitlinie zu finden und grundsätzlich nicht fachgerecht, da es mit einem erheblichen Schädigungspotenzial einhergeht. Nicht realitätsbasierte belastende Erinnerungen, die durch Suggestion entstanden sind, sind durch die klassischen Vorgehensweisen in der Regel nicht behandelbar. Daher empfehlen sich auch im Verlauf einer Heilbehandlung offene Fragen (z. B.: „Was ist als Nächstes passiert?“) und keinesfalls suggestiven Vorwegnahmen eines möglichen Geschehens (z. B.: „Wo hat er dich dann angefasst, am Po?“ oder „Musstest du als Nächstes seinen Penis in die Hand nehmen?“).

Erinnerungen, die erst im Verlauf einer Psychotherapie „auftauchen“

Auch wenn im Rahmen der Psychotherapie nicht explizit nach „verschollenen“ Erinnerungen gesucht wird, kann es vorkom-

men, dass während einer Behandlung spontan Erinnerungen „auftauchen“. Hier ist zu empfehlen, die Patient*innen darüber aufzuklären, dass diese wenig Chancen auf eine gerichtliche Berücksichtigung im Rahmen eines Strafverfahrens haben, da die Forschungslage dazu sehr kontrovers ist und nicht gesichert davon ausgegangen werden kann, dass diese realitätsbasiert sind.

Praxisbeispiele

Fall 1: Frau M., 23 Jahre

Diagnosen: PTBS, Dysthymia. *Traumatisches Ereignis*: Die Patientin war im Alter von 12 bis 15 Jahren sexualisierter Gewalt durch den Lebensgefährten der Mutter ausgesetzt. Die Patientin wurde umfanglich über mögliche Auswirkungen der Psychotherapie und ihr bestehendes Anrecht auf Heilbehandlung aufgeklärt. Die Patientin stellte die Anzeige nach erfolgreicher Beendigung der traumafokussierten Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie, Dauer: 1,5 Jahre, Vorgehen nach Boos, 2014). Während der Verhandlung wurde eine Sachverständige zur Begutachtung der Glaubhaftigkeit beauftragt. Diese forderte eine Kopie der gesamten Behandlungsakte an, um Art und Einfluss der psychotherapeutischen Interventionen zu prüfen. Das Vorgehen wurde als leitliniengemäß eingestuft, die Dokumentation als sehr aussagekräftig und die Aussage der Patientin als glaubhaft. Die Psychotherapie wurde eher als förderlich für die Aussagefähigkeit der Patientin eingeschätzt. Es kam zu einer Verurteilung des Täters.

Bedeutung für das Vorgehen in der Praxis: Dieser Fall zeigt die Bedeutung einer sorgfältigen Dokumentation klar auf. Die Akte kann sowohl von der Sachverständigen als auch vom Gericht vollumfänglich angefordert werden. Weiterhin zeigt das Beispiel auch die Möglichkeit auf, dass von Sachverständigenseite die psychotherapeutische Behandlung keineswegs als Störfaktor, sondern als für die Aussagefähigkeit hilfreich angesehen werden kann.

Fall 2: Jugendlicher, 15 Jahre

Diagnose: PTBS. *Traumatisches Ereignis*: Der Patient war im Alter von 12 bis 14 Jahren sexualisierter Gewalt durch einen Gruppenleiter der Freiwilligen Feuerwehr ausgesetzt. Der Patient hat die Anzeige bereits vor Aufnahme der Psychotherapie gestellt; das Strafverfahren verlief parallel zur Psychotherapie. Der Patient litt während der Verhandlung noch unter PTBS-Symptomen, die In-sensu-Expositionen waren bereits erfolgt (Vorgehen nach Nelius & Ahrens-Eipper, 2017). Es wurde durch das Gericht ein Befundbericht angefordert. Das Gericht verzichtete auf eine Glaubhaftigkeitsbegutachtung und schätzte die Aussage als glaubhaft sowie die Tatfolgen als schwerwiegend ein. Es kam zu einer Verurteilung des Täters. Die psychotherapeutische Behandlung verlief erfolgreich.

Bedeutung für das Vorgehen in der Praxis: Dieser Fall zeigt die Bedeutung einer aussagefähigen Befunderstellung bzw. eines detaillierten Therapieverlaufsberichtes auf. Dabei ist zu beachten, dass wir als Psychotherapeut*innen nur Dinge

feststellen können, die im Rahmen unserer Fachkunde liegen, und folglich Symptome schildern (beispielsweise den Inhalt von uns gegenüber geschilderten Intrusionen und Alpträumen) und Diagnosen darlegen. Keinesfalls steht es uns zu, Einschätzungen dazu abzugeben, wer unserer Ansicht nach eine Straftat begangen hat oder nicht.

Fall 3: Junge, 5 Jahre

Diagnosen: Störung mit Trennungsangst, PTBS. *Traumatisches Ereignis:* Der Patient erfuhr im Alter von zwei bis vier Jahren sexualisierte Gewalt während der Umgangswochenenden beim Kindsvater. Die Anzeige erfolgte bereits vor Aufnahme der traumafokussierten Psychotherapie; der Strafprozess fand erst deutlich nach Beendigung der erfolgreichen Psychotherapie statt (Einzel- und Gruppentherapie, Dauer: 1,5 Jahre, Vorgehen nach Ahrens-Eipper & Nelius, 2020). Die Kindesmutter wurde umfänglich über mögliche Auswirkungen der Psychotherapie auf das Strafverfahren und ihr bestehendes Anrecht auf Heilbehandlung für ihr Kind aufgeklärt. Der Sachverständige forderte einen Bericht an. Das psychotherapeutische Vorgehen wurde als leitliniengerecht eingestuft und es wurden keine Anhaltspunkte für eine Beeinflussung der Aussage durch die psychotherapeutische Behandlung gesehen. Da der Patient sich beim ersten Begutachtungstermin nicht so richtig erinnern konnte, beim zweiten jedoch sehr detailreich, konnte der Sachverständige nicht ausschließen, dass die Kindesmutter dem Kind den Inhalt vorgelegt hatte („Weißt du noch, du hast mir doch mal erzählt, wie ...“). Daher konnte die Aussage nicht verwendet werden. Es kam zu keiner Verurteilung.

Bedeutung für das Vorgehen in der Praxis: Bei sehr jungen Patient*innen können die Erinnerungen nach belastenden Ereignissen sehr klar und aussagekräftig sein, sodass die Expositionsbehandlung klare Ereignisabläufe beinhaltet. Vergehen bis zur Begutachtung oder Verhandlung Jahre, kann es bei jungen Kindern sein, dass die Gedächtnisinhalte nur noch sehr verschwommen berichtet werden können. Hier wäre eine frühe richterliche Befragung oder die Möglichkeit, eine Aussage vertraulich und zeitnah mit Hilfe von Aussagepsycholog*innen sicherzustellen, gerichtsfest zu dokumentieren und sicher aufzubewahren, sehr hilfreich (Fegert et al., 2024).

Wunsch und Vision zum Schluss

Menschen, die Opfer von Straftaten wurden und eine psychotherapeutische Behandlung benötigen, steht eine solche zu, auch wenn ein Strafprozess ansteht oder gerade läuft. Nicht vergessen werden sollte außerdem, dass auch der Strafprozess selbst eine hohe psychische Belastung darstellt. Es ist Aufgabe unserer Profession im Sinne der heilbehandlerischen Ethik, diese Behandlungen anzubieten. Ein besonderes Augenmerk ist auf eine sorgfältige Aufklärung und Dokumenta-

tion sowie fachgerechte Durchführung zu richten. So können wir dazu beitragen, diese vulnerablen Personengruppen gut zu versorgen und ihnen die Rückkehr zu einem psychisch gesunden Leben ermöglichen. Notwendige Behandlungen aufzuschieben oder nicht durchzuführen, kann für uns keine Option sein.

Mittlerweile hat das deutsche Bundesministerium der Justiz (BMJ) spätestens im Kontext der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung sexueller Gewalt prinzipiell dargestellt, dass Rechtsansprüche auf eine Krankenbehandlung oder eine Frühintervention nach dem Sozialen Entschädigungsrecht nicht durch mögliche Interessen der Aussageverwertbarkeit im Strafverfahren eingeschränkt werden können. Vielmehr sei (so die Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion „Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland“ (Drucksache, 20/5106, 2022, S. 21 f.)) Folgendes zu beachten:

Aus dieser Rechtsprechung [zur Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen; Anm. d. Verf.] folgt jedoch nicht, dass potentiell Geschädigten davon abgeraten werden sollte, vor Abschluss des Strafverfahrens eine Therapie in Anspruch zu nehmen. Eine Therapie beeinträchtigt den Beweiswert einer Aussage nach dieser Rechtsprechung nicht grundsätzlich. Die Entstehungsgeschichte einer Aussage, einschließlich einer Therapie und der Möglichkeit von Suggestion, muss allerdings bei der Beweismwürdigung stets berücksichtigt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass insbesondere suggestive Vorgehensweisen nicht Teil einer professionell durchgeführten Psychotherapie sind. Die Bundesregierung

— Wer Opfer einer Straftat wurde und infolgedessen an einer Traumafolgestörung erkrankte, sollte nie vor die Wahl gestellt werden zwischen dem Wiedererlangen seiner psychischen Gesundheit und einer aussichtsreichen Strafverfolgung. —

bemüht sich hier um Aufklärung und einen verbesserten Dialog der betroffenen beruflichen Akteure.

Es ist auch Aufgabe der Kammern, diesen verbesserten Dialog zwischen den beteiligten Professionen zu befördern und dafür zu sorgen, dass ein größeres Verständnis dafür besteht, was Psychotherapie zu leisten vermag, wie sie fachgerecht umgesetzt wird und wie sie angewandt wird, ohne die Glaubhaftigkeit zu beschädigen. Weiterhin sollten Fortbildungen angeboten werden, um die Psychotherapeut*innen in diesem herausfordernden Themenfeld zu unterstützen und zu ermutigen, auch diesem Klientel die notwendige Versorgung angeeignet zu lassen.

Kein Mensch, ob Kind, Jugendliche*r oder Erwachsene*r, der Opfer einer Straftat wurde und infolgedessen an einer Trau-

mafolgestörung erkrankte, sollte vor die Wahl gestellt werden zwischen dem Wiedererlangen seiner psychischen Gesundheit und einer aussichtsreichen Strafverfolgung.

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.

Ahrens-Eipper, S. & Nelius, K. (2020). Traumatherapie mit Kindern im Vorschul- & Kindergartenalter (2–6). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für die psychosoziale Praxis, 16 (1), 9–23.

Ahrens-Eipper, S. & Walter, A. (in press). Verdacht auf Kindeswohlgefährdung in der psychotherapeutischen Praxis. Schritt für Schritt. KJP up2date: 10.1055/a-2253-8335 2024.

BGH – Bundesgerichtshof. (1999). Bundesgerichtshof Urt. v. 30.07.1999, Az.: 1 StR 618/98. Verfügbar unter: <https://research.wolterskluwer-online.de/document/b780b509-275d-4cab-bf15-fff9c9419fd6> [19.07.2024].

BMAS – Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales. (o.J.). Schnelle Hilfen. Verfügbar unter: www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entscheidung/Neues-Soziales-Entscheidungsrecht/Schnelle-Hilfen/schnelle-hilfen.html [19.07.2024].

Drucksache, 20/5106. (2022, 27. Dezember). Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/051/2005106.pdf> [19.07.2024].

Fegert, J.M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen, S. & Sachers, C. (2024). Die Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung im deutschen Sprachraum – Ein interdisziplinäres Plädoyer für eine kritische Bestandsaufnahme zur Anwendung der sogenannten „Nullhypothese“ in unterschiedlichen Verfahrenskontexten. Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Verfügbar unter: https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Materialien/Publikationen/Expertisen_und_Studien/Expertise_Glaubhaftigkeitsbegutachtung.pdf [19.07.2024].

Goodman, G. S. & Reed, R. S. (1986). Age differences in eyewitness testimony. Law and human behavior, 10 (4), 317–332.

Herrmann, J. (2010). Die Entwicklung des Opferschutzes im deutschen Strafrecht und Strafprozessrecht – Eine unendliche Geschichte. Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik, 5 (3), 236–245.

LG Frankenthal (Pfalz). (2019). Urteil vom 31.07.2019 – 7 KLS 5221 Js 5826/16 jug. Verfügbar unter: <https://openjur.de/u/2273311.html> [19.07.2024].

Lindemann, M., Menke, J. & Frenser, K. (2022). Herausforderungen von Strafverfahren mit psychisch kranken Opfern – die psychosoziale Prozessbegleitung als möglicher Bewältigungsansatz? Ein Dialog mit Expertinnen und Experten. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 105 (1), 50–64.

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A. et al. (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer.

Schemmel, J. & Volbert, R. (2021). Therapie oder Glaubhaftigkeit? Report Psychologie, 46 (10), 14–24.

Steil, R., Maercker, A., Jaworski, L., Bachem, R. & Eberle, D. (2024). Evidenzbasierte Psychotherapie posttraumatischer Belastungsstörungen – ein Update. Der Nervenarzt, 95, 616–621.

Steller, M. & Köhnken, G. (1989). Criteria-based statement analysis. In D.C. Raskin (Hrsg.), Psychological methods in criminal investigation and evidence (S. 217–245). Berlin: Springer.

Steller, M. & Volbert, R. (1999). Wissenschaftliches Gutachten. Forensisch-aussagepsychologische Begutachtung (Glaubwürdigkeitsbegutachtung). Praxis der Rechtspsychologie, 9 (2), 46–101.



Dr. Sabine Ahrens-Eipper

Korrespondenzanschrift:

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Goayastraße 2d
04105 Leipzig
sabine.ahrens-eipper@opk-info.de

Dr. phil. Sabine Ahrens-Eipper ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Halle/Saale (seit 2008 im Versorgungsprojekt „Trauma First“ für Kinder mit Traumafolgestörungen) und hatte von 2022 bis 2024 eine Vertretungsprofessur am Lehrstuhl für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie & -psychotherapie der Universität Greifswald inne. In der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) ist sie seit 2010 Vorsitzende der Fachkommission Psychotrauma und seit März 2024 Vizepräsidentin. Ihre Schwerpunkte liegen in den Themen Qualitätssicherung, Kinderschutz, PSNV & Opferschutz sowie im Dialog zwischen Hochschule/Wissenschaft und Praxis.



Dr. Andrea Walter

Dr. rer. nat. Andrea Walter studierte an der LMU München Psychologie und promovierte am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften zum Thema Handlungsfor-schung in Leipzig. Bei der OPK ist sie als wissenschaftliche Referentin und stellvertretende Geschäftsführerin tätig und beschäftigt sich unter anderem schwerpunktmäßig mit Themen der psychotherapeutischen Versorgung sowie der Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen.

Childhood-Haus: Chance & Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz

Marilena de Andrade & Astrid Helling-Bakki

Zusammenfassung: Childhood-Häuser sind ambulante Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche, die von sexualisierter und körperlicher Gewalt sowie Vernachlässigung betroffen sind. Sie werden seit 2018 von der World Childhood Foundation deutschlandweit in verschiedenen Bundesländern auf den Weg gebracht. Was es im Detail bedeutet, eine komplexe und interdisziplinäre, traumasensible und kindzentrierte Zusammenarbeit über die Grenzen verschiedener Professionen und behördlicher Strukturen hinweg zu gestalten, soll in diesem Artikel im Hinblick auf verschiedene Tätigkeitsfelder der Psychologie mit ihren Schnittstellen der klinischen Psychologie und Psychotherapie, Psychiatrie und Rechtspsychologie erläutert werden. Hierbei soll auch auf das Dilemma der Therapie im Strafverfahren bzw. den Umgang damit in der interdisziplinären Zusammenarbeit eingegangen werden.

Einleitung

Stellen Sie sich vor, Sie wären wieder acht Jahre alt. Stellen Sie sich vor, Sie stehen in diesem Moment in einer Notaufnahme im Krankenhaus: Das Licht ist grell, es laufen hektisch Menschen an Ihnen vorbei. Diese Menschen sind doppelt so groß wie Sie, tragen weiße Kittel und sprechen Wörter aus, die Sie nie gehört haben. Es riecht unangenehm, Menschen weinen, manche sehen vielleicht verletzt, krank oder zumindest besorgt aus. Wie würden Sie sich fühlen? Wonach würden Sie sich in so einem Moment sehnen?

Stellen Sie sich nun vor – Sie sind immer noch acht Jahre alt –, Sie müssen zur Polizeistation und etwas aussagen. Sie gehen in die Polizeistation und überall sind Menschen in Uniform, teilweise mit Pistolen am Gürtel. Alle Tische sind zu hoch für Sie und der Stuhl, auf den Sie sich setzen, ist eindeutig für die Größe eines Erwachsenen gemacht. Sie werden Sachen gefragt, die kompliziert klingen. Vielleicht werden Sie auch in einer Art gefragt, die Ihnen das Gefühl gibt, Sie hätten etwas falsch gemacht. Vielleicht, weil Sie nicht mehr alles ganz genau wissen. Was würden Sie sich in so einem Moment wünschen?

Und jetzt stellen Sie sich vor, Sie betreten als achtjähriges Kind ein Gerichtsgebäude, weil sie etwas aussagen müssen. Die Eingangshalle ist groß und die Treppen sind beeindruckend breit, sie sehen Menschen mit schwarzen langen Umhängen, die hinter Türen verschwinden, die mit lautem Ton ins Schloss fallen. Was bräuchten Sie wohl in diesem Moment?

In diese und ähnliche Situationen werden Kinder und Jugendliche in Deutschland häufig gebracht, wenn sie rechtliche Klärung und professionelle Unterstützung nach Gewaltvorfällen – insbesondere sexualisierten Gewaltvorfällen – su-

chen. Sie müssen meist viele unterschiedliche Institutionen durchlaufen, die nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind, und werden immer wieder – selten kindgerecht – nach ihren Erlebnissen befragt (UBSKM, 2021). Diese Situation hat die gemeinnützige Stiftung World Childhood Foundation dazu bewogen, deutschlandweit das Konzept Childhood-Haus auf den Weg zu bringen, das auf den europäischen Barnahus- („Haus für Kinder“) Standards basiert. Childhood-Häuser sind multidisziplinäre ambulante Anlaufstellen, in denen verschiedene Disziplinen unter einem Dach zusammenkommen und einen Schutzraum schaffen, in dem das Kind im Zentrum steht. Grundlegend ist ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen an einem Ort, an dem Jugendhilfe, Medizin, Psychologie, Polizei und Justiz kindgerecht und traumasensibel agieren, ohne dass für das Kind bei den verschiedenen Vorstellungen, Untersuchungen und ggf. polizeilichen oder richterlichen Befragungen ein Ortswechsel erfolgen muss. Was diese komplexe und interdisziplinäre Zusammenarbeit über die Grenzen verschiedener behördlicher Strukturen hinweg im Detail bedeutet, soll hier insbesondere im Hinblick auf die Tätigkeitsfelder der Psychologie mit den Kontaktpunkten zu klinischer Psychologie und Psychotherapie, Psychiatrie und Rechtspsychologie erläutert werden. Damit diese Erläuterung möglich ist, werden einleitend die Themenfelder Trauma, sexualisierte Gewalt und potenzielle Folgen eingeordnet und das Childhood-Haus-Konzept näher erläutert.

Trauma und sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Der Begriff Trauma (*griech. Verletzung, Wunde*) wurde lange ausschließlich auf körperliche Verletzungen bezogen (Maercker, 2017), bis die Psychotraumatologie daran anknüpfte und unter dem Begriff Psychotrauma eine seelische Verletzung fasste. Fischer und Riedesser (2009, S. 86) definieren ein



Kindgerecht gestaltete Räumlichkeiten im Childhood-Haus (Foto: Michael Bader, Childhood)

Trauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht“. Ob eine Situation traumatisch ist oder nicht, hängt weniger mit äußeren Geschehen als mit dem subjektiven Erleben und den nachfolgenden Verarbeitungsmöglichkeiten zusammen (Gebrande, 2021). Faktoren wie das Alter der Person, die Dauer, die Intensität und Form der traumatisierenden Situation sowie das Maß an Unterstützung vor-, während und danach bestimmen maßgeblich über den Verlauf der Bewältigung (Hantke & Görge, 2023). Die zwei Diagnosen (nach ICD-11) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) stellen dabei die zwei relevantesten klinischen Störungsbilder dar.

Bei Kindern können die Folgen potenziell traumatischer Ereignisse sehr unspezifisch und individuell variieren. Schmid und Kollegen (2010) verweisen auf die Vielzahl an biopsychosozialen Problemen, die durch ein traumatisches Ereignis auftreten können und die stark vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig sind. Sie sprechen von einer „Breitbandsymptomatik mit vielen komorbiden Störungen“ (Schmid et al., 2010, S. 47). Wie umfassend und schwerwiegend die biopsychosozialen Auswirkungen von solchen potenziell traumatischen Erlebnissen (vor allem komplexer Traumatisierungen) sein können, hat in den USA die ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences Study) deutlich herausgestellt. Je mehr kritische Kindheitserlebnisse wie Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt oder physische Gewalt ein Mensch erlebt hat, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für spätere psychische wie körperliche Belastungen wie zum Beispiel Depression, suizidales Verhalten, Drogenkonsum, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes (Felitti et al., 1998; aktuell für Deutschland in ähnlicher Form auch die NAKO-Studie, siehe dazu Klinger-König et al., 2024¹).

Gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche im deutschen System

Statistisch gesehen sind ein bis zwei Kinder einer deutschen Schulklasse von sexualisierter Gewalt betroffen (UBSKM, 2017). Dass diejenigen, die betroffen sind, jedoch mit ihren Erlebnissen Gehör und Unterstützung finden, ist nicht selbstverständlich: Meist gelingt es erst nach vielfältigen Versuchen. Daraufhin beginnt in der Regel ein Behörden-, Ärzt*innen- und Befragungsmarathon mit verschiedenen, teils sehr „versäult denkenden“ Professionen bzw. Behörden mit unterschiedlichen Aufträgen. Komplexe Hilfesysteme, unterschiedliche regionale und föderale Strukturen stellen alle Beteiligten vor erhebliche Herausforderungen bezüglich Vernetzung und Schnittstellenarbeit. Für Betroffene bedeutet das in aller Regel eine Vielzahl verschiedener – teils einschüchternder – Befragungen über die aktuelle Situation bzw. das Geschehene (Haldorsson, o. J.), mit einer großen Gefahr von suggestiv wirkenden Fragen, insbesondere dann, wenn traumauninformiertes und für diese spezifische Situation ungeschultes Personal die Befragungen durchführt. Zudem werden medizinische Untersuchungen, denen sich Betroffene unterziehen müssen, häufig nicht von qualifizierten Kinderschutzmediziner*innen und in der forensischen Spurensicherung geschulten Ärzt*innen geleistet. Entscheiden sich Betroffene bzw. deren Umfeld, Anzeige zu erstatten, und es kommt zu einem Verfahren, zieht sich dieses in der Regel über Monate oder sogar Jahre hin, was Betroffene als sehr belastend empfinden (UBSKM, 2021). Kommt es in all diesen Prozessen zu – meist unbeabsichtigten – Unstimmigkeiten und Informationsverlusten durch Befragungen bzw. durch eine unzureichende oder fehlerhafte Dokumentation, entsteht ein hohes Risiko, dass Kinder und Jugendliche als Zeug*innen angezweifelt werden bzw. die erhobenen Befunde und Beweismittel unzureichend sind. Diese Schwierigkeiten im Klärungsprozess tragen auch maßgeblich zu einem erhöhten Risiko an Reviktimisierung und Retraumatisierung bei und können gezielte Maßnahmen zum Schutz des Kindes auch aus Perspektive des Jugendamtes und Familiengerichts erschweren (ebd.).

Das Childhood-Haus Konzept und seine Qualitätsstandards

Um all das möglichst zu verhindern, setzt die World Childhood Foundation in Deutschland das Konzept Childhood-Haus um und bringt alle involvierten Professionen unter einem Dach zusammen, die die betroffenen Kinder und Jugendlichen brauchen. 1999 von I.M. Königin Silvia von Schweden mit dem Ziel gegründet, die Lebensbedingungen junger Menschen zu verbessern, die Gewalt, insbesondere sexualisierter Gewalt und Vernachlässigung, ausgesetzt sind, fokussiert

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.



Bereits bestehende und geplante Childhood-Häuser in Deutschland

sich die Stiftung in Deutschland seit einigen Jahren auf die Umsetzung von Childhood-Häusern bzw. international auf sog. Child-Advocacy-Center- oder Barnahus-Modelle.² Die inzwischen zehn ambulanten Childhood-Haus-Anlaufstellen in neun Bundesländern bieten einen Rahmen, in dem alle nötigen Kinderschutzmaßnahmen durchgeführt werden und insbesondere kind- und opfergerechte strafrechtliche Maßnahmen erfolgen können, ohne dass die Kinder und Jugendlichen einen Ortswechsel vollziehen müssen. Alle beteiligten Stellen – Polizei, Jugendamt, Medizin, Psychologie und Justiz – kommen zum Childhood-Haus in eine kinderfreundliche Umgebung. Psychosoziale Fachkräfte für das individuelle Casemanagement koordinieren dabei alle Prozesse und können als konstante Ansprechpersonen bei medizinischen und forensischen Untersuchungen, polizeilichen Befragungen, ermittlungsrichterlichen Vernehmung bis hin zu psychologischer und sozialpädagogischer Beratung und Unterstützung sowie notwendigen Abstimmungen mit dem Jugendamt die Prozesse begleiten. Es werden Abläufe mit den Professionen Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendgynäkologie, Rechtsmedizin, Kinder- und Jugendpsychologie sowie -psychiatrie und bei Bedarf weiteren medizinischen Fachrichtungen, mit Jugendämtern, Trägern der Jugendhilfe, Fachberatungsstellen, Polizei, Staatsanwaltschaft, Amtsgericht, Landgericht und ggf. Oberlandesgerichten sowie Opferhilfe stets im Blick behalten.

Das Childhood-Haus-Konzept basiert dabei auf dem sogenannten europäischen „Barnahus-Modell“ mit seinen zehn

Barnahus-Qualitätsstandards. Mit diesen Standards wurde erstmals versucht, die Grundsätze für die Interventionen und Leistungen in Europa zu definieren. Der Name Barnahus („Haus für Kinder“) kommt ursprünglich aus Island, wo 1998 die erste Anlaufstelle gegründet wurde und sich daraufhin – bisher vor allem in den nordischen Ländern – viele weitere Barnahus-Einrichtungen etablierten. Die Childhood-Häuser/Barnahus-Modelle können als „Versuch betrachtet werden, die Rechte von Kindern zu „operationalisieren“, um eine Unterstützung sowie einen angemessenen Schutz zu erhalten und Zugang zu einer kinderfreundlichen Justiz zu haben“. (Haldorsson, 2017, S. 2). Sie sollen zudem als „Leitlinien“ auf einem Weg zur Verbesserung der Rechte minderjähriger Opfer und Zeug*innen von Gewalt und Vernachlässigung gesehen

werden. Inhaltlich basieren sie auf der UN-Kinderrechtskonvention und sind fachlich durch wissenschaftliche und evidenzbasierte Erkenntnisse unterlegt.

Die Standards bestehen aus zugrundeliegenden Prinzipien, spezifischen Aktivitäten und institutionellen Vereinbarungen, die kindzentrierte und effektive, kollaborative Maßnahmen ermöglichen:

Standard 1 umfasst die Kerngrundsätze: Alle folgenden Qualitätsstandards haben Kerngrundsätze gemeinsam, die eine Kontinuität bezüglich der Qualität der Versorgung und Behandlung der Betroffenen garantieren sollen. Im Zentrum aller Handlungen und Prozesse, die im Childhood-Haus stattfinden, steht zu jeder Zeit das Wohl des betroffenen und zu betreuenden Kindes. Kinder und Jugendliche haben jederzeit das Recht, Informationen in altersgerechter Form zu erhalten

² Die World Childhood Foundation wurde 1999 von Ihrer Majestät, Königin Silvia von Schweden, mit dem Ziel gegründet, das Recht der Kinder auf eine sichere und liebevolle Kindheit zu schützen und die Lebensbedingungen derjenigen Kinder zu verbessern, die sexuellem Missbrauch und Gewalt ausgesetzt sind. Die vier Schwesterstiftungen der World Childhood Foundation in Deutschland, Schweden, den USA und Brasilien arbeiten derzeit mit über 60 Partnerorganisationen in 14 Ländern zusammen. Die gemeinsame Vision ist es, dass alle Kinder eine sichere und beschützte Kindheit erleben dürfen. Die World Childhood Foundation Deutschland fördert innovative und nachhaltige Projekte, die sich in der Prävention und Intervention von Kindesmissbrauch und sexualisierter Gewalt an Kindern stark machen. Die Stiftung möchte Kindern ihr Recht auf eine geschützte Kindheit wahren und somit durch präventive Maßnahmen Missbrauch, Ausbeutung und Vernachlässigung verringern. Die gemeinnützige Arbeit der Stiftung, die in diesem Jahr ihr 25. Jubiläum feiert, wird allein durch Spenden finanziert. Weitere Informationen unter: www.childhood-de.org

und ihre Ansichten und Bedürfnisse mitzuteilen. Unangemessene Verzögerungen sollen stets vermieden werden, Kinder und Jugendliche sollen in den verschiedenen Prozessen effizient und effektiv unterstützt und befähigt werden. Grundlegend für all das ist ein traumainformiertes Gesamtverständnis.

Die **Standards 2 und 3** fokussieren auf die Zusammenarbeit im Childhood-Haus. Diese ist multidisziplinär und ressortübergreifend mit klar definierten Rollen, um eine strukturierte und transparente Zusammenarbeit zu garantieren. Die Zielgruppe ist dabei inkludierend, breit gefasst und in Kooperationsvereinbarungen klar definiert.

Standard 4 definiert eine kinderfreundliche Umgebung, die entsprechend gestaltete Innenbereiche, einen Befragungsräum mit Video- und Tonaufzeichnung sowie weitere räumliche Möglichkeiten beinhaltet, die einen Rückzugsort für das Kind sowie die Kontaktverhinderung zwischen Betroffenen und Angeschuldigten gewährleisten.

Im **Standard 5** geht es um das Casemanagement, das die Koordination ressortübergreifenden Arbeitens beinhaltet sowie die Berücksichtigung der Perspektive des Kindes, die Einhaltung formaler Verfahren und Routinen, die Fallplanung und -besprechung sowie die Lotsenfunktion für das Kind und seine Angehörigen.

Der **Standard 6** fokussiert auf das altersgerechte forensische Interview. Dieses wird durch geschultes Fachpersonal der Polizei oder Justiz im Childhood-Haus evidenzbasiert durchgeführt und audiovisuell aufgezeichnet. Eine rechtssichere Durchführung insbesondere im Hinblick auf eine faire Verhandlung und die Wahrung der Verfahrensrechte aller Beteiligten werden sichergestellt.

Die medizinische Betreuung – **Standard 7** – ist kinderschutzmedizinisch und forensisch durch qualifizierte medizinische Fachkräfte in die Abläufe und als Teil der Fallbesprechung und Planung integriert. Die therapeutischen Leistungen – **Standard 8** – beinhalten die Beurteilung, Beratung und gegebenenfalls die Einleitung der Behandlung des Kindes durch geschultes Fachpersonal, bei Bedarf Krisenintervention, und sind als Teil der Fallbesprechung und Planung zu berücksichtigen. Das Recht des Kindes auf Information und Partizipation wird dabei stets gewahrt.

Durch die **Standards 9 und 10**, in denen der Aufbau von Kapazitäten der Fachkräfte und die Verbreitung von Wissen und Kompetenzen beschrieben werden, wird das Fundament des Konzeptes weiter gestärkt. Die Mitglieder des Childhood-Haus-Teams und die involvierten Partner*innen der verschiedenen Berufsfelder erhalten regelmäßige Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Supervision. Schulungen werden sowohl für Spezialgebiete der einzelnen Professionen als auch zu bereichsübergreifenden, transprofessionellen Aspekten angeboten.

Das primäre Ziel der Stiftung ist, in jedem Bundesland mindestens ein Pilotprojekt zu implementieren, wodurch dann Multiplikations- und Skalierungseffekte angestoßen werden. Föderalistische Strukturen und regionale Besonderheiten führen dazu, dass die Umsetzung des Konzepts trotz gleicher Grundstandards heterogen ist. Trägerschaften, inhaltliche Schwerpunkte, Teamzusammensetzungen, Zugangswege und Niedrigschwelligkeit, (Langzeit)Finanzierungsmodelle, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen sowie mit den weiteren Netzwerkpartner*innen sind stets standortspezifisch adaptiert. Trägerstrukturen wurden in Deutschland bisher in den Sektoren Gesundheit und Jugendhilfe an (Universitäts-)Kliniken und kommunalen/freien Jugendhilfeträgern etabliert. Ein Childhood-Haus kann demnach im Angebotsspektrum und der strukturellen Integration variieren, insb. hinsichtlich der (Kinderschutz-)medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Leistungen sowie hinsichtlich der Größe und weiterer assoziierter Netzwerkangebote des regionalen Einzugsgebiets. Auch räumlich sind die „Childhood-Haus-Einheiten“ mit Wartebereich, Gesprächs-/Beratungsräumen, medizinischem Untersuchungsraum und Räumen für eine audiovisuelle Vernehmung stets unterschiedlich als in sich geschlossene Einheiten in den Gebäuden bzw. als eigenständiges Haus aufgebaut.



Kinderfreundliche Atmosphäre im Befragungsräum mit Video- und Tonaufzeichnungsmöglichkeit (Foto: Michael Bader, Childhood)

Was jedoch allen Childhood-Häusern ungeachtet ihrer Unterschiedlichkeit gemein ist: Jede Handlung, die in den Einrichtungen erfolgt, stellt die Perspektive und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in den Mittelpunkt. Das langfristige Ziel, einen professionellen, traumainformierten interdisziplinären Umgang mit Blick auf die Gesamtsituation der Minderjährigen zu gewährleisten, wird von allen beteiligten als Kernkooperationspartner*innen vorgegebenen Disziplinen fokussiert. Childhood-Häuser stellen damit einen konkreten Lösungsansatz für allgegenwärtige Herausforderungen und Belastungen in der Klärung/Versorgung und rechtlichen Bearbeitung von Kinderschutzfällen bzw. bei Gewalterfahrungen von Kindern dar.

In der praktischen Umsetzung bewegt sich das Modell stets in den Grenzen der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen

aller beteiligten Systeme in Deutschland und kann inhärente Reibungspunkte der Rechtsnormen, der zugrundeliegenden Systemlogiken und -werte nicht vollends auflösen. So werden auch in der Alltagspraxis beispielsweise Fragestellungen aufgeworfen, wie mit traumatherapeutischen Maßnahmen rund um ein laufendes Strafverfahren umgegangen werden sollte und welchen zeitlichen bzw. inhaltlichen Einbezug rechtspsychologische Leistungen in den Abläufen haben sollten.

Ein Fallbeispiel

Zum besseren Verständnis folgend ein fiktives Fallbeispiel wie es sich in einem Childhood-Haus abspielen könnte:

Ben ist ein tendenziell schüchterner und zurückgezogener zehn Jahre alter Junge, der in der Schule über einen längeren Zeitraum Verhaltensänderungen gezeigt hat. Bei einem Workshop in der Schule wird das Thema häusliche und sexualisierte Gewalt thematisiert, woraufhin er den Kontakt zu einer Schulsozialarbeiterin aufnimmt und über sexualisierte Gewalt durch den neuen Lebensgefährten seiner Mutter berichtet. Die Schulsozialarbeiterin spricht sich intern mit Kolleg*innen ab und folgt einem Handlungsleitfaden für den Umgang bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung/(sexualisierte) Gewalt. Da umgehender Handlungsbedarf besteht, wird eine Beratung durch eine Insofern erfahrene Fachkraft in Anspruch genommen und nach Kontaktaufnahme zu Bens leiblichem Vater, zu dem Ben nach der Schule gehen sollte, mit dessen Information und Einverständnis das zuständige Jugendamt informiert. Da Ben erzählt, dass er an verschiedenen Körperstellen Schmerzen empfindet, nachdem „es“ in der letzten Nacht besonders schlimm war, erfolgt nach Rücksprache mit dem Jugendamt die Kontaktaufnahme zum Childhood-Haus. Die dortige koordinierende Fachkraft organisiert noch für denselben Tag einen Vorstellungstermin unter Einbezug von Kinderschutzmedizin und Rechtsmedizin. Der zuständige Mitarbeiter des sozialen Dienstes kündigt an, ebenfalls zum Childhood-Haus zu kommen, um dort ein erstes Gespräch mit dem Vater zu führen.

Es wird von der koordinierenden Fachkraft geklärt, welche Behörden/ Institutionen bereits involviert sind, wie diese in die weiteren Maßnahmen einbezogen werden müssen und können (insb. auch hinsichtlich des Informationsaustauschs untereinander) und sie bespricht mit Jugendamt und Bens Vater, wie die Mutter als ebenfalls Sorgeberechtigter mit einbezogen werden muss.

Bei Eintreffen im Childhood-Haus empfängt die koordinierende Fachkraft Ben und seinen Vater in Ruhe und erklärt entwicklungsgerecht, welche Angebote und Maßnahmen im Childhood-Haus möglich sind und welche nächsten Schritte und zu beteiligenden Personen notwendig sind. Die psychosoziale Fachkraft bespricht mit Ben und dem Vater, dass eine Untersuchung durch Ärzt*innen erfolgen sollte, um zu schauen, wie es Ben aus medizinischer Sicht geht, gerade weil an seinem Körper eventuell Spuren sein könnten, die festgehalten werden sollten. Wichtig ist, dass Ben jederzeit sagen bzw. zeigen kann, was er nicht will, und zu allem Fragen stellen kann. Im Zuge dieser Unterhaltung wird auch exploriert, ob Ben und/oder sein Vater direkten Bedarf für ein psychologisches Beratungsgespräch haben bzw. wie die Belastungssituation adressiert werden kann. Die kinderschutzmedizinischen Untersuchungen werden gemeinsam von einem Pädiater und einer Rechtsmedizinerin altersgerecht und in ruhiger Atmosphäre durchgeführt.

Das erste Kennenlerngespräch mit der Psychologin zielt darauf ab, Ben und seine Lebenswelt besser kennenzulernen und Belastungen und Ressourcen zu screenen. Die konkreten Erlebnisse, die zu der Vorstellung im Childhood-Haus geführt haben, sind dabei jedoch nicht Fokus des Gesprächs. Alle spontanen Äußerungen von Ben, die sich auf die vermuteten Übergriffe beziehen, werden von allen Beteiligten Berufsgruppen im Childhood-Haus möglichst wortlautgetreu dokumentiert.

Die rechtsmedizinischen Untersuchungsergebnisse zeigen indessen keine eindeutigen bzw. beweiskräftigen Befunde (wie es bei sexualisierten Gewaltformen häufig der Fall ist), die Untersuchungsproben von Körperabstrichen werden asserviert. Der allgemeine Gesundheitszustand von Ben ist weitestgehend altersentsprechend. Bezüglich der anamnestisch geschilderten zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten wird im weiteren Verlauf diskutiert, ob ggf. eine weiterführende Entwicklungsdiagnostik indiziert ist bzw. hilfreich sein könnte. Da ohnehin noch eine Folgeuntersuchung bezüglich möglicher sexuell übertragbarer Erkrankungen vereinbart werden muss, wird dieses Thema zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen.

Hinsichtlich des weiteren Vorgehens fragt der Vater, was es eigentlich bedeuten würde, wenn eine Anzeige erstattet würde. Auch Ben zeigt sich verunsichert, was nun weiter passieren wird.

Der Kollege des Sozialen Dienstes des Jugendamtes hat bereits mit dem Vater erläutert, welche Aufgaben das Jugendamt hat, welche Schritte bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung erforderlich sind und wie diese mit dem Familiengericht zusammenhängen.

Bezüglich einer möglichen Anzeigeerstattung schildert die koordinierende Fachkraft des Childhood-Hauses auch im Beisein des Jugendamtsvertreters, wie Kontaktaufnahmen mit der Polizei erfolgen können, wie Vernehmungen von der Polizei in den Räumen des Childhood-Hauses durchgeführt werden können, welche Unterstützungsmöglichkeiten es z. B. auch durch Psychosoziale Prozessbegleitung gibt und was ein Ergänzungspfleger ist. In dem Gespräch werden auch die Bedenken des Vaters aufgegriffen, welche Belastungen mit einem Strafverfahren einhergehen können.

Der Vater wird darüber aufgeklärt, dass es in Deutschland keine polizeiliche Anzeigepflicht für Fachkräfte gibt, auch nicht für das Jugendamt. Es wird zudem erläutert, dass für Ermittlungsbehörden wichtig ist, dass sie möglichst zeitnah ermitteln können, da möglicherweise Beweismittel ansonsten nicht mehr zugänglich sind. Als Ben sich aufnahmefähig zeigt, wird auch mit ihm besprochen, was Polizei und Gericht eigentlich tun und was eine Vernehmung ist, falls diese durchgeführt wird. Dazu wird ihm auch der audiovisuelle Vernehmungsraum im Childhood-Haus nochmals gezeigt, in dem alles stattfinden würde.

Am ersten Vorstellungstag im Childhood-Haus steht natürlich die Frage im Vordergrund, wie sichergestellt werden kann, dass Ben innerhalb der nächsten Stunden bzw. Tage keiner erneuten Gefährdung ausgesetzt wird, bis weitere Klärungsschritte erfolgt sind. Die informierte Abwägung und Entscheidung, ob eine Anzeige erstattet werden soll, lässt sich oftmals nicht im Zuge des ersten Vorstellungskontaktes klären und bedarf meist weiterer Gespräche. Bevor alle das Childhood-Haus an diesem ersten Tag wieder verlassen, wird besprochen, wie der weitere Austausch geregelt ist und welche nächsten Schritte bereits feststehen.

Die koordinierende Fachkraft bleibt in den kommenden Tagen mit der Familie in engem Austausch und weist darauf hin, dass auch die Eltern mit der Psychologin sprechen können, um sich in der Akutsituation beraten zu lassen und um über die grundsätzliche Möglichkeit ergänzender Beratungs- und ggf. Therapieangebote informiert zu werden.

Nach einer kurzen Weile wird – insbesondere auch, weil Ben dies möchte – eine Anzeige bei der Polizei durch den Vater erstattet und von der Polizei ein Termin zur polizeilichen audiovisuellen Vernehmung im Childhood-Haus vereinbart. Bei diesem Termin ist Ben kaum wiederzuerkennen. Er scheint kaum geschlafen oder gegessen zu haben und wirkt völlig aufgelöst. Es findet ein stabilisierendes Gespräch mit der ihm bereits bekannten Psychologin statt. Anschließend lernt Ben den vernehmenden Polizisten kennen. Dieser ist in Kindervernehmungen geschult und geht in der Befragung sehr geduldig vor, sodass es Ben gelingt, seine Aussage zu machen, auch wenn er insgesamt sehr belastet wirkt. Die Polizei erklärt zum Ende hin, dass noch weitere Ermittlungen erfolgen müssen und die Staatsanwaltschaft für das Ermittlungsverfahren verantwortlich ist.

Ben kommt daraufhin zu weiteren stabilisierenden Gesprächen ins Childhood-Haus. Aufgrund seiner ausgeprägten Belastungszeichen wird ihm eine längerfristige ambulante traumatherapeutische Anbindung empfohlen. In der Region gibt es bisher zwar noch keine Kinder- und Jugendtraumaambulanz, jedoch sehr erfahrene ambulant tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

Seitens der Staatsanwaltschaft wird die Durchführung einer ermittlungsrichterlichen Videovernehmung von Ben nach § 58a StPO beantragt. Diese erfolgt ca. drei Monate, nachdem er sich das erste Mal im Childhood-Haus vorgestellt hat. Die Staatsanwaltschaft veranlasst, dass bereits eine rechtspsychologische Sachverständige im Übertragungsraum im Childhood-Haus anwesend ist und aussagepsychologisch relevante Fragen in die Vernehmung mit einbringen kann. Durch den räumlichen Aufbau des Childhood-Hauses wird sichergestellt, dass alle an dieser Stelle relevanten Verfahrensbeteiligten durch die audiovisuelle Vernehmung ihre Rechte zur Verfahrensbeteiligung wahrnehmen können, so auch der Angeschuldigte sowie dessen Verteidigung und die Nebenklagevertretung.

Bens Familie hat ihren Anspruch auf Psychosoziale Prozessbegleitung wahrgenommen und Ben fühlt sich soweit wohl in der mittlerweile bekannten Umgebung des Childhood-Hauses. Er weiß genau, was auf ihn zukommt. Er ist sogar damit einverstanden, das Vernehmungsgespräch alleine mit dem Ermittlungsrichter im Vernehmungsraum zu führen. Den Raum kennt er bereits von der polizeilichen Befragung. Ben weiß, dass auch andere Menschen die Übertragung sehen können (auch der Lebensgefährte seiner Mutter), während er dort mit dem Richter spricht, und dass alles, was er sagt, aufgenommen wird. Er weiß, dass dadurch ermöglicht werden kann, dass er später, wenn es eventuell noch eine Hauptverhandlung im Gericht geben wird, nicht ins Gericht gehen muss, um alles erneut zu erzählen. Ben erzählt der Psychologin im Nachhinein, wie stolz er ist, dass er mit dem Richter gesprochen hat, und wie erleichtert er ist, dass er all das, was er erlebt hat, in Ruhe erzählen konnte.

Eine weitere Anbindung von Ben an einen Kinder- und Jugendtraumatherapeuten wird anschließend durch das Childhood-Haus angebahnt, denn es gibt weiterhin noch viele „Baustellen“ und offene Fragen. Zu-

dem wird ein familiengerichtliches Verfahren angestoßen. Ben weiß, dass er sich jederzeit im Childhood-Haus melden kann, falls er Fragen hat. Für seinen Alltag sind jedoch die wesentlichen Sachen geklärt, die weiteren Anbindungen erfolgt, sodass Ben beim Abschied nur sagt, dass er vielleicht nochmal auf eine Runde Uno vorbeikommen möchte.

Auch wenn dieser fiktive Fall exakt so in einem der Childhood-Häuser hätte ablaufen können, werden mit solchen Beispielen nie die Komplexität sowie das immense Spektrum an Flexibilität abgebildet, das in der realen Umsetzung von Kinderschutzfällen in den Childhood-Häusern stets nötig ist. Ein sich – ggf. auch im Fallverlauf dynamisch – veränderndes Detail kann zur Auftrags- bzw. Schwerpunktverlagerung im Fallverlauf führen (wenn z. B. keine Anzeige gestellt worden wäre oder erst zu einem anderen Zeitpunkt; wenn das Sorgerecht anders geregelt gewesen wäre etc.). Genau diese Flexibilität und Agilität der ständigen Anpassung an den individuellen Fall sind die Besonderheit in den Childhood-Häusern. Unabhängig davon, ob letztlich nur ein Ausschnitt oder aber das gesamte, hochkomplexe interdisziplinäre Angebot gebraucht wird oder nicht – zentral ist, dass Letzteres immer möglich ist und zeitnah umgesetzt werden könnte. Die Fälle sind alle unterschiedlich, das Spektrum an Unterstützung und Klärungsbedarf riesig, das Ziel jedoch ist stets dasselbe: Kindern und Jugendlichen soll es nach einem Verfahren besser gehen als vorher, Retraumatisierung und Reviktimisierung sollen dabei verhindert und Resilienz gestärkt werden.

Das Childhood-Haus-Konzept im Spannungsfeld diverser Interaktionsfelder der Psychologie

Wie im Fallbeispiel deutlich wurde, werden in Childhood-Haus-Fällen je nach Bedarf (auch) Vertreter*innen der klinischen Psychologie und Psychotherapie, der Entwicklungspsychologie sowie der Rechtspsychologie einbezogen. Zudem wird bei Bedarf zu den Angeboten der Psychosozialen Prozessbegleitung oder der Traumaambulanzen vermittelt bzw. können diese je nach Verfügbarkeit am Standort mit einbezogen werden. In der Praxis zeigen sich – bei den anderen involvierten Berufsgruppen der Medizin, Jugendhilfe, Polizei und Justiz sowie nicht zuletzt auch bei den Betroffenen selbst – nicht selten Unklarheiten oder Unverständnis für die unterschiedlichen Teilbereiche und Aufgaben der Psychologie.

Dabei unterscheiden sich die Aufträge und Haltungen der verschiedenen Fachkräfte innerhalb der Disziplin sehr. Psychotherapeut*innen stehen ihren Patient*innen offen und unterstützend zur Seite und versuchen, im Aufarbeitungsprozess die individuellen Ressourcen zu aktivieren, zu stabilisieren, das Geschehene einzusortieren und einen individuellen Umgang zu ermöglichen. Psychiater*innen haben einen ähnlichen Auftrag, fokussieren dabei zusätzlich noch auf medizinische bzw. medikamentöse Aspekte. In der Regel wird beides nicht direkt im Childhood-Haus angeboten, die psychologische Fachkraft bzw. die kinderschutzmedizinisch,

somatisch orientierten Ärzt*innen verweisen die Kinder und Jugendlichen nach einer ersten Diagnostik gegebenenfalls an die passenden Stellen und unterstützen die Überleitung. Aussagepsychologische Angebote hingegen, die Teil der Rechtspsychologie sind, dienen primär der Objektivierung der mitgeteilten Informationen im Sinne einer separaten Sachverständigenkompetenz. Auftrags- und Rollenklarheit aller Beteiligten bzw. gegenüber allen Akteur*innen und zu jedem Zeitpunkt der sich teils sehr dynamisch entwickelnden Fallgeschichten, ist daher von aller höchster Bedeutung.

Aktuell wird diskutiert, ob bzw. wie eine frühe aussagepsychologische „Diagnostik“ im Sinne einer forensischen Exploration im Rahmen der Klärungsprozesse ggf. bereits vor zivil- oder strafrechtlichen Verfahren in einem Childhood-Haus möglich und sinnvoll ist und wie diese in spätere juristische Verfahren einfließen könnte. Diese Frage ergibt sich insbesondere daher, dass die meisten (Verdachts-)Fälle zeitlich vor einem strafrechtlichen oder familienrechtlichen Verfahren vorgestellt werden, zumeist im Kontext einer Kindeswohlgefährdungsvermutung oder davon unabhängigen Gewalttaten. Oftmals ist dabei zu Beginn unklar, ob überhaupt oder wann eine strafrechtliche Aufarbeitung, also eine Anzeigeerstattung, erfolgen wird. In Deutschland gibt es im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern keine (polizeiliche) Anzeigepflicht für Fachkräfte, was – anders als in Barnahus-Modellen anderer Länder – das Angebot und die Prozesse in den Childhood-Häusern beeinflusst.

Interessant für die weitere Entwicklung und Verknüpfung der Angebote von Childhood-Häusern wird auch die Auslegung des neuen Sozialen Entschädigungsrechts SGB XIV, insbesondere, da eine flächendeckende Versorgung mit Kinder- und Jugendtraumaambulanzen noch in weiter Ferne liegt. Im SGB XIV, das in diesem Jahr nun vollumfänglich in Kraft getreten ist, ist explizit für Betroffene von Gewalt eine rasche therapeutische Anbindung in Traumaambulanzen gesetzlich geregelt (SGB XIV). „Bei der psychotherapeutischen Frühintervention (§ 32 SGB XIV) handelt es sich um eine Akutversorgung in der Traumaambulanz in den ersten zwölf Monaten nach der Tat bzw. nach Kenntnis der Tat. Diese Art der Sofortintervention kann für Betroffene nach traumatischen Ereignissen zur Vermeidung oder Abmilderung von Langzeitfolgen sinnvoll sein (Bräu et al., 2024, S. 25).

Das Dilemma der Therapie im Strafverfahren – wie kommen die Disziplinen zusammen?

An dieser Stelle nähern wir uns der Fragestellung der Therapieaufnahme bzw. des Umgangs mit laufenden/stattdaher

geführten Therapien in Strafverfahren aus dem Fallbeispiel, denn in der Diskussion um Wahrheitsfindung und Glaubhaftigkeit von Opferzeug*innen in strafrechtlichen Verfahren hält sich weiterhin hartnäckig die Behauptung, keine Psychotherapie in Anspruch nehmen zu dürfen, solange das Strafverfahren noch läuft, um die Aussage der Kinder und Jugendlichen nicht zu verfälschen (Schemmel & Volbert, 2021; Fegert et al., 2024). An der Schnittstelle zur Justiz und Rechtspsychologie kann sich hieraus – wie im Fallbeispiel angedeutet – im Childhood-Haus-Alltag ein regelrechtes Dilemma ergeben. Kinder und Jugendliche, die sich in einem Strafverfahren befinden, sind sowohl durch das Erlebte und ihre aktuelle Lebenssituation als auch durch den (rechtlichen) Klärungsprozess oftmals hoch belastet. Statt ihrem Bedürfnis nachzukommen, professionell therapeutisch begleitet zu werden, begegnet ihnen hier jedoch die Befürchtung, dass insbesondere eine traumazentrierte therapeutische Aufarbeitung die Erinnerung verändern könne und damit die Gefahr bestehe, die Glaubhaftigkeit von Aussagen zu beeinträchtigen. Es gehe vor allem darum „dass sich durch eine Behandlung die eine Aussage

— Anders lautende Empfehlungen, mit dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zuzuwarten, wären geeignet, die Gesundheit der Verletzten zu gefährden, und finden eine Stütze weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung.

begleitenden Emotionen abschwächen und die Glaubhaftigkeit dadurch beeinträchtigt werde, dass die Traumatisierung nicht mehr spürbar sei“ (Schemmel & Volbert, 2021, S. 15). Die Konsequenz daraus ist, dass (Trauma)Therapeut*innen nur selten Kinder und Jugendliche aufnehmen, wenn das juristische Verfahren noch nicht abgeschlossen ist (Stang & Sachsse, 2014). Die Chance minimiert sich noch einmal, wenn es explizit um eine traumazentrierte und nicht nur stabilisierende Begleitung geht (ebd.) Bublitz (2019) spricht hierbei von einem traumatherapeutischen Dilemma. Wenn Kindern und Jugendlichen gerade dann von psychotherapeutischen Interventionen abgeraten wird, wenn sie es am meisten benötigen, stellt das alle involvierten Disziplinen vor eine immense Herausforderung.

Es gibt keine Vorschrift, die besagt, dass Personen in einem laufenden Strafverfahren nicht psychotherapeutisch angebunden sein dürfen. Laut Schemmel und Volbert (2021) haben Vertreter*innen von Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden bisher auch keine offizielle Stellungnahme dazu abzugeben. Im BGH-Beschluss vom 25. November 1998 (Az. 2StR 496/98 NStZ – RR 1999, 108) ist interessanterweise sogar eindeutig festgehalten: „Auch darf und muss, soweit medizinisch-psychologisch indiziert, ohne Rücksicht auf die in einem Strafverfahren anstehenden Vernehmungen mit einer Therapie begonnen oder eine bereits begonnene Therapie weiter durchgeführt werden. Anders lautende Empfehlungen, mit

dem Therapiebeginn bis zum Abschluss des Strafverfahrens zuzuwarten, wären geeignet, die Gesundheit der Verletzten zu gefährden, und finden eine Stütze weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung. Insbesondere ist der Beweiswert von Zeugenaussagen, die erst nach oder während einer Therapie erfolgen, nicht generell geringer. Es ist lediglich erforderlich, dass das Tatgericht die Tatsache der Therapie in seinem Urteil erwähnt und sich bei der Beweismwürdigung auch mit dieser Tatsache auseinandersetzt“. Zudem ist bisher empirisch weder belegt noch widerlegt, ob und wenn ja, inwiefern traumafokussierte Interventionen Gedächtnisinhalte verändern (Fegert et al., 2024).³ Fakt jedoch ist, dass in manchen Beweisaufnahmen einer laufenden oder abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung eine starke Gewichtung gegeben wird, da schnell die Frage im Raum steht, ob die*der Betroffene eventuell verzerrte Erinnerungen an das Geschehene haben könnte und damit die Glaubhaftigkeit ihrer*seiner Aussage in Gefahr gerät (Schemmel & Volbert, 2021). Die grundsätzliche Debatte um falsche Erinnerungen in Psychotherapien entflammt immer wieder zwischen den Disziplinen, erst kürzlich in der Diskussion zur organisierten und rituellen Gewalt (s. dazu Stellungnahme GPTD, 2023; Positionspapier DGfPI & Fachverband Traumapädagogik, 2023; Aé, 2023; Berbner, 2023).

Die aktuelle Expertise zur Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung von Fegert und Kolleg*innen (2024) setzt sich in einer kritischen Betrachtung mit der bestehenden Rechtspraxis und dem Stellenwert der „Nullhypothese“ in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung auseinander. Zusammenfassend wird konstatiert, dass eine falschverstandene Wissenschaftlichkeit und Sicherheit, die mit der „Nullhypotheseprüfung“ im Praxisalltag einhergeht, gravierende Folgen für die richterliche Würdigung dieser rechtspsychologischen Methodik und die resultierende Rechtsprechung in allen betroffenen Rechtsbereichen habe. Es wird deutlich, dass die Mängel der Methode weder ausreichend bekannt sind noch entsprechend diskutiert und kritisch reflektiert werden. Zu betonen ist, dass wissenschaftliche rechtspsychologische, kognitions- und entwicklungspsychologische Aspekte und traumapsychologische Erkenntnisse in der gelebten Verfahrenspraxis und Rechtsprechung keine ausreichende Berücksichtigung finden und insbesondere die Vulnerabilität und Benachteiligung von minderjährigen Opferzeug*innen und Betroffenen sexualisierter Gewalt dadurch systematisch verstärkt werden.

Die Expertise geht zudem explizit auf das Spannungsverhältnis von Psychotherapie und Glaubhaftigkeit vor dem Hintergrund empirisch gestützter traumafokussierter Psychotherapieverfahren ein und argumentiert unter anderem, dass aus psychotraumatologischer Perspektive vielmehr diskutiert werden sollte, inwiefern eine evidenzbasierte Traumatherapie nicht eher Betroffene befähigt, trotz „bestehender emotionaler Überflutung bei Abruf und starker Vermeidung einen Freitext zu generieren bzw. eine in Bezug auf die Realkennzeichen ausreichende Qualität der Aussage zu errei-

chen“ (Fegert et al., 2024, S. 58). Die Expertise positioniert sich aufgrund vorhandener Ansprüche Betroffener auf eine adäquate Krankenbehandlung eindeutig gegen das Abwarten einer traumafokussierten Psychotherapie im Strafverfahren, um die Aussagefähigkeit zu steigern. Es wird insgesamt eine verstärkte Zusammenarbeit von Forschung und Praxis in den Bereichen Psychotherapie und Aussagepsychologie als zwingend erforderlich betrachtet, „um das unbeeinflusste Aussageverhalten nicht über das gesundheitliche Wohlergehen der Betroffenen zu stellen“ (ebd., S. 3).

Das Konzept der Childhood-Häuser kann im Rahmen dieser Kontroverse dazu beitragen, in der Praxis einen engen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen sowie Klarheit und Handlungssicherheit zu schaffen. Durch professionalisierten Umgang, Transparenz für alle Beteiligten und gut koordiniertes intersektorales Vorgehen kann das Konzept als Gute-Praxis-Beispiel dienen. Empirische Berichte aus den Childhood-Häusern zeigen bereits jetzt sowohl, dass das Konzept im Ganzen und insbesondere eine gute psychosoziale Beratung, Begleitung und Überleitung der Kinder und Jugendlichen die Belastungen der Klärungsprozesse und strafrechtlichen Aufarbeitung reduzieren können, als auch, dass zudem ein positiver Effekt auf die Aussagequalität und Verfahrensführung beobachtet werden kann. Aktuell laufen in Deutschland verschiedene (noch nicht veröffentlichte) Maßnahmen zur weiteren wissenschaftlichen Evaluation des Childhood-Haus-Konzeptes, um den theoretisch naheliegenden und empirisch berichteten Nutzen und die Wirksamkeit in den deutschen Strukturen besser zu erfassen.

Fazit und Ausblick

Interdisziplinarität muss für eine gelingende Konzeptumsetzung also an allen Stellen in seiner Komplexität verstanden und gelebt werden. Klare Rollen, Aufträge und Verantwortungsbereiche, gute Koordinationsmechanismen sowie regelmäßiger Austausch unter allen involvierten Akteur*innen sind Voraussetzung, um teilweise sehr unterschiedlichen Professionen eine gemeinsame Arbeitsgrundlage basierend auf dem Konzept der Childhood-Häuser zu ermöglichen. Kindeswohl und Kinderschutz als eine gemeinsame Verantwortung zu verstehen, ohne dabei den eigenen professionellen Auftrag und damit verbundene Handlungsmöglichkeiten und -grenzen aus dem Blick zu verlieren, ist oberstes Ziel. Unstimmigkeiten, Unklarheiten, Überschneidungen und teilweise hartnäckige Vorurteile oder gar gravierende Widersprüche in den Systemlogiken bzw. Zielkonflikte zu adressieren und Lösungen auszuarbeiten, ist eine stetige Herausforderung in der Implementierung des Childhood-Haus-Konzeptes. Es bedarf dabei stets intensiver und kontinuierlicher Reflexionsprozesse aller Beteiligten, die – wie soeben aufgezeigt – nicht immer einfach sind. Die Entwicklung von einer Multidisziplinarität hin zu

³ Für eine bessere Einordnung möchten wir hier auch auf das Positionspapier zur psychotherapeutischen Behandlung der Folgen sexuellen Missbrauchs der Fachgesellschaft DGfPI und weiterer verweisen (2023).

einer neuen Transdisziplinarität bietet dabei sowohl Chancen als auch viele Herausforderung. Das Childhood-Haus-Konzept kann dabei als Lernort für alle Disziplinen dienen und mit der Zeit tieferes und umfassenderes Verständnis für die Situation und Perspektive der Kinder und Jugendlichen ermöglichen. Im Sinne der Operationalisierung der Kinderrechte können das Childhood-Haus-Konzept sowie die ihm zugrundeliegenden Barnahus-Standards als zentrale Bausteine für einen Systemwandel betrachtet werden.

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.

Bräu, M., Droschel, F., Härtel, S., Igney, C. & Schwedes, K. (2024). SGB XIV: Das neue Soziale Entschädigungsrecht. Eine Praxishandreichung zur Unterstützung Betroffener von sexualisierter Gewalt, häuslicher Gewalt und Menschenhandel. Herausgegeben von bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe Frauen gegen Gewalt e.V., BKSF – Bundeskoordinierung Spezialisierter Fachberatung gegen sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend und KOK – Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. Verfügbar unter: <https://www.frauen-gegen-gewalt.de/de/broschueren-und-buecher/ser.html> [18.07.2024].

Bublitz, C. (2019). Gesundheit oder Glaubhaftigkeit? Auswege aus dem traumatherapeutischen Dilemma. *Ethik in der Medizin*, 8 (4), 429–438.

Fegert, J. M., Gerke, J., Kliemann, A., Pusch, M., Rixen, S. & Sachser, C. (2024). Die Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung im deutschen Sprachraum – Ein interdisziplinäres Plädoyer für eine kritische Bestandsaufnahme zur Anwendung der sogenannten „Nullhypothese“ in unterschiedlichen Verfahrenskontexten. Verfügbar unter: <https://beauftragte-missbrauch.de/mediathek/publikationen/expertisen-und-studien> [18.07.2024].

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245–258.

Haldorsson, O. L. (o. J.). Barnahus Qualitätsstandards. Leitfaden für den interdisziplinären und ressortübergreifenden Umgang mit minderjährigen Opfern und Zeugen von Gewalt – Zusammenfassung. Promise. Verfügbar unter: https://www.barnahus.eu/en/wp-content/uploads/2020/02/DE_Standards_Summary_FINAL.pdf. [12.03.2024]

Klinger-König, J., Berger, K. & Grabe, H. J. (2024). Kindheitstraumata und somatische sowie psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. *Ergebnisse der NAKO Gesundheitsstudie. Deutsches Ärzteblatt*, 121 (1), 1–8.

Landolt, M. (2021). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (3., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Positionspapier zur psychotherapeutischen Behandlung der Folgen sexuellen Missbrauchs (DGPM und weitere Fachgesellschaften) (2023). Verfügbar unter: www.gptg.eu/Positionspapier_Psychotherapeutenverb%C3%A4nde_BVVP_23.07.2023.pdf [12.03.2024].

Schemmel, J. & Volbert, R. (2021) Therapie oder Glaubhaftigkeit? – Psychotherapeutische Behandlung bei laufenden Strafverfahren. *Report Psychologie*, 46 (10), 14–24.

Stang, K. & Sachsse, U. (2014). *Trauma und Justiz* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM). (2017). *Fakten und Zahlen zu sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen*. Verfügbar unter: https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Pressemitteilungen/2017/10_Oktober/05/6_Fact_Sheet_Zahlen_Ausmass_sex_Gewalt.pdf [12.03.2024].



Marilena de Andrade

marilena.deandrade@childhood-de.org

Marilena de Andrade ist Projektmanagerin bei der World Childhood Foundation Deutschland. Sie ist Sozialarbeiterin (M.A.) und war vor der Stiftungstätigkeit in Forschung und Lehre vor allem für den Bereich Psychosoziale Intervention an der Alice-Salomon-Hochschule tätig.



Dr. Astrid Helling-Bakki

astrid.helling-bakki@childhood-de.org

Dr. Astrid Helling-Bakki ist Geschäftsführerin und Vorstandin der World Childhood Foundation Deutschland sowie Senior Advisor im EU PROMISE Elpis Projekt der Charité. Sie ist Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Kinderschutzmedizinerin und ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt aktuell in der Entwicklung und Skalierung des Childhood-Haus-Konzeptes in Deutschland.

Psychotherapeutisch Handeln inmitten des Traumas

Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach der Flucht

Christoph Müller

Zusammenfassung: Geflüchtete Kinder und Jugendliche befinden sich häufig in einem sequenziell traumatischen Prozess, zu dem neben den fluchtauslösenden Bedingungen und der Flucht selbst auch die Lebensbedingungen im Aufnahmeland gehören. Wenn sie dauerhaft unter unsicheren und prekären Umständen leben, einen ungewissen Aufenthaltsstatus haben und Angehörige noch in Kriegs- und Krisengebieten verbleiben, halten potenziell traumatisierende Bedingungen an. Dieser Text erläutert, wie sich diese traumatischen Prozesse aus einer psychodynamischen Perspektive theoretisch verstehen lassen und welche Implikationen dies für eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie inmitten dieser Prozesse hat. Es wird für die therapeutische Arbeit in dieser Phase geworben und diskutiert, inwiefern dies mit einer veränderten Haltung und Behandlungstechnik einhergehen sollte.¹

Der Komplex „Flucht und Trauma“ in der psychotherapeutischen Versorgung

Das größte Missverständnis beim Themenkomplex „Flucht und Trauma“ ist, dass die Traumata für geflüchtete Menschen jeweils ausschließlich in der Vergangenheit lägen. Fraglos bergen die fluchtauslösenden Ursachen, wie zum Beispiel Krieg, und eine illegalisierte Flucht in der Regel eine Vielzahl potenziell traumatischer Erlebnisse in sich: Unterschiedliche Erhebungen belegen, dass der überwiegende Teil der Geflüchteten vor und während der Flucht Gewalt erfahren hat, viele wurden gefoltert und haben sexuelle Gewalt und Missbrauch erlebt (vgl. beispielsweise Brücker et al., 2019; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. [BAFf], 2016; Schröder et al., 2018).

Aber auch das Leben im Aufnahmeland bringt in aller Regel noch nicht sofort ein Gefühl existenzieller Sicherheit mit sich. Dies ist für viele deutsche Staatsbürger*innen ohne einen solchen Erfahrungshintergrund, die hierzulande in Freiheit und Sicherheit leben, schwer vorstellbar. Denn während die Gesetzes- und Rechtsordnung vom großen Teil der hier lebenden Menschen als Schutzgarantie empfunden wird, werden einzelne gesetzliche Maßnahmen von geflüchteten Menschen eher als existenzielle Bedrohung wahrgenommen. Beispielsweise bedeutet das im Januar 2024 von der Bundesregierung eingebrachte sogenannte „Rückführungspaket“ (welches u. a. beinhaltet, dass Ausreisepflichtige ohne Ankündigung zu jeder Tages- und Nachtzeit abgeschoben werden können), dass die Betroffenen in einen Zustand andauernder maximaler Unsicherheit versetzt werden – „mit lang-

fristigen Folgen für ihr Sicherheitsempfinden, Vertrauen und ihre Gesundheit“ (BAFf, 2024). „Die Gesetzesverschärfung signalisiert allen Betroffenen, dass sie jederzeit gewaltsam an Orte zurückgezwungen werden können, an denen ihnen Haft, Verfolgung, Krieg und Diskriminierung drohen“ (ebd.).

Ich erlebe die akuten Ängste und Sorgen geflüchteter Kinder und Jugendlicher regelmäßig in der Kinder- und Jugendsprechstunde des NTFN (Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.). Das NTFN ist eine Nichtregierungsorganisation (NGO), welche vor allem eine niedrigschwellige psychosoziale Erstversorgung Geflüchteter in einem multiprofessionellen Team anbietet. Diese Arbeit ist nötig, weil viele Geflüchtete im psychotherapeutischen Regelsystem nicht ausreichend versorgt werden: Ohnehin gibt es in Deutschland sehr lange Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz (Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2022). Dazu kommt, dass viele niedergelassene Kolleg*innen – so unsere Erfahrung aus der Therapievermittlung – nicht oder nur selten mit geflüchteten Patient*innen arbeiten, weil sie entweder Scheu vor der Thematik „Trauma“ an sich oder vor der Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen haben. Ein strukturelles Problem stellt zudem dar, dass viele Geflüchtete in den ersten drei Jahren nach ihrer Ankunft nicht Leistungen gemäß der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung beziehen können. Stattdessen sind dann die Sozialämter am Wohnort der Geflüchteten für die Übernahme der Kosten im Rahmen der Verordnungen des Asylbewerberleistungsgesetzes zuständig. „Eine Behandlung wird meist

¹ Für Diskussionen und Anregungen zum Thema danke ich Lily-Maria Schlüter sowie meinen NTFN-Kolleg*innen Karin Loos, Hannah Butzkies und Simon Gadisa.

nur bei akuter Erkrankung oder Schmerzzuständen gewährt (§ 4 AsylbLG). Weitere Leistungen, z. B. eine Psychotherapie, werden nur dann gewährt, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG). Jedoch liegt die Bewilligung dieser Leistung im Ermessen der zuständigen Sozialbehörde“ (Hofmann, 2020, S. 7). Die besonderen Bedürfnisse von Kindern werden dabei in der Regel berücksichtigt. Bei erwachsenen Geflüchteten kommt es dagegen regelmäßig dazu, dass die Sozialämter psychische Erkrankungen nicht als akut einstufen und somit eine psychotherapeutische Behandlung in den ersten 36 Monaten nach der Ankunft an der Übernahme der Kosten scheitert (ebd.).

Im Rahmen der genannten Gesetzesänderungen im Januar 2024 wurde für Geflüchtete (ohne Bestandsschutz) jüngst der Zeitraum, in dem sie keinen regulären Anspruch auf Kassenleistungen haben, von zuvor 18 Monaten auf drei Jahre verdoppelt. Gegen diese Maßnahme haben sich neben der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) auch die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und viele andere Organisationen und Fachverbände ausgesprochen (BAfF et al., 2024). Die beschriebene Regelung bezieht sich auf über-18-jährige Geflüchtete sowie begleitete minderjährige Geflüchtete. Die kleinere Anzahl unbegleiteter minderjähriger Geflüchtete wird in der Regel in Obhut genommen und in diesem Zuge in die Krankenkassen aufgenommen.

Eine weitere Barriere für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung stellt das Problem dar, dass, selbst wenn die Geflüchteten krankenversichert sind, die Kosten für die Dolmetschenden derzeit nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Es kommt daher häufig auf das Engagement Einzelner oder externer Träger, wie dem NTFN, an, sich um die Beantragung der Kostenübernahme für die Dolmetschenden (beim Sozialamt bzw. Jobcenter) und die Bereitstellung qualifizierter Sprachmittler*innen zu kümmern und so Grundvoraussetzungen für eine Psychotherapie zu schaffen.

Unabhängig vom Aufenthaltsstatus und von den Sprachkenntnissen der Patient*innen kann ein weiterer, von der Profession womöglich noch unterbelichteter Aspekt eine hinderliche Rolle bei Psychotherapie mit Geflüchteten eine Rolle spielen: Als Teil der Gesellschaft sind auch Psychotherapeut*innen nicht frei von latentem Alltagsrassismus (Benz, 2019; Sahebi, 2024; Sow, 2018; Terkessidis, 2004). Eine Erhebung im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismussmonitors (NaDiRa) kam jüngst zu dem Ergebnis, dass „Patient*innen mit Namen, die in der Türkei und Nigeria besonders verbreitet sind, [...] bei der Terminvergabe in den Praxen niedergelassener Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen diskriminiert [werden] – trotz identisch formulierter Terminanfragen. Frauen und Männer mit solchen Namen erhalten im Vergleich zu Personen mit einem in Deutschland verbreiteten

Namen seltener positive Antworten“ (*Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung [DeZIM], 2023, S. 19*).²

Mir erscheint die gegenwärtige Fach-Debatte³ über die Bedeutung von alltagsrassistischen Stereotypen in der Psychotherapie vor dem Hintergrund, dass rassistische, kulturalisierende Wahrnehmungsmuster dem für die psychotherapeutische Arbeit zentralen individuellen Eindenken und Einfühlen geradezu zuwiderlaufen, dringend notwendig.

Belastungsfaktoren für geflüchtete Kinder und Jugendliche

Aufgrund der genannten Hürden wenden sich viele geflüchtete Kinder und Jugendliche zuerst an psychosoziale Zentren, wie diejenigen des NTFN⁴. Beinahe alle Kinder und Jugendlichen, die ich dort im Rahmen der Kinder- und Jugendsprechstunde kennengelernt habe, leiden unter aktuellen äußeren Belastungen. Diese lassen sich grob in drei Bereiche unterteilen:

(1) Unsicherer Aufenthaltsstatus und Angst vor Abschiebung

Zum Beispiel Nadira⁵: Nadira ist 12 Jahre alt und zusammen mit ihrer Mutter aus Syrien geflohen. Sie ist seit zwei Jahren in Deutschland und lebt zusammen mit ihrer Mutter in einem kleinen Zimmer ohne eigene Küche in einer Flüchtlingsunterkunft. Ein Umzug in eine eigene Wohnung scheitert bisher an dem unsicheren Aufenthaltsstatus. Da sie durch Bulgarien geflohen sind, läuft ein „Dublin-Verfahren“⁶. Das bedeutet für Nadira und ihre Mutter eine permanente andauernde Ungewissheit, ob beide in Deutschland bleiben können oder zurück nach Bulgarien abgeschoben werden. In Bulgarien hat Nadira viel Leid erfahren und verbindet damit nur negative Erlebnisse. Während sie also zur Schule geht und diese nachvollziehbarerweise Anforderungen an sie stellt, wie beispielsweise das Erlernen der deutschen Sprache, ist sie innerlich permanent mit der

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

³ Zur aktuellen Debatte siehe zum Beispiel entsprechende Beiträge in den Fachzeitschriften *Trauma & Gewalt* (1/2023 und 1/2024), *PSYCHE* (1/2024) und im *Psychotherapeutenjournal* (4/2023 und 1/2024).

⁴ Eine Übersicht über die Psychosozialen Zentren in Deutschland findet sich auf der Homepage des Dachverbandes Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF): <https://www.baff-zentren.org/die-psychosozialen-zentren/> [17.07.2024].

⁵ Alle persönlichen Daten sind nach nationalen und internationalen Standards und Vereinbarungen für wissenschaftliche Fachpublikationen anonymisiert worden.

⁶ Das sogenannte Dublin-Verfahren ist ein Bestandteil des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS). In dem Verfahren wird festgestellt, welcher europäische Mitgliedsstaat für die Bearbeitung eines Asylantrags zuständig ist. Das Land, in dem Geflüchtete erstmals in der EU registriert wurden, ist demnach in der Regel für ihr Asylverfahren verantwortlich. Dieses Vorgehen soll sicherstellen, dass jeder Asylantrag innerhalb der Europäischen Union nur einmal geprüft wird. Befindet sich eine*ein Asylsuchende*r nicht in dem Staat, der demnach für ihn*sie zuständig ist, droht ihm*ihr die Abschiebung dorthin.

Frage beschäftigt, ob sie hier nun dauerhaft in Sicherheit bleiben kann und es sich so „lohnt“, sich auf ihr aktuelles Ankunftsland einzulassen und intensiv Deutsch zu lernen, oder ob sie noch einmal weiterziehen muss bzw. unfreiwillig an einen anderen fremden Ort mit einer anderen fremden Sprache gebracht wird. Auch ihre Mutter belastet diese andauernde Unsicherheit sehr. Sie ist latent suizidal, was sich wiederum stark auf das fragile Sicherheitsgefühl von Nadira auswirkt. Diese Situation bedeutet für Nadira eine permanente Bedrohung, die sie nie ganz ankommen und zur Ruhe kommen lässt.

(2) Angst um zurückgelassene oder verloren gegangene Angehörige

Zum Beispiel Rafi: Rafi ist 14 Jahre alt. Er ist mit 12 Jahren allein aus Afghanistan nach Deutschland geflohen – allein, da die Flucht für alle Familienmitglieder zu teuer und zu gefährlich gewesen wäre. Ein Jahr war er unterwegs, hat auf der Flucht viel Gewalt erlebt. Seitdem er in Deutschland ist, versucht er, seine Eltern und drei Geschwister per Familiennachzug nachzuholen. Sein Vater hat bis zum Abzug der internationalen Truppen für die afghanische Regierung gearbeitet. Seitdem die Taliban erneut die Macht ergriffen haben, hält er sich versteckt. Aus Sicherheitsgründen gibt es keinen Kontakt. Rafi kann nachts nicht schlafen. Als ältester Sohn fühlt er sich verantwortlich für seine Familie und empfindet sich als Versager, weil der Familiennachzug nicht wie erhofft funktioniert. So verarbeitet Rafi die äußeren Umstände schuldhaft und entwickelt eine zunehmend negative Selbstrepräsentanz.

(3) Prekäre Lebensbedingungen und Unterkünfte

Zum Beispiel Jonis: Jonis ist 17 Jahre alt und kommt aus dem Iran. Er lebt in einer Wohngruppe in einem Dorf. Er leidet sehr unter der ländlichen Unterbringung. In seiner Unterkunft gebe es niemanden, der seine Sprache spreche, er habe keine Kontakte. Dort seien auch keine Freizeitbeschäftigungen geboten. Ein Café oder anderweitige Treffpunkte, bei denen man mit anderen Farsi-Sprechenden in Kontakt kommen könne, suche man hier vergeblich. Er hat auch keine Möglichkeiten umzuziehen. Die eigentlich altersangemessene Entwicklungsaufgabe, sich verstärkt der Peergroup mit Gleichaltrigen zuzuwenden, gemeinsame Interessen, Ziele und altersspezifische Probleme zu teilen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016, S. 47), scheint aktuell durch die äußeren Bedingungen grundlegend behindert. In Jonis' Fall verknüpft sich ein depressiv anmutender Rückzug mit realer äußerer Trostlosigkeit. Ohne Ressourcen im Alltag und ohne konkrete Perspektive ist er aktuell latent suizidal.

Häufig sind geflüchtete Kinder und Jugendliche von allen drei Kategorien gleichzeitig betroffen: Das heißt, ihr Aufenthaltsstatus ist unsicher, ihre aktuellen Lebensbedingungen sind prekär und geliebte Angehörige sind in akuter Lebensgefahr.

Zudem ist zu beachten, dass es bei Kindern und Jugendlichen stets zentral auf ihre Beziehungserfahrungen ankommt.

„Besonders beim Kind steht das Trauma immer auch in Verbindung zur Qualität seiner Beziehung zu den primären Bezugspersonen, die ja im Zentrum seiner Welt-Erfahrung stehen“ (Finger-Trescher, 2004, S. 130). Für viele Kinder und Jugendliche geht die Flucht mit einem plötzlichen Abbruch von wichtigen sozialen Beziehungen einher, was einen Kern des potenziellen Traumas ausmacht. Im Falle sog. unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge, wie Rafi, wird dies unmittelbar deutlich. Aber auch, wenn die Betroffenen mit ihren Bezugspersonen gemeinsam fliehen, ist das Erleben häufig durch eine geringere emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen geprägt, wie das Beispiel von Nadira zeigt. Wenn Eltern durch die Geschehnisse im Herkunftsland, während der Flucht und der Situation hierzulande stark belastet und den Verhältnissen möglicherweise ohnmächtig ausgeliefert sind, ist es wahrscheinlich, dass sie nicht die emotionalen Ressourcen aufbringen können, um so für ihre Kinder da zu sein, wie es gerade in Extremsituationen für deren hinreichende emotionale Begleitung nötig wäre. Besonders für jüngere Kinder ist es sehr wichtig, die Eltern ein Stück weit als schützende Instanzen mit einem Nimbus der Unbesiegbarkeit zu imaginieren – diese selbst nun als verzweifelt, bedrängt und ohnmächtig zu erleben, bedroht diese positiv aufgeladenen inneren Vorstellungen (Objektrepräsentanzen).

Das macht deutlich, dass das äußere Trauma für viele geflüchtete Kinder und Jugendliche keineswegs vergangen ist, wie es das Wort „Post-“ in der am weitest verbreiteten Trauma-Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ glauben machen lässt, sondern dass sie sich inmitten sequenziell traumatischer Prozesse befinden.

Der Ansatz sequenzieller Traumatisierung

Hans Keilson: Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern

Wie viele Erkenntnisse der Psychotraumatologie kommt auch der Ansatz „sequenzielle Traumatisierung“ von einem Überlebenden des Nationalsozialismus⁷: Hans Keilson (1979/2005) entwickelte das theoretische Konzept im Rahmen seiner bahnbrechenden Studie „Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen“. In dieser seiner Promotionsstudie untersuchte Keilson (ebd.) das Schicksal von Kindern, die folgende drei traumatische Sequenzen erlebt hatten:

„(1) Die feindliche Besetzung der Niederlande mit dem beginnenden Terror gegen die jüdische Minderheit. Angriffe

⁷ Hans Keilson studierte bis zur Machtergreifung der Nationalsozialist*innen u. a. Medizin in Berlin. 1936 floh er in die Niederlande. Nach der Besetzung der Niederlande durch die deutsche Wehrmacht, mit der damit verbundenen Verfolgung von Jüd*innen, tauchte Keilson unter und half verfolgten und versteckten jüdischen Kindern (Hirsch, 2007).

auf die soziale und psychische Integrität der jüdischen Familien.

(2) Die direkte Verfolgung: Deportation von Eltern und Kindern, resp. Trennung von Mutter und Kind; Versteck in improvisierten Pflegemilieus; Aufenthalt in Konzentrationslagern.

(3) Die Nachkriegsperiode, mit der Vormundschaftszuweisung als zentralem Thema“ (ebd., S. 427).

Zu den wichtigsten Ergebnissen der Follow-up-Untersuchung zählt, dass noch entscheidender als die Erlebnisse während der „unmittelbaren Katastrophe“ für den „traumatisierten Entwicklungsgang“ die „darauffolgende Periode (dritte traumatische Sequenz)“ war (ebd., S. 430). „Kinder mit einer günstigen zweiten, aber einer ungünstigen dritten traumatischen Sequenz zeigen ca. 25 Jahre später ein ungünstigeres Entwicklungsbild als Kinder mit einer ungünstigeren zweiten, aber einer günstigen dritten traumatischen Sequenz. Die Bedeutung der dritten Sequenz liegt in der Qualität des Pflegemilieus, in seinem Vermögen, die Traumatisierungskette zu brechen und dadurch das Gesamtgeschehen zu mildern, nämlich selbst die erforderliche Hilfe zu bieten oder rechtzeitige Hilfe und Beratung zu suchen, resp. in seinem Unvermögen hierzu, wodurch die Gesamttraumatisierung verstärkt wird“ (ebd.).

Diese Ergebnisse machen sehr deutlich, dass selbst bei Extremtraumatisierungen der Blick auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß nicht ausreicht, sondern dass es immer zentral auch auf die Erlebnisse nach der unmittelbaren Katastrophe ankommt.

David Becker: Die Erfindung des Traumas

David Becker hat die Erkenntnisse von Keilson (1979/2005) auf die heutige Zeit und den heutigen Kontext „Flucht“ transferiert.

Zum einen macht Becker in seinem herausragenden Werk „Die Erfindung des Traumas“ (2006/2014) deutlich, dass Trauma – besonders im Kontext von politischer Repression, Krieg und Flucht – immer auch eine politische Dimension hat. Um eine Chance zu haben, das Trauma bearbeiten und das für immer Verlorene betrauern zu können, ist stets auch eine politische, gesellschaftliche Anerkennung des Leidens (und ggf.

gerichtliche Bestrafung der Täter*innen) notwendig. Becker (ebd.) zeigt am Beispiel von chilenischen Patient*innen, die unter dem Diktator Pinochet gefoltert wurden, dass eine Bearbeitung ihres Traumas nur möglich wurde, als es auch eine öffentliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Verbrechen des Militärregimes gab. In diesem Zusammenhang war es nötig und sinnvoll, dass Psychotherapeut*innen in der Therapie keineswegs „neutral“ blieben, sondern sich gegen Folter und Diktatur positionierten.

Ein aktualisiertes Rahmenmodell sequenzieller Traumatisierung im Kontext von Flucht

Zum anderen wendet Becker (2006/2014) in seinem Werk Keilsons (1979/2005) Konzept der sequenziellen Traumatisierung auf den heutigen Kontext „Flucht“ an. Damit schafft er ein Rahmenmodell, das es ermöglicht, einen Zugang zu den

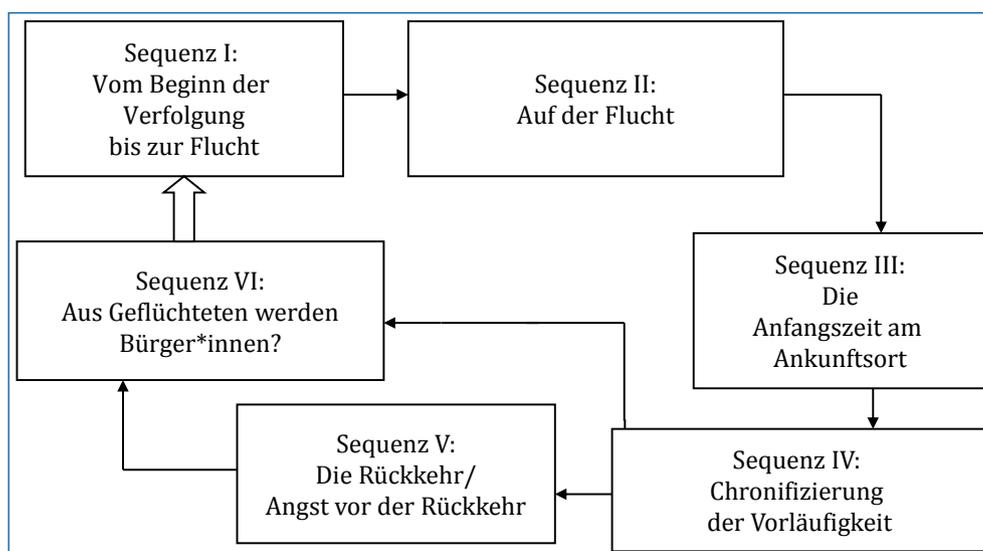


Abbildung: Modell sequenzieller Traumatisierung übertragen auf den Komplex Flucht (vgl. Becker, 2006/2014, S. 192; Müller, 2021, S. 41; Zimmermann, 2012, S. 45)

potenziellen Traumatisierungen Geflüchteter zu finden, der die Zusammenhänge nicht in unangemessener Weise entpolitisiert und individualisiert bzw. einen falschen Fokus auf ein isoliertes Einzelereignis legt. Dieses Rahmenmodell stelle ich im Folgenden von mir aktualisiert und mit einem Beispiel verdeutlicht vor.

Sequenz I: Vom Beginn der Verfolgung bis zur Flucht

„Der traumatische Prozess beginnt nicht erst mit der Flucht, sondern schon vorher mit den später fluchtauslösenden Gründen, wie etwa Krieg, Verfolgung, struktureller Diskriminierung oder absoluter Armut. Diese Phase kann einen längeren oder kürzeren Zeitraum umfassen. Daraufhin findet die oft schmerzhaft und schwierige Entscheidung zur Flucht statt und damit die Aufgabe des bisher Vertrauten. Oft fin-

det schon in dieser Sequenz für Kinder und Jugendliche eine Trennung von ihren (primären) Bezugspersonen statt oder diese sind durch die Umstände so belastet, dass sie ihre Kinder nicht wie gewohnt emotional ausreichend versorgen können. Es herrscht große Angst angesichts der aktuellen Umstände und ungewissen Zukunft“ (Müller, 2021, S. 41 f.).

Als Aylin fünf Jahre alt ist, bricht in ihrem Herkunftsland der Krieg aus. Als sie neun Jahre alt ist, kommt es zu einem Bombenanschlag, den sie aus nächster Nähe miterlebt und bei der ihre beiden besten Freundinnen umgebracht werden. Die Bilder der Zerstörung und der Leichname verfolgen sie seitdem.

Sequenz II: Auf der Flucht

„Die Flucht selbst ist oft von großen Gefahren und existenziellen Ängsten geprägt. Da es kaum legale, sichere Fluchtwege gibt, werden die Flüchtenden zur illegalisierten Flucht gezwungen. Die Konsequenzen sind häufig das Erleben lebensbedrohlicher Situationen – etwa bei der Überquerung des Mittelmeers. Aber auch ‚exzessive Gewalt, Schläge, Misshandlungen‘ (Tillack & Nau, 2019) durch Frontex und durch nationale Grenzbeamte gehören zum Alltag an Europas Grenzen. Dabei werden eklatant Menschenrechte missachtet“ (Müller, 2021, S. 42).

Aylin fehlen (noch) die Worte, um detailliert zu berichten, was sie während der Flucht erlebt. Besonders belastend ist für sie der Aufenthalt in Polen. Dort wird sie zusammen mit ihrer Familie für fünf Monate in ein Gefängnis gesperrt. Die Situation ist so belastend, dass Aylin suizidale Gedanken bekommt und mehrfach dissoziative Ohnmachtsanfälle erleidet. Wegen dieser wird sie für fünf Wochen von ihrer Familie getrennt und in eine psychiatrische Klinik gebracht. Diese erzwungene Trennung von ihrer Familie ist für Aylin eine der schlimmsten Erfahrungen auf der Flucht. Seitdem hat sie Alpträume, Panikattacken und Flashbacks.

Sequenz III: Die Anfangszeit am Ankunftsort

„Die Anfangszeit am Ankunftsort bedeutet in der Regel keine Sicherheit. Sie ist oft von der Ungewissheit geprägt, bleiben zu können, eingesperrt zu werden, weiter flüchten zu müssen oder abgeschoben zu werden. Dazu kommt oft eine große Überforderung angesichts der vielfältigen zu klärenden Probleme. [...] Oft fehlt es an Privatsphäre und Kontinuität“ (ebd., S. 44).

Aylin kommt mit ihrer Familie nach Deutschland und wird in der Landesaufnahmebehörde (LAB) Niedersachsen in Braunschweig untergebracht. Aylin ist sehr belastet und labil. Sie hat Schuldgefühle, dass sie im Gegensatz zu ihren besten Freundinnen den Krieg überlebt hat. Sie leidet unter Schlafstörungen, Flashbacks, Dissoziationen und Suizidgedanken. Sie zieht sich immer stärker zurück, kann nicht mehr ohne ihre Familie sein. In dieser Zeit nimmt Aylin erste Termine bei

einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin des NTFN am Standort Braunschweig wahr.

Sequenz IV: Chronifizierung der Vorläufigkeit

„Die Umstände, die diese Sequenz prägen, verlangen es, sich den neuen Gegebenheiten anzupassen und gleichzeitig die ungewisse Zukunft auszuhalten. Dies kann zu vielfältigen intrapsychischen Konflikten führen. Wer beispielsweise nur eine Duldung hat oder auf das Ergebnis langer Asylverfahren wartet, lebt in ständiger Angst vor einer Abschiebung und empfindet das Ankommen in Sicherheit daher permanent nur als vorläufig. Dadurch kann es auch besonders schwer sein, sich emotional auf das Ankunftsland einzulassen. [...] Dazu kommt häufig die Angst und Sorge um geliebte zurückgebliebene oder verlorengegangene Menschen“ (ebd., S. 44 f.).

Nach zwei Monaten in der LAB werden Aylin und ihre Familie nach Hannover verteilt. Nach einigen weiteren Monaten kommt sie hier in eine Schule. Aylin hat regelmäßig Flashbacks und Dissoziationen. Sie bekommt oft Alpträume, träumt zum Beispiel, dass die Polizei mit bellenden Hunden und auf einer fremden Sprache schreienden Männern kommt und ihre Familie verhaftet. Es ist völlig unklar, ob sie nun dauerhaft in Deutschland bleiben kann. In dieser Zeit beginnen ihre Gespräche bei mir im Psychosozialen Zentrum des NTFN. Zuerst galt es, hier das Suizidrisiko abzuklären und ggf. zu fragen, ob aufgrund der Suizidalität noch einmal ein stationärer Aufenthalt indiziert ist.

Sequenz V: Die Rückkehr oder Angst vor der Rückkehr

„Diese Sequenz beinhaltet verschiedene Möglichkeiten bezüglich des Themas Rückkehr. Entweder es kommt real zur Rückkehr. Diese kann erzwungen sein, wie im Falle einer Abschiebung – was als sehr belastende Erfahrung im potenziell traumatischen Prozess gewertet werden muss. Oder es kommt zur freiwilligen Rückkehr, etwa weil die unmittelbare Bedrohung im Herkunftsland vorüber ist oder weil beispielsweise der Familiennachzug nicht wie erhofft ermöglicht wird. [...] Eine andere Möglichkeit ist, dass es nicht zur realen Rückkehr kommt, aber diese permanent als bedrohliche Möglichkeit erlebt wird, etwa wenn Aufenthaltserlaubnisse immer nur für einen begrenzten Zeitraum verlängert werden und es zu Ketten-Duldungen kommt. Dies kann zur weiteren Chronifizierung der Vorläufigkeit beitragen und einen Beginn der Verarbeitung der vergangenen Erlebnisse verunmöglichen“ (ebd., S. 45 f.; Hervorhebung i. O.). Viele geflüchtete Menschen sind zudem auch von einer drohenden partiellen „Rückkehr“, etwa in ein Transitland, oder von einer eventuell nötigen weiteren Flucht – in ein anderes Land, von dem sie sich Schutz, Hilfe oder Perspektive erhoffen – betroffen.

Die Familie von Aylin bekommt einen Brief vom zuständigen Amtsgericht, der eine Rückkehr nach Polen fordert und eine

Abschiebung droht. Ein Freund der Familie, mit dem sie zusammen aus Polen gekommen sind, wird von der Polizei abgeholt und abgeschoben. Aylin leidet unter der ständigen Angst vor Abschiebung. Dies spitzt sich besonders zu, als die Frist des „Dublin-Verfahrens“ abläuft und eine Abschiebung täglich wahrscheinlicher wird. Aylin hat Suizidgedanken.

Sequenz VI: Aus Geflüchteten werden Bürger*innen

„Zurück im ursprünglichen Herkunftsland kann die Verfolgung erneut beginnen, wenn sich an den fluchtauslösenden Ursachen nichts geändert hat. Oder es beginnt eine neue Verankerung, wobei die Erfahrung der Zeit des Exils prägend ist. Wenn die Geflüchteten dauerhaft im Ankunftsland bleiben (können), hängt es auch von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den damit zusammenhängenden individuellen Erfahrungen ab, ob sie immer wieder durch Rassismus zu Fremden gemacht werden und sich der Ankommensprozess so innerpsychisch nie abschließen lässt oder ob sie ein Leben in Sicherheit mit einem haltenden sozialen Netzwerk führen können. Dies ist nicht als ein sich ausschließendes Entweder-oder zu verstehen, sondern beschreibt vielmehr ein Kontinuum, in dem die individuellen Erfahrungen stattfinden“ (ebd., S. 46).

Aylin ist in dieser Sequenz eigentlich noch nicht angekommen. Ihr Aufenthaltsstatus ist aktuell nur für drei Jahre bewilligt – am Ende dieser Zeit geht das Bangen wahrscheinlich wieder von vorne los. Insofern müssen Aylin und ihre Familie immer noch in einem Stadium der Vorläufigkeit ausharren. Dennoch war das Ergebnis des „Dublin-Verfahrens“, dass sie den Asylantrag in Deutschland stellen können, eine große Erleichterung. Aylin brachte an dem Tag, an dem sie diese Nachricht erhalten hat, eine Pflanze als Geschenk in das Psychosoziale Zentrum des NTFN mit und sprach zum ersten Mal ein paar Sätze auf Deutsch.

Chancen und Herausforderungen für die therapeutische Arbeit bei sequenzieller Traumatisierung

Das Rahmenmodell sequenzieller Traumatisierung im Kontext von Flucht macht auf diese Weise deutlich, dass die psychotherapeutische Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen häufig nicht *nach*, sondern *inmitten* traumatischer Prozesse stattfindet.

Häufig höre ich von der Überzeugung, dass eine Psychotherapie erst begonnen werden sollte, wenn das äußere Trauma vorbei ist. Dies kann unter spezifischen Umständen auch sehr richtig sein: Erlebt ein Kind zum Beispiel (sexuelle) Gewalt durch die eigenen Eltern, wäre es unethisch, das Kind unter diesen Bedingungen zu „stabilisieren“ – hier ist zuerst eine sog. „8a-Meldung“ (gemäß § 8a SGB VIII – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) geboten und das Jugendamt gefragt,

das Kindeswohl zu schützen, das betroffene Kind sicher unterzubringen und die Taten der Eltern juristisch zu verfolgen. Im Sinne des beschriebenen Traumaverständnisses lässt sich aber auch für diesen Kontext formulieren, dass, selbst wenn die „unmittelbare Katastrophe“ vorbei ist, der traumatische Prozess ggf. weiter anhält. Für das skizzierte Beispiel lässt sich etwa fragen: Unter welchen Bedingungen wird das betroffene Kind nun untergebracht, welche (Beziehungs-)Erfahrungen macht es dort, wie gehen andere mit der erlebten Gewalt um, wird ihm geglaubt und das Erlittene anerkannt oder macht es weitere übergreifende Erfahrungen? In dieser Phase kann auch eine psychotherapeutische Begleitung indiziert sein, um manchmal überhaupt erst zu ermöglichen, dass das betroffene Kind schmerzhaft aber notwendige Schritte gehen kann.

Im Kontext von Flucht, in dem der potenziell traumatisierende Prozess über Jahre andauern und häufig kaum von Einzelpersonen beeinflusst werden kann, wäre eine generelle psychotherapeutische Abweisung ein weiteres Signal der Ablehnung – ein Alleinlassen mit unerträglichen Gefühlen, mit möglicherweise fatalen Folgen.

Wahrscheinlich kann, solange äußere Belastungsfaktoren massiv anhalten, keine Vollremission erreicht werden. Die Symptome erfüllen einen Sinn und sind unter den andauernden Stressoren nachvollziehbar. Dies ist auch den Patient*innen deutlich gegenüber transparent zu machen. Würde man dies versäumen, würde man heftige Enttäuschungen aufseiten der Patient*innen und aufseiten der Psychotherapeut*innen vorprogrammieren.

*Die damals 14-jährige Aylin kam beispielsweise ca. ein Jahr lang einmal im Monat zu Gesprächen zu mir in das Psychosoziale Zentrum, während ihr Verbleib gemäß „Dublin-Verfahren“ noch in der Schwebe war und sie zunehmend konkreter damit rechnen musste, zurück nach Polen abgeschoben zu werden – in das Land, mit dem sie nur schreckliche Erfahrungen während der Flucht verbindet. Jedes Mal begann sie die Stunde damit, dass sie sagte, es gehe ihr schlechter als beim jeweils vorangegangenen Treffen. Würde man sich nicht bewusst machen, dass dies eine nachvollziehbare Reaktion auf die permanente und sich zuspitzende Angst vor Abschiebung und die damit seit Jahren andauernde „Vorläufigkeit“ des Bleibestatus darstellt, würde man möglicherweise sich selbst als Psychotherapeut*in im Übermaß anzweifeln oder der Patientin Vorwürfe machen (wie beispielsweise „mangelnde Umstellungsbereitschaft“).*

Neben den äußeren Bedingungen ist das hier kurz skizzierte Geschehen auch durch den angebotenen Rahmen mitgeprägt. In den Psychosozialen Zentren des NTFN können wir aufgrund begrenzter Kapazitäten unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen in der Regel kein klassisches psychotherapeutisches Setting anbieten. Der zur Regelversorgung ergänzende Schwerpunkt der Arbeit des NTFN als NGO liegt aktuell darin, sicherzustellen, dass geflüchtete Kinder und

Jugendliche unabhängig von ihrem Aufenthalts- und Versicherungsstatus nach ihrer wahrscheinlich sehr belastenden Flucht bei Bedarf schnell einen Zugang zu Erstgesprächen mit Dolmetschenden erhalten. Aufgrund des Fokusses auf psychosoziale Erstversorgung und damit auf einen möglichst schnellen Zugang zu Erst- und Clearinggesprächen sind aktuell kaum Kapazitäten für wöchentliche Therapietermine vorhanden. Folgegespräche sind im NTFN dadurch in der Regel nur im Rhythmus von einmal alle vier Wochen möglich. In diesem Rahmen kann eine erste Diagnostik stattfinden, überprüft werden, ob eine Psychotherapie indiziert ist, und eine Reihe von Maßnahmen zur Stabilisierung oder Überbrückung angeboten werden, bis eine Vermittlung an niedergelassene Kolleg*innen erfolgt. Da aus den genannten Gründen eine Vermittlung aber häufig schwierig ist, kommt es wie im Falle von Aylin dazu, dass sich die Überbrückung in diesem Setting über einen langen Zeitraum zieht. Es ist auch aus Perspektive der medizinethischen Grundprinzipien der Fürsorge und der Gerechtigkeit erforderlich, dass sich mehr Kolleg*innen der therapeutischen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen öffnen.

Die Psychotherapie findet dabei in besonderem Maße in einem Spannungsfeld mit den äußeren Prozessen statt. Dass sich Symptome verstärken, wenn eine Abschiebung angedroht wird oder zurückgelassene Elternteile in Gefahr geraten, ist naheliegend und verstehbar. In dieser Situation kann es weniger um Symptombefreiheit und „Heilung“ (aus psychodynamischer Sicht: weniger um das Aufdecken unbewusster Konflikte, emotional nachreifende Beziehungserfahrungen und strukturelles Wachstum) gehen, sondern zu Beginn stärker um Stabilisierung, „Überlebenskunst“ und die Verhinderung weiterer Folgeschäden im Sinne einer tertiären Prävention.

„Parteiliche Abstinenz“ und solidarische Haltung

Grundsätzlich sind die psychodynamischen Ansätze mit ihrem Verständnis der Funktionen der Symptome, ihren Möglichkeiten, sich individuell auf die Patient*innen auszurichten, sich auf die Beziehungserfahrung und die Herstellung eines Spielzustandes zu konzentrieren, für diese Arbeit prädestiniert. Um hier hilfreich zu sein, muss allerdings ein modifiziertes Verständnis von Abstinenz vorausgesetzt werden.

Nach diesem Verständnis besteht „Abstinenz“ vorrangig in dem leitenden Grundsatz, niemals eigene Bedürfnisse im Kontakt mit den Patient*innen zu befriedigen und alles Nötige zu tun, um Übergriffigkeiten zu verhindern. Dazu gehört selbstredend auch die Notwendigkeit, die eigenen Gefühle und Impulse, die im Kontakt mit den Patient*innen ausgelöst werden, zu reflektieren. Dies umfasst explizit auch die Prüfung der eigenen (womöglich unbewusst wirksamen) Motive: hilfreich sein, auf der richtigen Seite stehen zu wollen etc.

Ein eher problematisches Verständnis von Abstinenz würde dagegen die Auslegung darstellen, man müsste strikt neutral, unpolitisch und stets passiv-zurückhaltend sein. Im Kontext von Flucht und Trauma könnte Unpolitischsein nämlich letztlich nichts anderes bedeuten, als sich mit den „Täter*innen“ gemein zu machen. Eine Behandlung von Traumata ist hingegen nur möglich, wenn der*die Psychotherapeut*in das erfahrene Unrecht klar als solches anerkennen, benennen und markiert spiegeln kann.

Auch *Reddemann und Wöller (2019, S. 36)* plädieren grundsätzlich bei der Behandlung von traumatisierten Patient*innen für eine „parteiliche Abstinenz“: „Die therapeutische Beziehung zu traumatisierten Patienten sollte durch eine solidarische Haltung ‚parteilicher Abstinenz‘ geprägt sein. Sie geht mit einer dezidierten Positionierung zugunsten der Opfer einher und duldet keine Vermischung oder Verunklarung von Täter- und Opferstatus“ (*ebd.*). Die Psychosozialen Zentren machen diese Parteilichkeit schon in ihrem Namen – „Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ – deutlich, um damit zugleich eine potenzielle Zugangsbarriere abzubauen.

Es ist zwar bedeutend, gegenüber Geflüchteten von Beginn an transparent und nachvollziehbar zu machen, dass man nicht Teil staatlicher Begutachtungsstellen ist und somit auch keinen direkten Einfluss auf den Aufenthaltsstatus, den Familiennachzug oder die Wohnsituation nehmen kann. Genauso wichtig ist es aber auch, eine glaubhaft solidarische Haltung einzunehmen, die ungefähr so benannt werden könnte: *Es tut mir leid, was du erleiden musstest und erleidest. Ich finde es falsch, dass Menschen zur illegalisierten Flucht gezwungen werden, auf der Flucht Gewalt erleben und eingesperrt werden. Ich finde es falsch, dass du so lange im Unklaren gelassen wirst, ob du hier nun dauerhaft in Sicherheit leben kannst und ob deine Familie nachkommen darf. Für mich bist du hier herzlich willkommen.*

Diese solidarische Haltung kann – und sollte bei Bedarf – auch in Stellungnahmen münden: Aus professioneller Sicht ist es unbestreitbar, dass ein dauerhaft unsicherer Aufenthaltsstatus, permanente Angst vor Abschiebung, konstante Besorgnis um zurückgelassene Familienangehörige usw. eine solche Belastung mit sich bringen, dass eine Ausprägung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Symptome und Störungen naheliegend sind.

Gleichzeitig ist es auch wichtig, durch die Reflexion von Übertragungsdynamiken zu verhindern, die geflüchteten Patient*innen lediglich als „edle Opfer“ anzusehen. Es sollte anerkannt werden, dass Menschen, die aus Kriegs- und Krisengebieten geflohen sind und es nach Deutschland geschafft haben, Enormes geleistet haben. Auch bei einer „solidarischen Abstinenz“ sollten zudem (unbewusste) Aggressionen der Patient*innen in den Psychotherapeut*innen eine Resonanz und Antwort finden.

Zu einer politischen Haltung gehört auch die Reflexion darüber, inwieweit sich alltagsrassistische Stereotype im eigenen

Denken und Handeln niederschlagen. Nur weil man mit geflüchteten Patient*innen arbeitet und sich mit ihnen solidarisch erklärt, heißt dies nicht, dass man gegen solche strukturell verankerten Vorurteile gefeit ist, dass nicht eigene innere rassistische Objekte (Davids, 2019) aktiv sind und dass man als Psychotherapeut*in nicht auch Teil des real existierenden Herrschaftsverhältnisses zwischen privilegierten und benachteiligten Gruppen ist. Zudem können sich gerade in dieser Arbeit projektive Dynamiken entfalten: Beispielsweise kann es passieren, dass die Patient*innen die Psychotherapeut*innen als „weiße Retter“ anpreisen und diese die Patient*innen wiederum nur als „hilflose Opfer“ wahrnehmen. Wird das Eingebundensein in gesellschaftlich-strukturelle Verhältnisse nicht reflektiert, wird es sich zwangsläufig in der Beziehung zu den negativ von Rassismus Betroffenen Patient*innen reinszenieren.

Anstatt passiv-zurückhaltend zu sein, muss besonders auch im Kontext von Flucht und sequenzieller Traumatisierungen das „Prinzip Antwort“ gelten, welches besagt, dass hinter jedem Symptom eine „Anrede“ steht, die im Idealfall im Gegenüber eine spürbare Resonanz erzeugt und die beantwortet werden muss (Bodenheimer, 1992; Kämmerer, 2016).

Wie kann psychotherapeutische Arbeit inmitten traumatischer Prozesse gelingen?

Ein wichtiger Teil der aktiven „Antwort“ ist Psychoedukation. Der Grundsatz der Psychoedukation im Traumakontext lautet: „Du bist ganz *normal!* Was du erlebt hast, *das ist verrückt!*“ (Krüger, 2021, S. 17; Hervorhebung i. O.). Es ist immer wieder notwendig, klarzumachen, dass die Symptome eine nachvollziehbare logische „normale“ Reaktion auf die erlittenen Schrecken sind – und dass die Erlebnisse der Vergangenheit und die aktuelle Situation bei fast jedem*jeder zu diesen oder ähnlichen Symptomen führen würden. Dies mag für Psychotherapeut*innen wahrscheinlich trivial klingen; für unsere Patient*innen ist es das aber keineswegs: Ich erlebe immer wieder, wie geflüchtete Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen auf der einen Seite von schrecklichen, kaum aussprechbaren Erlebnissen im Herkunftsland, auf der Flucht und hierzulande berichten und auf der anderen Seite von Symptomen, wie Schlafstörungen, Konzentrationschwierigkeiten, Reizbarkeit und Wutausbrüchen, psychosomatischen Beschwerden usw.⁸ – und keinen Zusammenhang zwischen beidem herstellen. Oft ist es daher schon ungewein beruhigend für die Patient*innen und ihre Bezugspersonen, zu hören, dass sie nicht „verrückt“ oder „falsch“ sind, sondern dass ihre Seele und ihr Körper eine nachvollziehbare und verstehbare Reaktion auf schreckliche äußere Gegebenheiten zeigen.

Über bloße Psychoedukation hinaus ist es inmitten traumatischer Prozesse – auch in psychodynamischen Psychotherapien – unabdingbar, konkrete pragmatische Hilfestellungen

für Probleme, wie beispielsweise Schlafstörungen, zu geben, um so weit wie möglich zu einer Stabilisierung beizutragen. Dabei sollte wiederum transparent dargelegt werden, welche Funktionen diese Symptome erfüllen und dass sie, solange die äußeren Belastungen anhalten, wahrscheinlich nicht ganz verschwinden werden. Dabei ist es wichtig, zu betonen, dass man ihnen nicht ganz ohnmächtig ausgeliefert ist, sondern dass es verschiedene konkrete Ansätze⁹ gibt, die von den Betroffenen zur Selbsthilfe herangezogen werden können, um unter diesen Bedingungen eine Symptomreduktion zu erwirken. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ist es bedeutend, zu erleben, dass ihre erwachsenen Bezugspersonen nicht allen inneren und äußeren Verhältnissen ebenso ohnmächtig ausgeliefert sind wie sie. Darum ist es nötig, dass sich Psychotherapeut*innen beispielsweise mit Methoden und Techniken zu Dissoziationsstopps und zur Stabilisierung im Hier und Jetzt auskennen, aber auch über gewisse Kenntnisse bezüglich der politisch-juristischen Rahmenbedingungen, etwa in Fragen des Asylrechts, verfügen. Dabei muss sich nicht jeder*jede Psychotherapeut*in alle erforderlichen Informationen durch Recherche selbst erarbeiten und zum*zur Spezialist*in werden. Entscheidend ist vielmehr, die möglichen Anlaufstellen zu kennen und sich mit den dortigen Expert*innen zu vernetzen. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die es in jedem Bundesland gibt, stehen für asyl- und aufenthaltsrechtliche sowie Fragestellungen zur Arbeit mit Sprachmittler*innen (vgl. dazu auch *Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. [NTFN], 2017*) zur Verfügung und bieten Fortbildungen und Fachberatungen zu diesen Themen an. Auch im Sinne der eigenen Selbstfürsorge kann eine solche Vernetzung sehr bedeutsam sein.

Ein weiterer wichtiger Teil der psychotherapeutischen Arbeit im Kontext von Flucht und Trauma ist es, Zeug*innenschaft über das Erlittene und aktuell Erlebte zu gewährleisten. Traumatisierte Menschen sind häufig mit (impliziten) Versuchen konfrontiert, ihre Erlebenswelten zu tabuisieren. Sie machen möglicherweise die Erfahrung, dass niemand ihre Schilderungen aushalten kann bzw. sich niemand dafür interessiert. Dies ist nicht verwunderlich, verdeutlicht man sich, dass Traumata auch im Gegenüber häufig schwer erträgliche Gefühle auslösen und daher nicht anerkannt werden:

„Wir wollen vom Trauma, von diesem Elend, wir wollen eigentlich nichts wissen und haben einen biologisch angelegten Impuls wegzuschauen“ (Leuzinger-Bohleber, 2017). Oder wie van der Kolk (2023, S. 24) ebenfalls allgemein bezogen auf Psychotraumata schreibt: „Wir wollen im Grunde nicht wissen, was Soldaten im Kampf durchmachen. Wir wollen

⁸ Hier sind zwar einige der typischen Symptome von Traumatisierungen beispielhaft aufgezählt, es ist aber wichtig, zu betonen, dass hinter allen psychischen Symptomen traumatische Erfahrungen liegen können.

⁹ In dem Selbsthilfebuch „Sonne für die Seele“ (TraumaHilfeZentrum Nürnberg e. V., 2017), das für mehrere Sprachen in Übersetzung kostenlos heruntergeladen werden kann, sind viele solcher Techniken und Methoden versammelt.

auch nicht wissen, wie viele Kinder in unserer Gesellschaft sexuell belästigt, missbraucht oder misshandelt werden, und auch nicht, wie viel Paare – es ist fast ein Drittel – irgendwann in ihrer Beziehung gewalttätig werden. Wir möchten uns die Familie als einen sicheren Hafen in einer herzlosen Welt vorstellen und unser eigenes Land als von aufgeklärten und zivilisierten Menschen bewohnt. Wir ziehen es vor, zu glauben, dass Grausamkeiten nur an fernen Orten wie Darfur oder im Kongo stattfinden.“

In meiner Promotionsstudie habe ich dazu passend gezeigt, was potenziell traumatisierte geflüchtete Schüler*innen in den mit ihnen arbeitenden Lehrkräften auslösen (Müller, 2021). Besonders unter den Bedingungen mangelnder Ressourcen, struktureller Mängel und fehlender traumapädagogischer Professionalisierung kann diese Arbeit dazu führen, dass sich bei den Lehrkräften selbst traumatypische Symptome zeigen (ebd.). Dies kann weiter dazu führen, dass Lehrkräfte *institutionalisierte Abwehrmöglichkeiten* (Mentzos, 2001) nutzen und sich aus den pädagogischen Beziehungen zurückziehen bzw. versuchen, sich auf die Rolle der reinen Wissensvermittler*innen zu konzentrieren (Müller, 2021, S. 177–180). Möglicherweise tragen ähnliche Mechanismen auch zur „Scheu“ von Psychotherapeut*innen vor der Behandlung von Traumapatient*innen bei?

Dies kann dazu führen, dass traumatisierte Menschen mit ihrem Trauma ganz allein gelassen werden, was wiederum einen Kernfaktor des Traumas ausmachen könnte. Die therapeutische Beziehung inmitten sequenziell traumatischer Prozesse kann dieser Einsamkeit dagegen ein Stück weit entgegenwirken. (Kinder- und Jugendlichen-)Psychotherapeut*innen, die eine eigene Lehranalyse/Selbsterfahrung gemacht haben, die gewohnt sind, in Super- oder Interventionen über die eigenen Gefühle und Gegenübertragungen zu reflektieren, und die Erfahrung im Umgang mit belasteten Patient*innen haben, sind dadurch für den Umgang mit dem, was das Trauma im Gegenüber auslöst, professionalisiert.

Durch die therapeutische Arbeit inmitten des Traumas kann erstmalig ein Raum entstehen, in dem Patient*innen die Chance haben, damit zu beginnen, ein zusammenhängendes und emotional bedeutsames Narrativ ihrer Biografie zu entwickeln. Dieses Narrativ kann politische und äußere Bedingungen einordnend miteinbeziehen und einer schuld- und schamhaften Verarbeitung des Erlebten entgegenwirken.

Das heilsame Potenzial einer solchen positiven haltenden Beziehungserfahrung wird sich dann im Sinne der Nachträglichkeit (Kirchhoff, 2009) ganz entfalten können, wenn sich die äußeren Bedingungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen so verbessert haben, dass wieder Sicherheit und Verlässlichkeit in ihre Lebensverhältnisse einkehren können. Die therapeutische Arbeit inmitten potenziell traumatischer Prozesse ist so eine lohnende Arbeit, der sich noch mehr Kolleg*innen öffnen sollten.

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.

- Becker, D. (2006/2014). Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung. (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. Verfügbar unter: www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf [17.07.2024].
- Kämmerer, W. (2016). Auf der Suche nach dem Wort, das berührt. Intersubjektivität und Fokus im psychosomatischen Dialog. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Keilson, H. (1979/2005). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kirchhoff, C. (2009). Das psychoanalytische Konzept der „Nachträglichkeit“. Zeit, Bedeutung und die Anfänge des Psychischen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Krüger, A. (2021). Powerbook – Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen (10. Aufl.). Hamburg: Elbe & Krueger Verlag.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2017, 16. Juni). Flucht, Migration, Trauma und frühe Elternschaft. Psychoanalytische Überlegungen. Vortrag im Rahmen des 4. Winnicott-Symposiums, Hannover.
- Mentzos, S. (2001). Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Müller, C. (2021). Pädagogisch arbeiten in traumatischen Prozessen. Geflüchtete Kinder und Jugendliche in der Schule (Kritische Sozialpsychologie, Bd. 3). Wiesbaden: Springer VS.
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (Hrsg.). (2017). Psychotherapie zu dritt. Über die Arbeit mit Dolmetschenden in therapeutischen Gesprächen. Hannover: Eigendruck.
- Reddemann, L. & Wöller, W. (2019). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (2., unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, D. (2012). Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen. Gießen: Psychosozial-Verlag.



Dr. Christoph Müller

christophz.mueller@posteo.de

Dr. phil. Christoph Müller ist Sozialwissenschaftler, Sonderpädagogin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (mit den Fachkunden Psychoanalyse/Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Er arbeitet als Dozent und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Winnicott-Institut Hannover und im Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN). Er promovierte an der Humboldt-Universität zu Berlin zum Themenkomplex Flucht, Trauma, Schule.

Neuer Wein in neuen Schläuchen?

Konzeptionelle und praxisbezogene Anmerkungen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3)

Lars Hauten & Ingo Jungclaussen

Zusammenfassung: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) hat seit 1996 einen festen Platz in der psychodynamischen Praxis. Dieser Beitrag reflektiert die konzeptionellen Änderungen der dritten Version (OPD-3) für jede Achse und kommentiert ihre praktische Relevanz für die psychodynamische Psychotherapie. Achse I weist nunmehr eine größere Anschlussfähigkeit an andere Psychotherapieverfahren auf. Achse II ermöglicht durch die neue dreistufige Skalierung der Beziehungseitems eine differenziertere sowie ressourcenorientierte Beschreibung von Beziehungsmustern. In Achse III wird ein stärkerer Fokus auf biografische Entwicklungen und unbewusste Prozesse gelegt. Achse IV integriert wieder die Abwehr als Strukturfunktion und führt Variabilitätsratings ein. Die komprimierte OPD-3 bietet insgesamt eine präzisere Diagnostik und größere Anschlussfähigkeit, wobei die gleichzeitig erhöhte Komplexität eine Herausforderung darstellt, in deren Bewältigung zugleich eine Bewährungsprobe für die Praxis liegen dürfte. Es wird empfohlen, die OPD-3 aktiv zu nutzen.

Einleitung

So viel vorab: Das Warten hat sich gelohnt. Seitdem 1996 die erste Auflage des Manuals erschien, ist die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ aus der psychodynamischen Praxis nicht mehr wegzudenken. 2006 erschien eine revidierte Fassung (OPD-2), welche 2014 noch einmal umfassend überarbeitet wurde. Die nunmehr dritte Fassung (OPD-3) wurde 2023 vorgelegt. Dem Arbeitskreis OPD gelingt es in der aktuellen Version, das Manual zugleich komplexer und schlanker zu gestalten.

Das Buch enthält ein eigenes Kapitel zu den Neuerungen. Wir setzen voraus, dass die Leser*innen bereits mit der OPD vertraut sind, und empfehlen die Lektüre dieses Kapitels. Zudem findet sich in Ausgabe 1/2024 des Psychotherapeutenjournals eine ausführliche Darstellung zur Geschichte der OPD und eine Übersicht zu den Neuerungen in der OPD-3 (Benecke, 2024).

Der vorliegende Beitrag möchte die Neuerungen über die reine Darstellung hinaus aus zwei Blickwinkeln betrachten: Zum einen sollen die Veränderungen von der OPD-2 zur OPD-3 in konzeptioneller Hinsicht im Sinne einer kritischen Würdigung kommentiert werden, zum anderen sollen die konkreten Schlussfolgerungen für die klinische Praxis untersucht werden.

Wir folgen im vorliegenden Beitrag im Aufbau des Textes der Inhaltsstruktur der OPD-3.¹

Aufbau des Manuals

Was ist neu / was ist geblieben?

Die OPD-3 hat nur noch vier statt bisher fünf Achsen. Die Achsen I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) und V (psychische und psychosomatische Störungen) der OPD-2 wurden in der OPD-3 zusammengeführt.

In der OPD-2 wurden die Operationalisierung, die Manualisierung und die Erhebungstools in je eigenen Kapiteln abgehandelt. In jedem Kapitel wurden alle fünf Achsen „durchdekliniert“. Das hatte den Vorteil der Vollständigkeit, ging aber zu Lasten der Lesbarkeit: Wenn die Entwicklung einer Achse von der Konzeption bis zur Anwendung nachvollzogen werden sollte, musste viel geblättert werden. In der OPD-3 werden nun Manualisierung und Operationalisierung in einem didaktischen Schritt erläutert, lediglich die „Checklisten“ müssen im Anhang aufgefunden werden.

Mit der Neuerung geht eine weitere „Unterlassung“ einher: Es gibt keinen Fokusausswahlbogen mehr.

Konzeptioneller Kommentar

Die OPD-2 war tatsächlich eher ein Manual als ein Buch. Ohne eine intensive Beschäftigung mit der OPD war es nur mit viel Mühe möglich, sich das Modell anzueignen. Die OPD-3

¹ Aus Platzgründen werden die Kapitel „Veränderungsmessung“ und „Weitere Anwendungsfelder“ nicht erörtert.

gleich dem Aufbau und der Didaktik nach eher einem Lehrbuch, das für sich stehen kann.

Aus konzeptioneller Sicht ist zu betonen, dass die Verschlangung keine Komplexitätsreduktion mit sich bringt – durch vielfältige Ausdifferenzierungen nimmt die Komplexität eher noch zu. Das Grundproblem, dass man im Buch oft herumblättern muss, kann die OPD-3 demnach nicht beheben. Es ist viel Routine in der Anwendung nötig, um sich in den Tabellen und Checklisten zurechtzufinden.

Die OPD ist ein Fremdrating-Instrument, setzt also nicht auf Selbstbeurteilungen. Dennoch gibt es ein kleines Unterkapitel, welches auf die sehr hilfreichen Zusatztools² verweist. Hier hätte aus konzeptioneller Sicht die Verbindung von Fremd- und Selbstbeurteilung deutlicher herausgearbeitet werden können, vor allem aber wären Hinweise zum möglichen Bezug dieser sinnvollen Instrumente wichtig gewesen.

Praktische Konsequenzen

Die OPD-3 kann gut im Eigenstudium gelesen werden und wird dann auch sicher gewinnbringend anzuwenden sein. Dennoch wird weiterhin empfohlen, ein OPD-Trainingsseminar zu besuchen. Die zusätzliche Komplexität in allen Achsen macht es auch für vertraute Anwender*innen sinnvoll, sich vertieft mit den Neuerungen zu beschäftigen.

Achse I: Psychische Störungen, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Was ist neu / was ist geblieben?

In der OPD-2 wurde die Symptomdiagnostik in Achse V vorgenommen, während die Achse I der Indikation diente, indem Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen erhoben wurden.

Neu ist in der OPD-3, dass diese beiden Achsen zusammengeführt wurden. Ebenfalls wurde das in der OPD-2 noch optional anzuwendende Psychotherapie-Modul integriert. Es gibt also nur noch eine indikative und zugleich deskriptive Achse. Der Inhalt der zusammengeführten Achsen wurde integriert.

Konzeptioneller Kommentar

Insbesondere in den psychodynamischen Psychotherapieverfahren wird die Symptomdiagnostik im Vergleich zur psychodynamischen Diagnostik tendenziell vernachlässigt. Dies hatte in Anwendung der OPD die Konsequenz, dass die im engeren Sinne psychodynamischen Achsen (II, III und IV) stärker betont und die indikative Achse (I) sowie die deskriptive Achse (V) eher „stiefmütterlich“ behandelt wurden. Durch die Zusammenfassung von Indikation und deskriptiver Diag-

nostik in der Achse I wurde diesem Problem konzeptionell begegnet.

Ferner fällt auf, dass die „neue“ Achse I einen eher verfahrensübergreifenden Charakter hat und somit eine große Anschlussmöglichkeit für andere Psychotherapieverfahren herstellt. Die Achse I ist im Prinzip nicht verfahrensspezifisch konzipiert. Sie lässt sich also im stationären Alltag auch für einen multimodalen Behandlungsansatz gut verwenden. Im ambulanten Bereich entspricht die Achse I in etwa dem verfahrensübergreifenden Bereich der Richtlinienpsychotherapie³. Insbesondere für die psychotherapeutische Sprechstunde, in der ja noch keine Verfahrensentscheidung getroffen werden muss, ist die Achse I also besonders wertvoll.

Praktische Konsequenzen

Es wird (weiterhin) empfohlen, diese Achse nicht zu überspringen. Nicht selten zeigt sich im späteren Verlauf von Therapien, dass auftretende Blockaden nicht einfach nur psychodynamisch als Widerstände zu erklären sind, sondern oft grundlegende Unstimmigkeiten in den Behandlungskonzepten von Patient*in und Psychotherapeut*in abbilden. Zur Verbesserung von Adhärenz und Compliance ist es sehr wichtig, im Vorfeld einer Psychotherapie eine Abstimmung von Störungs- und Heilungsverständnis zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in herzustellen. Die Achse I eignet sich dafür als systematisches Tool.

Achse II: Beziehung

Was ist neu / was ist geblieben?

Die Grundstruktur der Beziehungssachse wurde auch in der OPD-3 beibehalten. Sie folgt weiterhin einem Zirkumplexmodell, das heißt, die Items sind kreisförmig und polar angeordnet. Weiterhin wird die Interaktion aus vier Perspektiven⁴ betrachtet. Neu ist hingegen, dass die Beziehungssachse dreistufig skaliert werden.⁵

Ebenfalls neu ist die Unterteilung in eine klinische und eine Forschungsversion. In der klinischen Version werden alle Items eingeschätzt und danach die drei relevantesten Items festgehalten. In der Forschungsversion wird die Itemanzahl durch Zusammenlegung halbiert, dafür werden aber alle Items geratet.

² Beispiele hierfür wären die EDV-gestützte Erhebung der Beziehungssachse, der Konfliktfragebogen oder der Strukturfragebogen.

³ Dieser wird im aktuellen „Faber/Haarstrick-Kommentar“ (Dieckmann et al., 2021) ausgelegt.

⁴ Patient*in erlebt andere – Patient*in erlebt sich – andere erleben Patient*in – andere erleben sich.

⁵ Es wird unterschieden zwischen „unauffällig“ (0), „akzentuiert ausgeprägt“ (1) und „dysfunktional ausgeprägt“ (2).

Konzeptioneller Kommentar

Durch die Skalierung der Beziehungseitems können Beziehungsmuster in ihrer Funktionalität und Dysfunktionalität genauer beschreiben werden. Dies stellt insofern eine konzeptionelle Verbesserung dar, als eine ausgewogenere Betrachtung von Defiziten und Ressourcen in Beziehungsmustern möglich wird.

Die Dimensionalisierung der Beziehungseitems hat dabei nicht nur unmittelbare Konsequenzen für die Diagnostik, sondern auch für die Forschung, weil Forschungshürden (Skalenniveau) behoben werden können.

Praktische Konsequenzen

Die größere Genauigkeit geht jedoch auch zulasten der Anwendungsfreundlichkeit: Die sehr komplexe Beziehungssache erschließt sich nicht intuitiv.

Die Beziehungssache stellt sich in der Praxis oft „sperriger“ dar als die Struktur- und Konflikt-Diagnostik. Dies ist insofern bedauerlich, als Patient*innen von klärungsorientierten Einblicken in ihre Beziehungsmuster therapeutisch besonders gut profitieren. Es wird grundsätzlich für die Praxis empfohlen, sich in einem diskursiven Prozess mit der Beziehungssache vertraut zu machen. Der „Königsweg“ dafür dürfte in einem OPD-Training bestehen. Es ist aber auch denkbar, sich die Beziehungssache in Interventionen, Supervisionen und/oder Qualitätszirkeln anzueignen. Für die praktische Anwendung wird vorgeschlagen, sich sowohl mit der Forschungs- als auch mit der klinischen Version zu beschäftigen, da beide Versionen in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis gewinnbringend eingesetzt werden können.

Achse III: Konflikt

Was ist neu / was ist geblieben?

Die grundlegende Unterteilung in sieben beobachtungsnahe operationalisierte Konflikte bleibt bestehen, ebenso die Beschreibung eines aktiven und passiven Modus der Konfliktverarbeitung. Auch die Restkategorie „abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ bleibt bestehen.

Eine der wichtigsten Neuerungen in der OPD-3 dürfte es darstellen, dass die Konflikte bereits in der Achse III mit dem Strukturniveau in Verbindung gebracht werden. In der OPD-2 musste das Verhältnis von Struktur und Konflikt im Nachgang der Strukturdiagnostik beschrieben werden. In der OPD-3 lässt sich nun schon während der Konfliktdiagnostik darstellen, auf welchem strukturellen Niveau das aktuelle Konfliktgeschehen stattfindet.

Neu ist auch, dass neben der pathologischen Entwicklung auch eine „gelungene“ Entwicklung innerhalb der motivationalen Systeme beschrieben wird.

Neben dem bereits etablierten Konzept des prinzipiell bewusstseinsfähigen Leitaffektes wird in der OPD-3 das Konzept des Kernaffektes eingeführt. Unter „Kernaffekt“ wird in der OPD-3 ein unbewusster, verdrängter Affekt verstanden.

Ebenso neu ist die Möglichkeit, die Konflikte zeitlich zu verorten. Im Ratingbogen wird unterschieden zwischen „biografisch repetitiv-motivationalen Konfliktthemen“ (an anderer Stelle im Manual auch als „lebensbestimmend“ bezeichnet) und „aktuellen Hauptkonflikten“ (AHK).

Zudem wurde eingeführt, dass der Modus der Verarbeitung (aktiv/passiv) für die biografisch repetitiven und die aktuell bedeutsamen Konflikte einzeln geratet werden. Dadurch werden Veränderungen im Lebensverlauf besser darstellbar.

Durch diese Ausdifferenzierungen wird der Begriff des „Aktualkonflikts“ überflüssig und in der OPD-3 gestrichen. Darüber hinaus wird der Vorschlag unterbreitet, sich für die Beschreibung konfligierender Seeleninhalte am „unteren Rand“ der

— Die „neue“ Achse I ist nicht spezifisch psychodynamisch konzipiert und bietet somit eine hohe Anschlussfähigkeit für andere Psychotherapieverfahren.

strukturellen Entwicklung eines Konzepts von Stavros Mentzos (2002, 2015) zu bedienen: Dieser schlägt vor, für Konflikte auf sehr geringem Strukturniveau den Begriff „Dilemma“ zu verwenden. Das verweist auf die prinzipielle Ähnlichkeit zum Konzept des neurotischen Konflikts, betont aber auch den Unterschied dazu, nachdem es für Dilemmata grundsätzlich keine Lösung gibt. Auf diese Weise können auch psychotische Dekompensationen psychodynamisch erklärt werden.

Konzeptioneller Kommentar

Das Denken in unbewussten dynamischen Konflikten stellt die gemeinsame Grundlage der (ansonsten sehr uneinheitlich diversifizierten) psychoanalytischen Theorien dar und liegt daher auch allen psychodynamischen Psychotherapien zugrunde. Aus diesem Grund wurde und wird der Konfliktachse der OPD eine besondere Aufmerksamkeit zuteil – und stellt einen Schwerpunkt in der Kritik an der OPD dar.

Ein Hauptkritikpunkt bestand stets darin, dass in der Rezeption der OPD-Konflikte nicht ganz klar war, ob es sich bei den Konflikten um „echte“ Grundkonflikte handelt, also um in der Vergangenheit inadäquat gelöste intrapsychische und unbewusste Konflikte, oder ob durch die Beobachtungsnahe

nicht eher „Gegenwartskonflikte“⁶ bzw. die Bewältigung der Grundkonflikte im Erwachsenenalter erfassbar sind (vgl. Boll-Klatt & Kohrs, 2018).⁷ Rudolf (2014) ordnet die OPD-Konflikte den biografisch zu durchlaufenden Grundkonflikten zu. Konzeptionell bleibt jedoch die Schwierigkeit, mit den OPD-Konflikten zwischen Prozessen „dort und damals“ sowie „hier und heute“ sicher zu unterscheiden. Mit dem „Komplementären Modell psychodynamischer Konfliktdiagnostik“ (KMK) haben wir an anderer Stelle den Versuch unternommen, die Methoden „Beobachtung“ und „Rekonstruktion“ konzeptionell zusammenzudenken (Jungclaussen & Hauten, 2018).

Mit der Einführung des Konzepts „Kernaffekt“ wird eine psychoanalytische Grundannahme – dass schmerzliche bzw. unaushaltbare Affekte durch Verdrängung dem Bewusstsein entzogen werden – in die OPD-Diagnostik eingeholt. In Verbindung mit der Unterscheidung zwischen aktuellen und biografisch relevanten Konflikten legt dies eine zeitlich-biografische Verortung nahe: Es ist gut möglich, dass die unaushaltbaren Affekte bereits früher im Leben verdrängt wurden, während der (oft diffuse, aber bewusstseinsnähere) Leitaffekt gegenwärtig ist. In der Zusammenschau mit der Möglichkeit, die Modi der Konfliktverarbeitung zeitveränderlich darzustellen und Konflikte als biografisch-repetitiv oder als aktuell wirksam zu raten, wirken diese konzeptionellen Neuerungen wie eine Einladung zur „psychogenetischen Rekonstruktion“ (vgl. Ermann, 1993).

In der OPD wird das Phänomen von „Konfliktschichtungen“⁸ durch das Begriffspaar „Kernkonflikt“ und „angelehnter/abgeleiteter Konflikt“ abgebildet. Konzeptionell war und ist die OPD hier etwas zaghaft, eben weil sich diese (auch biografische) Anordnung der Befunde nicht aus der reinen Beobachtung ableiten lässt, sondern einen Interpretationsschritt enthält. Diese beiden Neuerungen (Aktueller Hauptkonflikt/lebensbegleitendes Konfliktmuster und Leitaffekt/Kernaffekt) hätten begrifflich auch gut mit dem etablierten Begriffspaar „Grundkonflikt“ (GK) und „aktuell wirksamer unbewusster Konflikt“ (AWUK) in Verbindung gebracht werden können. Aus unserer Sicht ist die OPD etabliert genug, um diese Schritte hin zu mehr biografischer Tiefe zu wagen, auch wenn dies zulasten der Beobachtungsnähe gehen könnte.

Eine weitere konzeptionelle Anmerkung betrifft die Konfliktoperationalisierung mit Blick auf Identitäten und die Vorstellung „gesunder“ Entwicklung. Das Manual ist insgesamt kommentarlos in gendergerechter Sprache geschrieben. Es wäre also davon auszugehen, dass damit auch inhaltlich eine Modernisierung vollzogen werden soll, was jedoch nicht stringent eingehalten wird. So sind teilweise Konstruktionen entstanden, bei denen Patient*innen Diversität sprachlich „zugestanden“ wird, den Elternfiguren beispielsweise jedoch nicht. Mit einigen Begriffen/Identitätsvorlagen werden sich Patient*innen und Anwender*innen jüngerer Generationen u. U. nicht gut beschrieben sehen. Hier wäre ein Verweis auf kultur- und zeitabhängige Aspekte der Konzeptentwicklung wünschenswert gewesen.

Insgesamt hätten die zur Illustration verwendeten Fallvignetten eine grundlegende Überarbeitung verdient gehabt, um den nun konzeptionell besser möglichen „biografischen Tiefgang“ auch in der Veranschaulichung Rechnung zu tragen.

Ebenfalls überraschend ist die Skizzierung einer „gelungenen Entwicklung“. Hier wird dargelegt, dass bei einer „gesunden“ Entwicklung die beschriebenen Konflikte gar nicht erst ausgebildet werden würden. Dies stellt einen scharfen Bruch mit psychoanalytisch-psychodynamischen Entwicklungspsychologien dar, nach denen auch die gesunde Entwicklung in einem Durchlaufen phasentypischer Konflikte besteht, welche jedoch bei gelungener Entwicklung adaptiv gelöst werden können. Auf der einen Seite ist Ressourcenorientierung inzwischen auch in den psychodynamischen Psychotherapien „modern“ (vgl. Wöller, 2022), auf der anderen Seite jedoch ist eine Entwicklungspsychologie ohne Konfliktkonzept nur schwer in der psychoanalytischen Tradition zu verorten.

Die Verknüpfung von Struktur und Konflikt ist konzeptionell noch nicht stringent gelöst. Während die Verknüpfung von Konflikt- und Strukturdiagnostik allgemeingültig aufgefasst wird, soll die strukturelle Zuordnung im Ratingbogen der OPD-3 nur für die aktuellen Hauptkonflikte vorgenommen werden. Darüber hinaus wird die Strukturskalierung der Konflikte nur anhand der drei kategorial anmutenden Stufen „Konfliktspannung“ (gutes Strukturniveau), „neurotischer Konflikt“ (mäßiges Strukturniveau), „konflikthaft-motivationales Schema“ (geringes bis desintegriertes Strukturniveau) vorgenommen. Wenn nun aber auf einem Strukturniveau von „gut bis mäßig“ gar kein neurotisches Konfliktgeschehen mehr diagnostizierbar ist (sondern nur eine Konfliktspannung), bietet das einen Diskussionspunkt für Indikationsfragen.⁹

Umgekehrt begegnen uns in der Praxis durchaus Patient*innen, welche ein deutliches neurotisches Konfliktgeschehen zeigen, strukturell jedoch (mindestens anteilig) geringe bis desintegrierte Strukturmerkmale aufweisen.

Praktische Konsequenzen

Für die konkrete Anwendung der Konfliktachse empfiehlt es sich, zunächst einen Schritt zurückzutreten und das eigene psychodynamische Konfliktverständnis zu reflektieren: *Wie stehe ich zur Triebtheorie und anderen psychoanalytischen Meta-Theorien? Welche Entwicklungspsychologie entspricht meinem Störungsverständnis? Bin ich der Ansicht, dass Grundkonflikte im Hier und Jetzt sichtbar sind? Wie sehe ich vor diesem Hintergrund das Verhältnis von beobachtungsnahem erfassbarem Konfliktgeschehen auf der einen und rekon-*

⁶ Metaphorisch könnte hier von der „Spitze des Eisbergs“ gesprochen werden.

⁷ Eine ausführliche Diskussion findet sich bei Jungclaussen und Hauten (2018).

⁸ In der OPD-3 werden diese als „Konfliktverschränkungen“ bezeichnet.

⁹ Es könnte z. B. gefragt werden, ob dann bei einer dem Augenschein nach „leichten“ Störung überhaupt eine ambulante Langzeittherapie nötig ist.

struiertem Grundkonflikt auf der anderen Seite? Welchem Stellenwert gebe ich der schichtweisen Weiterverarbeitung von Konflikten über die Lebensspanne hinweg (also der möglichen Themenungleichheit von Grundkonflikt und aktuellem Konfliktgeschehen)?

Nach Klärung solcher Fragen werden sich Inkonsistenzen bei der Anwendung der OPD besser auflösen lassen, sodass die Anwendung der Konfliktachse leichter gelingt.

Was die Zuordnung der Konflikte entlang der Strukturniveaus anbelangt, wird vorgeschlagen, sich von der dreistufigen Kategorisierung nicht irritieren zu lassen, sondern die Konflikte tatsächlich über *alle* Strukturniveaus hinweg zu diagnostizieren. Aus pragmatischen Gründen kann es hier sinnvoll sein, die Strukturdiagnostik vorzuziehen, wenn bereits früh erkennbar ist, dass störungsrelevante strukturelle Einschränkungen bestehen.

Achse IV: Struktur

Was ist neu / was ist geblieben?

Der grundlegende Aufbau der Strukturachse ist gleich geblieben, mit einigen erheblichen Neuerungen. Eine der wichtigsten Neuerungen dürfte darstellen, dass die Abwehr in der OPD-3 wieder Bestandteil der Strukturachse ist. In der ersten Fassung der OPD wurde die Abwehr schon einmal als Strukturfunktion erfasst. In der OPD-2 hingegen wurde die Abwehr nicht als Strukturfunktion konzipiert, weil die Abwehrfähigkeit zwar auf der einen Seite als „Ich-Funktion“ verstanden werden kann, auf der anderen Seite aber Abwehrvorgänge auch untrennbar mit Konfliktodynamiken verbunden sind.¹⁰ Aus diesem Grunde wurde die Abwehr in der OPD-2 nicht als Bestandteil der diagnostischen Achsen konzipiert, sondern in den Anhang verschoben. In der OPD-3 ist die Abwehr nun wieder – erneut als Strukturfunktion – im Hauptteil der diagnostischen Achsen verortet.

Als einzige der Strukturdimensionen ist „Abwehr“ dabei nicht in die Perspektiven „nach innen“ versus „nach außen“ geteilt. Damit hat die Strukturachse nun fünf (statt vorher vier) Dimensionen und (weiterhin) acht Subdimensionen. Wie in der OPD-2 sind jeder Subdimension und der Einzeldimension Abwehr jeweils drei Items zugeordnet, die nunmehr „Facetten“ genannt werden. Die Facetten wurden präzisiert, teilweise neu operationalisiert, auch für alle Zwischenstufen. Zusätzlich wurden Kernsätze formuliert, welche Beeinträchtigungen mit einer gelungenen Integration kontrastieren.

Erneut galt besonderes Augenmerk dem „unteren Rand“, sodass mit der OPD-3 auch psychotische Zustände abbildbar sind.

Eine weitere Neuerung stellt das Einfügen von zwei Variabilitätsratings dar. So ist es zum einen möglich, die Zeitperspektive flexibler zu gestalten und kurzfristigere Auslenkungen darzustellen, dafür ist der Regelbeobachtungszeitraum von zwei auf fünf Jahre angehoben worden. Zum anderen ist es möglich, die Strukturqualitäten über die verschiedenen Lebensbereiche hinweg differenziert darzustellen.

Es sind, wie bei der Beziehungssachse, zwei Ratingvarianten vorhanden: eine knappere klinische Version und eine ausführliche Forschungsversion.

Konzeptioneller Kommentar

Struktur, konzeptionell als sowohl statisch als auch veränderbar gedacht, unterliegt einem „slow change“-Prozess. Durch die konzeptionellen Neuerungen des Variabilitätsratings ist es mit der OPD-3 nunmehr möglich, die Struktur flexibler und dynamischer im Kontext zu erfassen.

Das ausführliche „Ausbuchstabieren“ aller Zwischenstufen macht das Rating der Strukturfunktionen noch exakter. Allerdings treten auch konzeptionelle Überschneidungen zutage, was sich in sehr ähnlichen Operationalisierungsformulierungen bei verschiedenen Facetten zeigt. Hier dürfte der Gewinn an klinischer Handhabbarkeit zulasten der Trennschärfe gehen.

Gleiches gilt für die Abwehr. Ob Abwehr als Strukturfunktion gut platziert ist, wurde in der Geschichte der OPD kontrovers diskutiert. Die Trennschärfe leidet gewiss darunter, wenn

— Die Wiedereinführung des genuin psychodynamischen Konzepts der Abwehr ist für die klinische Praxis begrüßenswert, engt aber zugleich die verfahrensübergreifende Anschlussfähigkeit der OPD etwas ein. —

Abwehrmechanismen einerseits in der Dimension Abwehr geratet werden, andererseits auch zur Operationalisierung anderer Facetten verwendet werden und schließlich auch in den Konfliktoperationalisierungen auftaucht. Für den klinischen Alltag ist es sehr hilfreich, das psychodynamisch wichtige Konzept der Abwehr wieder im Manual untergebracht zu sehen. Dieser Vorteil ist indes auch ein Nachteil für die Anschlussfähigkeit der OPD. Denn gerade die Strukturachse ist verfahrensübergreifend sehr einleuchtend zu vermitteln, das genuin psychodynamische Abwehrkonzept ist es eher nicht.

Die Konstruktion der Dimension Abwehr weist noch eine andere Besonderheit gegenüber den anderen Strukturdimensionen und Subdimensionen auf: Alle anderen Dimensionen

¹⁰ Auch die OPD-3 konzipiert die Konflikte mit dem „Konfliktdreieck“ aus Wunsch, Angst und Abwehr.

beschreiben Facetten, die konzeptionell unabhängig voneinander sind und in der jeweils anderen Subdimension („nach innen“ – „nach außen“) eine Entsprechung haben. Das ist bei der Strukturdimension Abwehr anders. Die drei Facetten sind zwar auch unabhängig voneinander, haben aber ein jeweils andere Beobachtungsperspektive. Im Prinzip können die drei Facetten¹¹ auch als dimensional angeordnet aufgefasst werden: von abstrakt zu konkret; von Funktion zu Mittel. Konzeptionell hätte hier auch erwogen werden können, der Abwehr eine ganz eigene Achse zu schenken, die – ähnlich wie die Beziehungsachse – Querverbindungen zu den anderen psychodynamischen Achsen hat.

Die neue Idee der Kernsätze ist aus konzeptioneller Sicht insofern zu begrüßen, als diese eine schlankere Alternative zu den Interview-Tools der OPD-2 darstellen. Die Umsetzung scheint jedoch noch nicht ganz ausgereift und teilweise uneinheitlich; hier wird sicher auf Basis praktischer Erfahrungen noch nachgebessert werden.

In der OPD-2 gab es einen logischen Bruch beim Übergang von der Diagnostik zur Behandlungsplanung: Bei der Diagnostik sollte auf der Ebene der Subdimensionen geratet werden; bei der Behandlungsplanung hingegen sollten Fokusse auf Itemebene ausgewählt werden – die ja aber im Ratingbogen gar nicht angekreuzt worden waren. Die OPD-3 umgeht dieses Problem, indem gar kein Fokusauswahlbogen angeboten wird.

Ebenfalls neu ist, dass für die genannten Variabilitäten Ursachen für die Auslenkungen angegeben werden können.¹² Leider werden bei den Ursachenvorschlägen nur defizitäre Faktoren genannt, keine protektiven Faktoren oder Ressourcen (für Auslenkungen nach oben).

Die OPD bietet mit der Strukturachse ein sehr genaues Instrument für die dimensionale Diagnostik. Dies steht auch in Verbindung mit einem Paradigmenwechsel in der deskriptiven Persönlichkeitsdiagnostik. Aus konzeptioneller Sicht wäre es wünschenswert gewesen, das Begriffspaar „dimensional“/„kategorial“ zu diskutieren und eventuell auch für die kategoriale Perspektive einen Ort im Manual zu suchen (z. B. in der Achse I).

In konzeptioneller Hinsicht wird das Verhältnis des OPD-Strukturkonzeptes zum Mentalisierungsansatz zwar diskutiert, es wäre aber erstrebenswert gewesen, auf diesen ebenfalls weit verbreiteten Ansatz auch begrifflich mehr zuzugehen.

Praktische Konsequenzen

Es wird dringend empfohlen, die Forschungsversion nicht achtlos beiseitezulegen, wenn ausschließlich klinisch gearbeitet wird. Vielmehr wird gerade in der Lehre sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung dazu geraten, grundsätzlich die ausführliche Forschungsversion zu verwenden. Im klinischen

Alltag können die kurze und die lange Version auch zur adaptiven Diagnostik verwendet werden. Das bedeutet: Sobald sich (vielleicht schon beim Konfliktrating) zeigt, dass es relevante Strukturthemen gibt, sollte die Langversion verwendet werden.

Bei den Auslenkungen wird empfohlen, auch positive Effekte (z. B. eine zuvor abgeschlossene Psychotherapie) zu berücksichtigen.

OPD-Interview

Was ist neu / was ist geblieben?

Das OPD-2-Interview war in fünf Phasen eingeteilt. Bei zunehmender Strukturierung wurden in jeder Phase Informationen zu allen Achsen erhoben. Dieser Grundablauf ist in der OPD-3 beibehalten worden, es sind jedoch inzwischen acht Phasen.

Konzeptioneller Kommentar

Die Konzeption des OPD-Interviews in der OPD-3 ist insofern etwas irritierend, als die beschriebenen acht Phasen nicht durchstrukturiert dargestellt werden. Das hat den Vorteil, dass die in der ambulanten Praxis recht häufige „Streckung“ des OPD-Interviews über mehrere probatorische Sitzungen hinweg leichter zu integrieren ist. Es geht jedoch deutlich zu Lasten des Überblicks über den Interviewverlauf. Auch wirkt es so, als wären eher Interviewelemente als Phasen beschrieben, welche auch in anderer Reihenfolge abgefragt werden könnten. Einzelne Elemente wirken willkürlich angeordnet.

Etwas ärgerlich für die Lehre und für Anfänger*innen ist es, dass „diagnostische Erfahrung“ als Voraussetzung für die Durchführung des OPD-Interviews formuliert wird.

Praktische Konsequenzen

Es wird empfohlen, die vorgeschlagenen Phasen als Elemente zu begreifen, welche nicht zwangsläufig alle und auch nicht unbedingt in dieser Reihenfolge „abgeklappert“ werden müssen. Stattdessen wird vorgeschlagen, die eigentliche phasische Einteilung adaptiv an die jeweiligen diagnostischen Gegebenheiten anzupassen: Handelt es sich um eine Sprechstunde oder eine Erstsicht in der Ausbildung, dann dürfte ein anderer, strukturierterer Ablauf nötig sein, als wenn im Rahmen der Probatorik Elemente des OPD-Interviews auf drei bis sieben Vorgespräche verteilt werden. Das Element „schlimmstes Ereignis“ sollte aufgrund einer Retraumatisierungsgefahr mit großer Vorsicht abgefragt werden; auch hier gilt eine andere, zurück-

11 D. h.: Erlebensebenen – Interpersonalität – Mechanismen.

12 Dies stellt in gewisser Hinsicht einen Bruch mit der OPD-Grundansprache dar, Diagnostik ohne ätiologische Modelle zu vollziehen, denn in den Auslenkungsursachen sind ätiopathogenetische Faktoren benannt.

haltendere Haltung, wenn dem diagnostischen Gespräch nicht auch ein therapeutisches Angebot folgt.

Das von uns vorgeschlagene Umformulieren von „Phase“ zu „Element“ bietet auch mehr diagnostische Freiheit. Die vielfältigen Ansätze zum psychodynamischen Erstgespräch (welche in der OPD auch beschrieben werden) sollten es erlauben, sich einen eigenen Stil in der Erhebung anzueignen. In der Lehre bzw. zu didaktischen Zwecken kann es hilfreich sein, sich an der stringenter strukturierten Interviewform der OPD-2 zu orientieren.

Fokusableitung/Therapieplanung

Was ist neu / was ist geblieben?

Die wichtigste Neuerung in diesem Kapitel ist, dass es keinen Fokusausswahlbogen mehr gibt. Dafür werden die Überlegungen zum Zusammenhang von Diagnostik und Therapieplanung weiter ausformuliert.

Konzeptioneller Kommentar

Der Wegfall des Fokusausswahlbogens irritiert, insofern als die OPD ja gerade ein operationalisiertes *Manual für Diagnostik und Therapieplanung* darstellt. An einigen Stellen sind in diesem Kapitel Präzisierungen vorgenommen worden, an anderen sind (dadurch) konzeptionelle Unschärfen entstanden.¹³

Ein großes konzeptionelles Problem für die Therapieplanung mit der OPD-3 entsteht aus der Zielgruppenbreite. Die OPD kann zwar gewinnbringend international angewendet werden. Für die Anwendung in Deutschland und insbesondere für den ambulanten Bereich hat es jedoch seit Erscheinen der OPD-2 weitreichende Änderungen gegeben,¹⁴ die konzeptionell klarer in der OPD-3 hätten aufgegriffen werden können. So bezieht sich die OPD-3 teilweise sehr deutlich auf die nur in Deutschland übliche Unterteilung zwischen Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und Analytischer Psychotherapie (AP), an anderen Stellen versucht sie international gültig zu sein. Eine klarere Angabe, wann auf die Psychotherapie-Richtlinie (PTRL) abgestellt wird und wann nicht, wäre hilfreich gewesen.

So ist z. B. in Deutschland die Indikationsnotwendigkeit nicht auf psychodynamische Psychotherapien beschränkt.¹⁵ Es wäre also notwendig, im Rahmen der Behandlungsplanung alle vier (PTRL) bzw. fünf (Direktausbildung) Verfahren differenzialindikativ einzubeziehen.

Weiterhin ist im Bereich der Strukturbehandlungen die in Deutschland relevante PTRL deutlich spezifischer als die

OPD. In der OPD-3 werden alle vier laut PTRL für TP zugelassenen Ansätze¹⁶ vermischt dargestellt.

Auch hinsichtlich der Begriffe „therapeutischer Fokus“ – „Therapieziel“ – „thematischer Fokus“ wäre mehr konzeptionelle Klarheit wünschenswert gewesen. Es stellt eine Besonderheit der psychodynamischen Psychotherapien dar, zwischen den mit Patient*innen transparent vereinbarten Zielen und den therapeutischen Fokussen zu unterscheiden.¹⁷

Grundsätzlich sollte auch für die OPD-3 gelten, dass die Fokusse auf der Grundlage des OPD-Befundes festgelegt werden sollen. In der OPD-2 wurden die Fokusse einfach aus dem Befundbogen übernommen. In der OPD-3 können/sollen für die Behandlungsplanung biografische Veränderungen berücksichtigt werden.

Hier wiederholt sich die bereits im Abschnitt zur Konflikt Diagnostik angesprochene Entwicklung in der OPD. Spätestens bei der Behandlungsplanung sind Interpretationsschritte für die beobachteten Befunde nötig. Dies hätte in der OPD-3 konzeptionell selbstbewusster dargestellt werden können.

In begrifflicher Hinsicht wäre mehr konzeptionelle Klarheit bezüglich des Unterschieds zwischen differenzieller, adaptiver und selektiver Indikation wünschenswert gewesen. Dies

— **Ein großes konzeptionelles Problem für die Therapieplanung mit der OPD-3 entsteht im spezifisch deutschen Versorgungskontext aus dem Ziel, die OPD noch stärker international anwendbar zu machen.** —

könnte sich auch mit Blick auf die Differenzialindikation zwischen den Verfahren als hilfreich erweisen.

In diesem Sinne wäre es nützlich, wenn spätere Auflagen wieder einen Fokusausswahlbogen enthielten, um auch die Therapieplanung zu systematisieren.

Praktische Konsequenzen

Trotz dieser Anmerkungen gibt es für die generelle Anwendung keine wesentlichen neuen Empfehlungen. Es wird

¹³ Einige der folgenden Anmerkungen waren auch schon für die OPD-2 relevant.

¹⁴ Gemeint sind die „Strukturreform“ der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 sowie die Einführung der „Direktausbildung“ 2019.

¹⁵ Im stationären Bereich bei Aufnahme/Vorgesprächen und im ambulanten Bereich im Zuge von Sprechstunden.

¹⁶ Strukturbezogene Psychotherapie (SP), Transference-Focused Psychotherapie (TFP), Mentalisierungs-basierte Psychotherapie (MBT) und Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode (PIM).

¹⁷ Für die bewusstseinsnäheren Verfahren (Systemische Therapie, Verhaltenstherapie und Humanistische Psychotherapie) gilt das so nicht, da die Fokusse dort nicht unbedingt auf Unbewusstes abstellen.

vorgeschlagen, die Therapieplanung mit der OPD3- in zwei voneinander abgesetzten Schritten zu vollziehen: Zunächst sollten die beobachtungsnahen Befundergebnisse vorliegen. In einem zweiten Schritt wird der Befund unter Verwendung theoretischer Modelle interpretiert (psychogenetische Rekonstruktion).

Für die Verwendung der OPD zur Therapieplanung bei Strukturstörungen wird im Manual ein sehr sinnvolles adaptives Vorgehen angedeutet, welches hier expliziert wird:

Zuerst sollte mithilfe des globalen Strukturniveaus (klinische Version) eingeschätzt werden, wie stark die strukturelle Belastung ist. Wenn die globale strukturelle Belastung einen Cut-off-Wert überschreitet (z. B. 2,0), sollte in einem zweiten

— Das ausgewiesene Ziel einer beobachtungsnahen Operationalisierung unbewusster Prozesse geht mit unauflösbaren Widersprüchen einher und konstituiert so das Spannungsfeld, in dem die OPD sinnvolle Kompromisse sucht.

diagnostischen Schritt auf die Ebene der Facetten abgestellt werden (Forschungsversion). Für die Lehre hingegen wird vorgeschlagen, immer alle Facetten zu diagnostizieren.

Fazit

Die OPD-3 ist in gewisser Hinsicht ein „großer Wurf“, der indes den Praxistest noch zu bestehen hat. In eigentlich allen Achsen sind sowohl Schärfungen als auch Schnittstellen erkennbar, welche Anschlussfähigkeit der psychodynamischen Verfahren für andere Ansätze erhöht. Insbesondere für multimodale stationäre Therapiesettings ist das von sehr hohem praktischem Nutzen.

In konzeptioneller Hinsicht ist kritisch anzumerken, dass in der nun „gereiften“ OPD die impliziten und expliziten Beweggründe für die Lockerung alter und für die Hinzunahme neuer Implikationen hätten klarer dargelegt und diskutiert werden können. Es wird in gewisser Hinsicht eine neue Richtung eingeschlagen, indem durch die Unterscheidungen „Kernaffekt“/„Leitaffekt“ und „aktuelle Hauptkonflikte“/„biografisch-repetitive Konflikte“ der Schwerpunkt stärker auf biografische Entwicklungen und unbewusste Prozesse gesetzt wird.

Damit ist das grundsätzliche Spannungsfeld angesprochen, in dem sich die OPD seit ihrer Gründung bewegt: Eine beobachtungsnah Operationalisierung unbewusster Prozesse stellt in gewisser Hinsicht die „Quadratur des Kreises“ dar. Seit ihrer Gründung zeichnet sich die OPD dadurch aus, dass sie in diesem Spannungsfeld sinnvolle Kompromisse sucht.

Die OPD-3 geht hier einige wichtige Schritte „nach vorne“, indem einerseits die stringente Nachvollziehbarkeit der diagnostischen Schritte beibehalten wird, andererseits die für psychodynamische Psychotherapien unerlässlichen Interpretationsschritte integriert werden. Hier wäre wünschenswert gewesen, diese konzeptionellen Neuerungen deutlicher zu benennen und vor allem auch inhaltlich zu begründen.

Die andere kritische Anmerkung betrifft die Praktikabilität. Auf der einen Seite ist die OPD-3 nun deutlich ausdifferenzierter, was die Anwendung der Operationalisierungen eigentlich erleichtern sollte. Auf der anderen Seite steht aber zu befürchten, dass just dadurch die Anwender*innen „verschreckt“ werden können. Es könnte in paradoxer Weise eine Art Simplifizierungseffekt entstehen. Gerade durch den Zuwachs an Genauigkeit und Komplexität könnte die Tendenz zunehmen, das Manual in der praktischen Anwendung vereinfacht „herunterzubrechen“ – was dann den Vorteil der größeren Genauigkeit konterkarieren würde.

Aus unserer Sicht ist diesen kritischen Einwänden vor allem mit einer Mischung aus Mut und Transparenz zu begegnen: Dem Arbeitskreis OPD wäre nahezu legen, die unternommenen, durchaus mutigen konzeptionellen Schritte deutlicher zu kommunizieren; auch und gerade unter Einbezug der genannten Grund-Widersprüchlichkeit. Den Leser*innen und Anwender*innen ist demgegenüber zu raten, sich von der Komplexität des Modells nicht abschrecken zu lassen, sondern sich couragiert in den Strudel der Komplexität hineinzu begeben. Wenn dann noch das eigene Erleben an den Arbeitskreis OPD zurückgemeldet wird, dann entsteht sicher ein lebhafter und für alle Seiten gewinnbringender Austausch. Der vorliegende Text möge als Beitrag zu diesem Diskurs verstanden werden.

Literatur

- Arbeitskreis OPD. (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2014). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD. (2023). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-3. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hogrefe.
- Boll-Klatt, A. & Kohrs, M. (2018). Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Dieckmann, M., Becker, M. & Neher, M. (2021). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (12. Aufl.). München: Elsevier.
- Ermann, M. (1993). Rekonstruktion des Früheren – Konstruktion im Hier und Jetzt: Der Ansatz der heutigen Psychoanalyse. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), Lindauer Texte: Beziehung im Fokus. Weiterbildungsfor- schung (S. 21–30). Berlin: Springer.
- Ermann, M. (2016). Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psy- choanalytischer Grundlage. (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jungclaussen, I. & Hauten, L. (2018). Psychodynamische Konfliktdiagnos- tik – Ein komplementäres Modell (KMK). Psychotherapeutenjournal , 17 (3), 225–234.
- Mentzos, S. (2002). Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodyna- mik der Psychosen. Forum der Psychoanalyse, 31 (4), 341–352.
- Rudolf, G. (2014). Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2017). Psychotherapeutische Medizin und Psy- chosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (8. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Wöller, W. (2022). Psychodynamische Psychotherapie. Lehrbuch der ressour- cenorientierten Praxis. Stuttgart: Schattauer.



Dr. Lars Hauten

mail@praxis-hauten.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Lars Hauten ist niedergelassener Psy- chologischer Psychotherapeut (TP/AP) in Berlin. Er ist Dozent, Supervisor, Selbsterfahrungsleiter und Vorstandsmitglied am ppt-Institut für Psychologische Psychotherapie. Zudem hat er diverse Lehraufträge und arbeitet als Psychotherapie-Gutach- ter (TP).



Prof. Dr. Ingo Jungclaussen

info@psy-dak.de

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen ist Diplom- Psychologe, Sonderpädagoge und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) in Köln. Er ist Gründer des Fortbildungsin- stituts und der E-Learning-Akademie für Psychodynamische Didaktik und als Gastdozent an verschiedenen Ausbildungsin- stituten sowie in freier Praxis tätig. Arbeits- und Forschungs- schwerpunkte sind neben dem Gutachterverfahren, dem Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie und der psychoanalytischen Konfliktdiagnostik die Entwicklung neuer didaktischer Formen in der Vermittlung der psychody- namischen Psychotherapie.

Psychotherapie gezielt ergänzen: Digitale Übungen zur Stärkung emotionaler Kompetenz

Evaluation mithilfe experimenteller Einzelfallstudien

Avelina Lovis-Schmidt, Elisa Scheler & Heiner Rindermann

Zusammenfassung: Emotionale Kompetenz, eine Ressource im Umgang mit aversiven Emotionen, kann über Programme nachhaltig gesteigert werden. Im Projekt „Fühlerei“¹ wurden Übungen für Einzelpersonen, Eltern und Liebespaare digitalisiert und nun mithilfe von experimentellen Einzelfallanalysen evaluiert. Die emotionale Kompetenz (Selbsteinschätzung) wurde mithilfe eines Multiple-Baseline-Designs (N = 67 Personen) erfasst. Übungen für Einzelpersonen waren erfolgversprechender ($d = 0.61$ bis $d = 1.01$) als für Eltern und Liebespaare ($d = 0.35$ bis $d = 0.87$). Hohe Erfolge zeigten sich bei konstanten (oder abfallenden) Baselines, niedrigem Kompetenz-Ausgangsniveau sowie bei steigender Übungsanzahl. Die erste Übungsversion scheint vielversprechend und die Erfolge sind mit Präsenz-Interventionen vergleichbar. Zuletzt werden Möglichkeiten für den begleitenden oder ergänzenden Einsatz der Übungen für Psychotherapie aufgezeigt.

Einleitung

Die Versorgungssituation von Patienten und Patientinnen mit psychischen Belastungen ist seit der Corona-Pandemie durch den Anstieg an Betroffenen in der Gesellschaft weiter in Missstand geraten (Geiger et al., 2023²; Rabe-Menssen, 2021). Bedarfsgerechte Ansätze zur Versorgungssicherung und Therapie-Unterstützung für eine stufenweise Versorgung vulnerabler Gruppen gewinnen an Bedeutung. Der Einsatz digitaler Programme kann den erschwerten Zugang zu einer Psychotherapie und die damit entstandene Versorgungslücke abpuffern und wird vermehrt für den Einsatz in Prävention und Psychotherapie diskutiert (Aydin & Fritsch, 2015; Geiger et al., 2023; Hahlweg et al., 2021). In der Metaanalyse von Barak et al. (2008) zeigten sich bei therapeutischen Online-Interventionen ähnliche Erfolge wie in Präsenz, konkret existieren jedoch wenig evidenzbasierte Online-Interventionen, die leicht zugänglich sind (Hahlweg et al., 2021). Es sollen folgend die digitalen Übungen aus dem Projekt „Fühlerei“ vorgestellt und evaluiert werden, welche die emotionale Kompetenzsteigerung zum Ziel haben. Es werden hierbei die Datensätze aus drei unabhängigen Einzelfallstudien zusammengefasst (Einzelpersonen, Eltern, Liebespaare). Die emotionale Kompetenz (folgend EK) spielt im Psychotherapiesetting eine entscheidende Rolle (Lammers & Berking, 2018), indem sie hilft, mit aversiven Emotionen umzugehen, und so Gesundheit zu fördern (Mikolajczak et al., 2015).

Die Bedeutung emotionaler Kompetenz für Gesundheit

EK umfasst das Erkennen, Verstehen, Regulieren und Ausdrücken von Emotionen – sowohl eigener als auch die anderer (Rindermann, 2009). Emotionale Kompetenz und Emotionale Intelligenz sind, obwohl sie oft gleichgesetzt werden, voneinander zu unterscheiden (Vaida & Opre, 2014). Emotionale Intelligenz beschreibt grundlegende Fähigkeiten über die Lebensspanne (Mikolajczak et al., 2009), also das maximale Können, welches häufig über Leistungstests gemessen wird. Emotionale Kompetenz hingegen zeigt typisches Verhalten in emotionalen Situationen, ist anwendungsbezogener und kann laut Studien altersunabhängig verbessert werden (Kotsou et al., 2011; Lovis-Schmidt, 2021; Nelis et al., 2011).

¹ <https://fuehlerei.de> – Dr. Avelina Lovis-Schmidt gründete 2022 die „Fühlerei“, eine Plattform, auf der digitale Übungen zur Steigerung der emotionalen Kompetenz niedrigschwellig angeboten wurden (aktuell in Überarbeitung). Aus diesem Praxisprojekt entstand aufgrund der vermehrten Nachfrage an der TU Chemnitz das Forschungsprojekt, in welchem daraufhin die Übungen evaluiert wurden (April bis September 2022).

Hinweis zu etwaigem Interessenkonflikt: Zur Reduktion einer möglichen Befangenheit wurden alle Evaluationsstudien stets von extern begleitet und geprüft – die Datensätze entspringen überwiegend aus Praktika von Studierenden sowie Bachelor- und Masterarbeiten, in denen die Daten bereits analysiert wurden. Im Rahmen des Forschungsprojektes und voraussichtlich wieder ab November 2024 werden die Übungen gratis angeboten, sodass durch die Teilnahme an den Evaluationsstudien kein Vorteil für Frau Lovis-Schmidt entsteht. 2 Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Das Trainieren der EK bewirkt neben direkter Kompetenzsteigerung auch höhere Stressbewältigungskompetenzen ($d = 1.34$, Kotsou et al., 2011), die häufigere Anwendung adaptiver Copingstrategien (Kotsou et al., 2011; Mikolajczak et al., 2015) sowie qualitativ hochwertigere soziale Interaktionen und höhere Lebenszufriedenheit ($d = 0.62$, Kotsou et al., 2011). Mit gestärkter EK können diverse psychische und physische Symptome verringert werden (Pallich et al., 2020), beispielsweise Burnout ($r = -.58$), Depressionen ($r = -.47$; Davis & Humphrey, 2012) oder Krankheitssymptome ($d = 1.18$, Lovis-Schmidt, 2021), was für die gesundheitliche Versorgungspraxis bedeutsam ist.

Zielgruppen für Programme zur Steigerung emotionaler Kompetenzen

EK betrifft selten nur eine Person allein, sondern ist oft in komplexe soziale Strukturen eingebunden. Der systemische Ansatz adressiert diese Vielschichtigkeit, indem er Probleme in Subsystemen betrachtet und verschiedene Personengruppen wie Eltern und Liebespaare anspricht (Von Schlippe & Schweitzer, 2019). Bisher gibt es zwar evaluierte Trainings für Einzelpersonen sowie für Eltern und Liebespaare, jedoch fehlt eine digitale und ganzheitliche Intervention zur Stärkung emotionaler Kompetenz, welche spezifische Inhalte sowohl für Einzelpersonen als auch für andere Zielgruppen anbietet (bspw. Hahlweg et al., 2021).

Umsetzung der Intervention

Die digitalen Übungen im Projekt „Fühlerei“ richten sich an Einzelpersonen sowie an Eltern und Liebespaare und unterstützen die Übungen in spezifischen Themenschwerpunkten rund um EK. Die Inhalte orientieren sich an etablierten Programmen:

Die **Übungen für Einzelpersonen** orientieren sich an den Inhalten des TEK nach Berking (Berking, 2017, bspw. Psychoedukation, Alltagstransfer, Bewältigungsstrategien, Atemtechniken, Selbstunterstützung, bewertungsfreie Wahrnehmung, Muskelentspannung, Analysieren und viele mehr).

Die **Übungen für Eltern**, die nicht nur die eigene Kompetenzsteigerung, sondern auch die ihrer Kinder zum Ziel haben, adressieren Inhalte, wie sie bereits in den Programmen *Triple P (Positive Parenting Program)* oder *Tuning into Kids* etabliert sind: Kommunikation, Bedürfnisse, Einfühlung und Perspektivwechsel sowie eigene emotionale Aufarbeitung (Nowak & Heinrichs, 2008; Weiss & Lösel, 2014).

Die **Übungen für Liebespaare** greifen insbesondere dyadisches Coping auf (Milek & Bodenmann, 2020), wie Stressbewältigung, Konfliktaufarbeitung, Bedürfnisse und Kommunikation. Während des Corona-Lockdowns konnten bei Liebespaaren vielversprechende Erfolge bereits nach sehr kurzen Online-Interventionen gezeigt werden (Rodriguez et al., 2021).

In einer Vorstudie wurden die Übungen anhand eines in Präsenz stattfindenden Gruppentrainings geprüft (Lovis-Schmidt, 2021). Das Gruppentraining adressierte ebenfalls die ganzheitliche Förderung von EK und Gesundheit unter Rückgriff etablierter Übungen, wie etwa Glaubenssätze modulieren und kognitive Umstrukturierung, Bedürfnisidentifikation, Stärkung sozialer Ressourcen, Biographiearbeit mithilfe von Imaginationsübungen und viele mehr (mehr dazu in Doktorarbeit von Lovis-Schmidt, 2021, Studie 3). Neben Übungsinhalten überschneiden sich die Gruppenleitung, verwendete Messinstrumente und größtenteils auch Stichprobenmerkmale, wie etwa der Bildungshintergrund. Klare Unterschiede finden sich (1) hinsichtlich der Durchführung: die Vorstudie fand in Präsenz statt, die vorliegende Intervention digital, lediglich mit Instruktion im Video, ohne parallele Betreuung; (2) hinsichtlich des Zeitumfangs: die Vorstudie umfasste ein Training von 15 Zeitstunden, die vorliegende Intervention bestand aus ein bis dreistündigen Übungen; (3) hinsichtlich der Gruppengröße: das Programm der Vorstudie schloss 9 bis 17 Teilnehmende pro Kurs ein, die vorliegende Intervention wurde allein oder zu zweit mit einer nahestehenden Person absolviert. Das Gruppentraining der Vorstudie erzielte mittlere bis hohe Kompetenzsteigerung und hohes Potential, körperliche Beschwerden zu reduzieren ($d = 0.50$ bis $d = 1.26$). Daher erscheint der gezielte Einsatz der digitalen Übungen in der Psychotherapie sinnvoll, sei es zur Überbrückung von Wartezeiten, für Hausaufgaben oder den Einbezug nahestehender Personen in den Therapieprozess.

Ziele der Studie und Hypothesen

Mithilfe der vorliegenden Einzelfallstudie soll ein erster Eindruck über die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit entstehen (siehe Hypothesen 1 und 2).

Hypothesen 1 und 2: Die digitalen Übungen sind wirksam und zeigen einen Anstieg emotionaler Kompetenz ein paar Tage nach der Teilnahme (kurzfristige Effekte, H1) sowie einen Monat später (längerfristige Effekte, H2).

Es wurde zudem untersucht, welche Zielgruppe von den Übungen besonders profitiert. Erste Annahmen deuten darauf hin, dass Einzelübungen erfolgreicher sein könnten, da die Eigenverantwortung für Veränderungen höher ist. Andererseits könnte die Beteiligung einer Person aus dem Subsystem größere Erfolge versprechen, wenn das Gelernte gemeinsam im Alltag erprobt wird. Aufgrund der lückenhaften Forschungslage wurde eine explorative Vorgehensweise gewählt.

Hypothese 3: Die Übungen eignen sich für spezifische Zielgruppen (Einzelpersonen, Eltern, Liebespaare) unterschiedlich gut (H3, explorativ).

Zudem wurden Moderatoranalysen durchgeführt, um die Zusammenhänge auf detaillierter Ebene besser zu verstehen. Neben personenbezogenen Variablen sollen auch methodische Variablen einbezogen werden, die sich in früheren Arbeiten als lohnenswert erwiesen haben:

- (4_a) das Ausgangsniveau der emotionalen Kompetenz (Kotsou et al., 2011),
- (4_b) die Veränderung der Baseline (Kazdin, 2019) und
- (4_c) die Anzahl der Übungen (Hodzic et al., 2018).

Hypothese 4: Je geringer das *Ausgangsniveau der emotionalen Kompetenz*, desto größer der *Interventionserfolg* (H4_a). *Interventionserfolg* wird nur bei Personen mit konstanter oder abfallender *Baseline* angenommen (H4_b). Je höher die *Übungsanzahl*, desto größer der *Interventionserfolg* (H4_c).

Methoden

Die experimentelle Einzelfallanalyse

Einzelfallanalysen sind in der Forschung selten, obwohl sie insbesondere im klinischen Kontext mit begrenzten Ressourcen aussagekräftige Daten liefern können (Barlow & Nock, 2009). Das Design beinhaltet Baseline- (Phase ohne Intervention) und Interventionsphasen, in denen die abhängige Variable (AV) – hier EK – erfasst wird (Kazdin, 2019). Idealerweise zeigen sich während der Baseline keine Veränderungen. Hingegen sollte die Intervention eine Erhöhung der EK bewirken. Das angewandte „Multiple-Baseline-Design“ ermöglicht eine Randomisierung der Baseline-Zeiten (Startzeit und Dauer), um Lerneffekte zu minimieren. Durch die Randomisierung können mögliche Störvariablen identifiziert werden, was erste Vermutungen für Kausalschlüsse ermöglicht.

Ablauf und Durchführung der Online-Studie

Die Ethikkommission der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Technischen Universität Chemnitz genehmigte das Forschungsvorhaben nach ethischer und rechtlicher Prüfung (Antragsnummer: 101535005). Die Daten wurden von April bis September 2022 über einen Online-Fragebogen auf der Plattform LimeSurvey erfasst. Die Teilnahme dauerte zwischen zwei Wochen und drei Monaten. Der Zeitaufwand für eine Sitzung mit einer Übung variierte zwischen 40 und 75 Minuten, wovon 10 bis 15 Minuten für den Fragebogen investiert wurden.

Zum Zwecke der Rekrutierung wurden E-Mail-Verteiler der Universität, soziale Netzwerke, öffentlich zugängliche Kontaktdaten von Internetseiten (Ärzteverbände, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten etc.) und E-Mail-Verteiler der Krankenkassen genutzt. Die Studie richtete sich insbesondere an gesunde Erwachsene. Es erfolgte vorab eine schriftliche Aufklärung über die Studienteilnahme und deren Ziele. Den Personen entstanden durch ihre Teilnahme keine Nachteile. Sie konnten selbst entscheiden, welche Übungen sie durchführten und wie viele. Eine Aufwandsentschädigung erhielten Studierende der Fächer Psychologie oder Sensorik und kognitive Psychologie in Form von Versuchspersonenstunden.

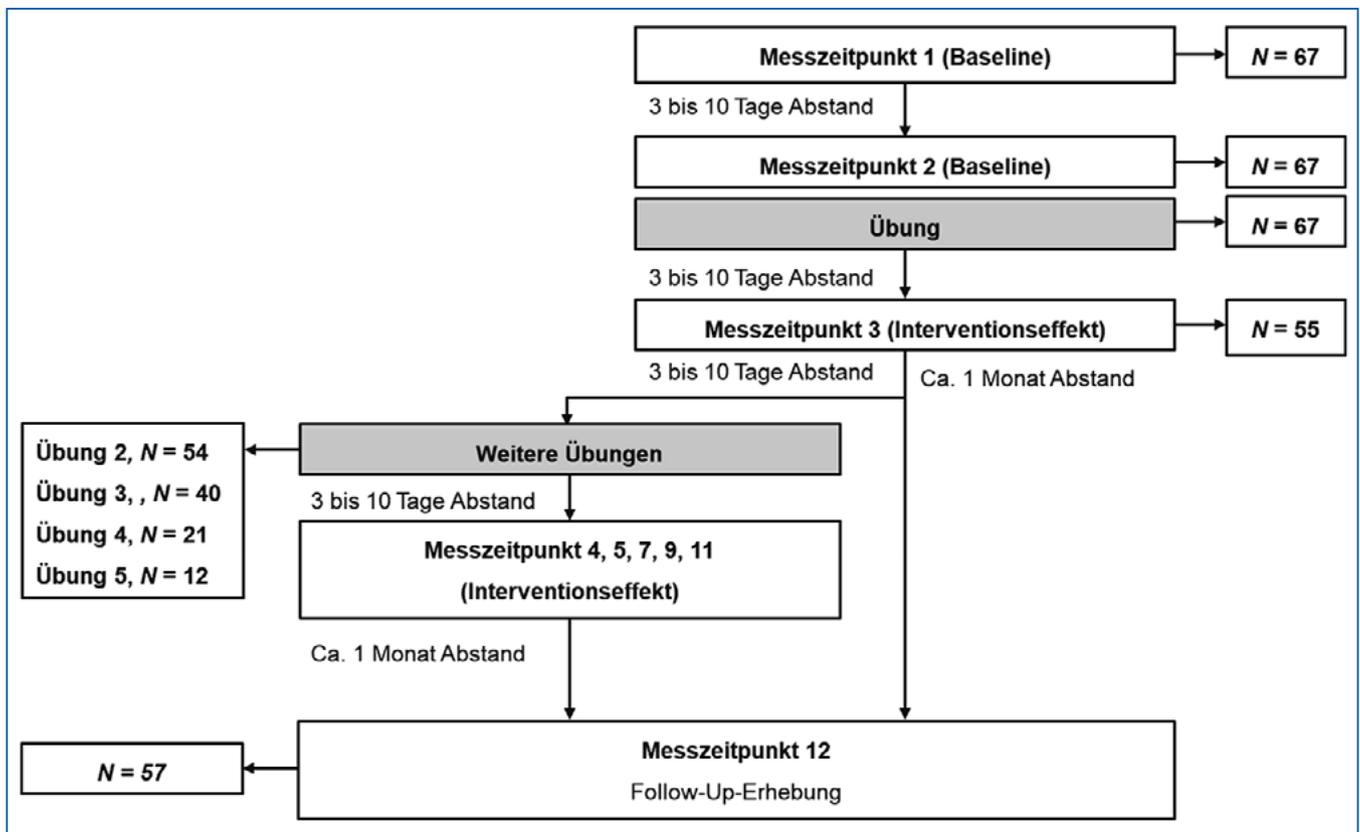


Abbildung 1: Ablauf der Untersuchung

Zielgruppe	N	Alter	Geschlecht		Übungsanzahl	EK zu T1
		M (SD)	w (%)	m (%)	M (SD)	M (SD)
EP	30	25.17 (8.98)	83.33	16.67	3.17 (1.26)	2.49 (0.58)
Eltern	21	39.38 (4.57)	90.48	9.52	3.05 (1.66)	3.55 (0.46)
Paare	16	23.25 (3.94)	87.5	12.5	2.25 (0.77)	3.41 (0.45)
Gesamt	67	29.16 (9.71)	86.57	13.43	2.91 (1.35)	3.04 (0.71)

Tabelle 1: Deskriptive Statistik der Zielgruppen

Anmerkung: EP = Einzelpersonen, EK = Emotionale Kompetenz, T1 = erster Messzeitpunkt

Konkreter Ablauf und Beschreibung der Stichprobe

Abbildung 1 visualisiert den Verlauf der drei Erhebungen (für alle Zielgruppen gleich). Nach dem Ausfüllen eines allgemeinen Fragebogens wurden die Personen den drei Zielgruppen zugewiesen. Der darauffolgende Fragebogen lieferte die Prä-Werte der zu erfassenden Konstrukte als ersten Baseline-Punkt. Anschließend wählten die Personen eine von fünf Übungen aus. Etwa drei Tage später erhielten sie einen Link zum nächsten Fragebogen (zweiter Baseline-Punkt) und zu einer daran anschließenden Übung. Die erste Baseline dauerte zwischen drei und zehn Tagen. Direkt in Anschluss an das zweite Fragebogen-Ausfüllen sollte die erste Übung bearbeitet werden. Nach jeder Übung hatten die Personen drei Tage Zeit, das Gelernte im Alltag anzuwenden, bevor sie ein weiteres Mal die Fragen beantworteten (Interventionszeitpunkt 1). Dieser Ablauf wiederholte sich bis zu vier weitere Male, je nach Anzahl bearbeiteter Übungen. Die Follow-up-Erhebung fand einen Monat nach der zuletzt durchgeführten Übung statt. Der randomisierte Zeitpunkt der Einladungen und die selbstständige Entscheidung über den Start der Umfrage und Übungen führte zu einem zufälligen Beginn der Baseline- und Interventionsphasen. Es wurden alle Personen in die Untersuchung einbezogen, welche mindestens eine Übung bearbeiteten (siehe Abbildung 1). Mit dieser Methode konnten Datensätze von $n_1 = 30$ Einzelpersonen, $n_2 = 21$ Elternteilen, $n_3 = 16$ Liebespaaren erfasst werden (siehe Tabelle 1).

In jeder Zielgruppe finden sich ausreichend Personen, sodass Aussagen über Baseline und jeweilige Veränderung getroffen werden können (>15). Entsprechend der Erwartungen liegt das Durchschnittsalter der Eltern höher als in den anderen beiden Zielgruppen. Es nahmen deutlich mehr Frauen teil als Männer, wobei aus den Paarübungen lediglich die Veränderung von einer Person eingeschätzt wurde. Im Schnitt bearbeiteten die Personen etwas weniger als drei Übungen; Paare deutlich weniger als Einzelpersonen. Am höchsten ausgeprägt (zu T1) war die EK der Eltern.

Konzipierung der Fragebögen und Erfassung relevanter Variablen

Für die Evaluation wurden ein allgemeiner und ein spezifischer Fragebogen entworfen. Beide enthielten Datenschutzhinweise und erfragten individuelle Versuchspersonencodes, um Daten über die Messzeitpunkte zu verknüpfen und Anonymität zu wahren. Der allgemeine Fragebogen sammelte demografische Daten wie Geschlecht, Alter und Beziehungsstatus. Kontaktinformationen wurden separat erhoben. Die Forschungsvariablen wurden in einem weiteren Fragebogen (bei jedem Messzeitpunkt identisch) mittels etablierter Skalen (s. u.) erfasst. Dabei wurden Kurzskalen oder ausgewählte aussagekräftige Items zur Effizienzsteigerung verwendet. Die zeitökonomische Teilnahme sollte eine wiederholte, zuverlässige Datenakquise ermöglichen.

Der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF; Rindermann, 2009) diente zur Erhebung der EK. Der Test beinhaltet sechs Skalen: *Erkennen eigener und fremder Emotionen*, *Emotionale Expressivität* und *Regulation und Kontrolle* sowie *Umgang mit Emotionen bei anderen* und *Einstellungen zu Emotionen*. Die interne Konsistenz liegt im Schnitt bei $\alpha = .91$. Die Skalen lassen sich faktorenanalytisch gut unterscheiden. Es bestehen hohe Zusammenhänge zwischen den Subskalen, wie beispielsweise zwischen Regulation und Erkennen von Emotionen ($r = .52$, Rindermann, 2009).

Ergänzt wurde der EKF um sieben Items des Fragebogens zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008), welcher relevante Kompetenzen für eine erfolgreiche Emotionsregulation erfasst: Aufmerksamkeit, Klarheit, Körperwahrnehmung, Verstehen, Akzeptanz, Resilienz, Selbstunterstützung, Konfrontationsbereitschaft und Regulation (interne Konsistenz $\alpha = .90$, Gesamtskala; Retest-Reliabilität $r_{tt} = .75$ nach zwei Wochen). Die Kriteriumsvalidität ließ sich durch Korrelationen zu anderen Maßen bestätigen, etwa Wohlbefinden und psychische Gesundheit.

Weitere Items bezogen sich auf Durchführungsbedingungen während der Fragebogen- oder Übungsbearbeitung und die weitere Übungsauswahl. Durch ein offenes Antwortformat konnte Feedback gegeben werden. Alle Items wurden mittels 5-stufiger Likertskala erfasst (1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 5 = *stimme voll und ganz zu*).

Zielgruppe	Übungsname	Schwerpunkte EK	Dauer	N
Einzelpersonen	Gefühle und Benennung	Emotionserkennung, Kommunikation	30	16
	Bedürfnisbarometer	Bedürfnisorientierung, Emotionserkennung, Ausdruck	60	16
	Glaubenssätze	Emotionsregulation, kognitive Umstrukturierung	60	21
	Stressanzeichen erkennen	Emotionale Klarheit, Emotionsregulation	40	19
	Soziale Kontakte fördern	Emotionale Klarheit, Ressourcen	40	18
Eltern mit Kindern von 6 bis 12 Jahren	Gemeinsam Ziele erreichen	Emotionale Klarheit, Kommunikation, SWK	45	12
	Selbstständigkeit der Kinder	Emotionserkennung, Emotionsregulation	45	14
	Selbstfürsorge im Alltag	Ressourcen, Emotionsregulation	60	12
	Umgang mit Bedürfnissen	Bedürfnisorientierung, Emotionserkennung, Ausdruck	60	13
	Umgang mit unangenehmen Gefühlen	Bedürfnisorientierung, Emotionsregulation	45	18
Liebespaare	Kommunikation: Zuhören	Emotionsausdruck, Empathie	60	8
	Bedürfnisse äußern und aufnehmen	Bedürfnisorientierung, Emotionserkennung, Ausdruck, Empathie	60	7
	Sexualität	Emotionsausdruck, Intimität	45	8
	Kränkungen loslassen und Verzeihen	Emotionserkennung, Emotionsregulation	50	6
	Umgang mit Stress	Bedürfnisorientierung Ressourcen, Emotionserkennung	60	7

Tabelle 2: Beschreibung der Übungen

Anmerkung: SWK = Selbstwirksamkeit; Dauer in Minuten; N = Personenanzahl je Übung

Beschreibung der Intervention: Die digitalen Übungen

Aus über 80 Übungen zur EK-Steigerung wurden per Zufallsprinzip fünf Übungen je Zielgruppe für die erste Evaluation ausgewählt (siehe Tabelle 2). Die Übungen sind 30- bis 60-minütige Videos, in denen die Personen schrittweise angeleitet werden. Die Übungen beginnen mit einer kurzen Psychoedukation der wichtigsten Inhalte. Darauf folgt der praktische Hauptteil, in welchem die Person Aufgaben bearbeiten und Fragen schriftlich auf einem Zettel beantworten soll, in einer dafür vorgesehenen Zeit von etwa zwei bis sieben Minuten. Abschließend reflektiert die Person das Gelernte mithilfe von Meditationen, Schreibaufgaben oder Zielformulierungen, um es entsprechend in den Alltag zu integrieren.

Für jede Zielgruppe gibt es unterschiedliche Übungen, die sich insbesondere in Instruktionen und mitunter auch im inhaltlichen Schwerpunkt unterscheiden. Zentral in den Übungen aller Zielgruppen ist es, den Zusammenhang zwischen Gefühlen und Bedürfnissen zu verstehen, eigene Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und zu identifizieren (bspw. Gefühle und Benennung). Zusätzlich wird mit kognitiver Umstrukturierung gearbeitet, um die mithilfe von Selbstreflexion erkannten irrationalen Überzeugungen und unangenehmen Emotionen aufzulösen (bspw. Übung Glaubenssätze).

In den Übungen für Einzelpersonen werden diese allein bearbeitet. Themen der Einzelübungen umfassen das Erkennen von Stressanzeichen, Förderung sozialer Kontakte, Erstellung eines Bedürfnisbarometers, Erspüren von Gefühlen und Benennung dieser und Erkennen und Modulieren von Glaubenssätzen.

Übungen für Eltern werden von einem und/oder beiden Elternteilen bearbeitet und verfolgen die Ziele, eigene emotionale Kompetenzen sowie die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern (bspw. Umgang mit Bedürfnissen). Hierbei werden Altersphasen der Kinder unterschieden, um jeweilige Entwicklungsaufgaben von Kindern und Eltern einzubeziehen. Evaluiert wurden hier die Übungen für Eltern mit Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren. Thematische Unterschiede hinsichtlich der Altersphasen umfassen das gemeinsame Erreichen von Zielen, Identifikation und Ausdruck von Bedürfnissen und Orientierung im Alltag, Umgang mit unangenehmen Gefühlen, Selbstfürsorge im Alltag sowie Förderung der kindlichen Selbstständigkeit.

Übungen für Liebespaare werden stets zu zweit durchgeführt. Im Dialog lernen die Paare emotionale Offenheit, Perspektivwechsel und Einfühlung. Thematische Inhalte der Übungen umfassen Zuhören in der gemeinsamen Kommunikation, das Äußern und Aufnehmen von Bedürfnissen, die Thematisierung von Sexualität, das Loslassen und Verzeihen von Kränkungen sowie der Umgang mit Stress in der Liebe

(dyadisches Coping). Möglicherweise besteht bereits in der Verabredung eine Hürde für die Bearbeitung der Übung und demnach ein Selektionseffekt (siehe auch Diskussionsteil).

Datenanalyse

Zur genaueren Einordnung der Ergebnisse bieten sich für Einzelfallanalysen neben der visuellen Auswertung auch Effektstärken mit paralleler Berichterstattung der Konfidenzintervalle an. Dafür wurden Mittelwerte aus der Skala zu EK berechnet. Weiterhin wurden Differenzwerte ermittelt, indem die Werte des späteren Messzeitpunkts vom vorherigen subtrahiert wurden (Wert größer Null bildet positive Veränderung ab). Als Effektstärke dient Cohen's d zur Ermittlung eines Unterschieds, mit drei verschiedenen Mittelwertvergleichen: 1) zwischen Gruppen zu einem Messzeitpunkt (d), 2) zwischen Zeitpunkten innerhalb einer Gruppe (d_{inn}) unter Korrektur der Standardabweichung nach Morris und DeShon (2002) und 3) zwischen Gruppen unter Korrektur von Vortestunterschieden (Differenz aus Hedges g von Prä- und Postmessung, gemäß Klauer, 2001). Die Effekte werden nach den gängigen Konventionen interpretiert (Effekte mit 0.2 = klein, 0.5 = mittel, ab 0.8 = hoch).

Ergebnisse

Auswertung aller Versuchspersonen (H1 und 2)

Die ersten beiden Hypothesen bezogen sich auf die Wirksamkeit über alle Versuchspersonen hinweg, kurzfristig (1) wie auch längerfristig, einen Monat nach Bearbeitung der Übungen (2). Obwohl die EK-Werte über die Zeit ansteigen, zeigte sich kein signifikanter Erfolg, mit kleinem Effekt ($d = 0.23$, 95 % KI [-0.13, 0.58]).

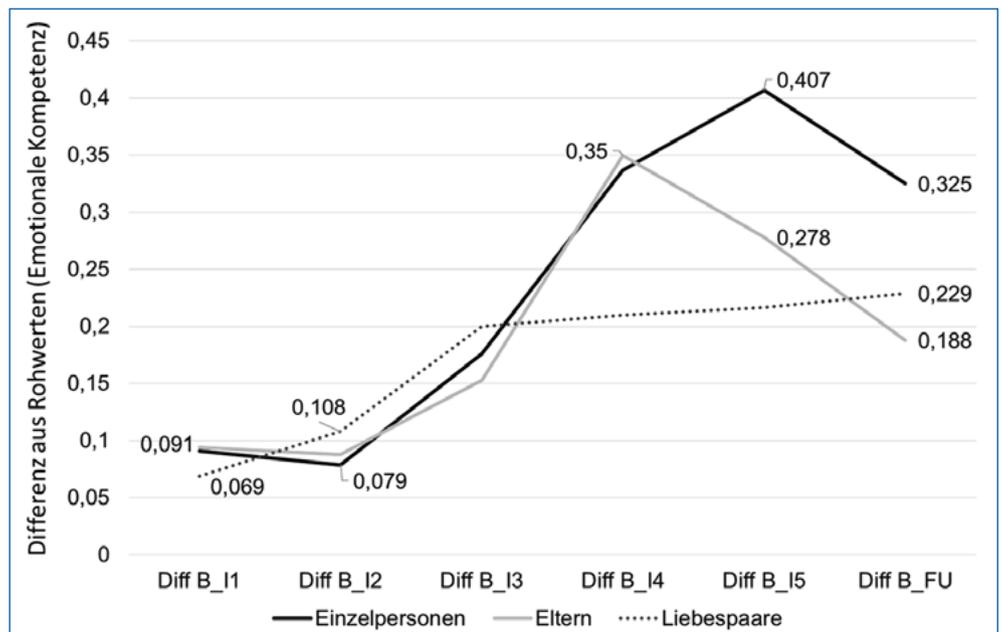


Abbildung 2: Erfolg nach Zielgruppe

Anmerkungen: Y-Achse: Differenz aus Rohwerten der Emotionalen Kompetenz, Hohe (positive) Differenzen = positive Veränderung der emotionalen Kompetenz. X-Achse: Entwicklung über die Zeit, Differenzen (Diff) zwischen der Baseline (B) und den Interventionsphasen (I) 1 bis 5 (sowie Follow up, FU)

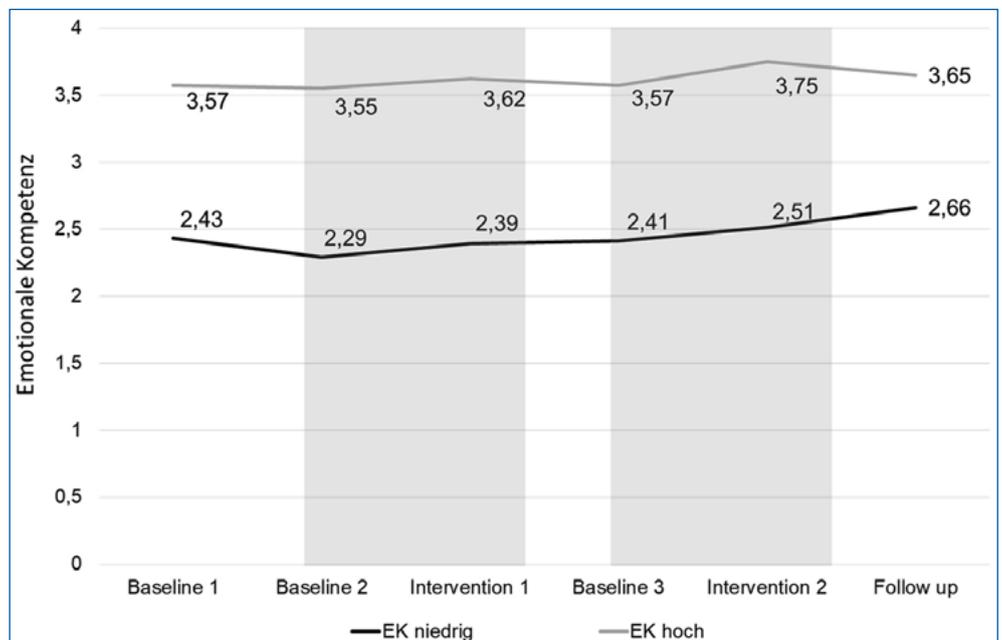


Abbildung 3: Moderatoranalyse: Ausgangsniveau der emotionalen Kompetenz.

Anmerkungen: Einteilung der Personen in zwei Gruppen mithilfe eines Cut-Off-Wertes von 3, EK niedrig zum ersten Messzeitpunkt ($N = 31$) und „EK hoch“ ($N = 36$). Y-Achse: Emotionale Kompetenz von 0 (= niedrige EK) bis 4 (= hohe EK); X-Achse: Entwicklung über die Zeit, mit drei Baseline-Punkten und zwei Interventionsphasen, Follow-up einen Monat nach Teilnahme; grau hinterlegt sind die Interventionsphasen (Anstieg der Werte vermutet)

Erfolg nach Zielgruppe (H3)

Zur Untersuchung zielgruppenspezifischer Erfolge wurde die Differenz aus Baseline und den fünf Interventionspunkten je Zielgruppe errechnet und graphisch in Abbildung 2 dargestellt.

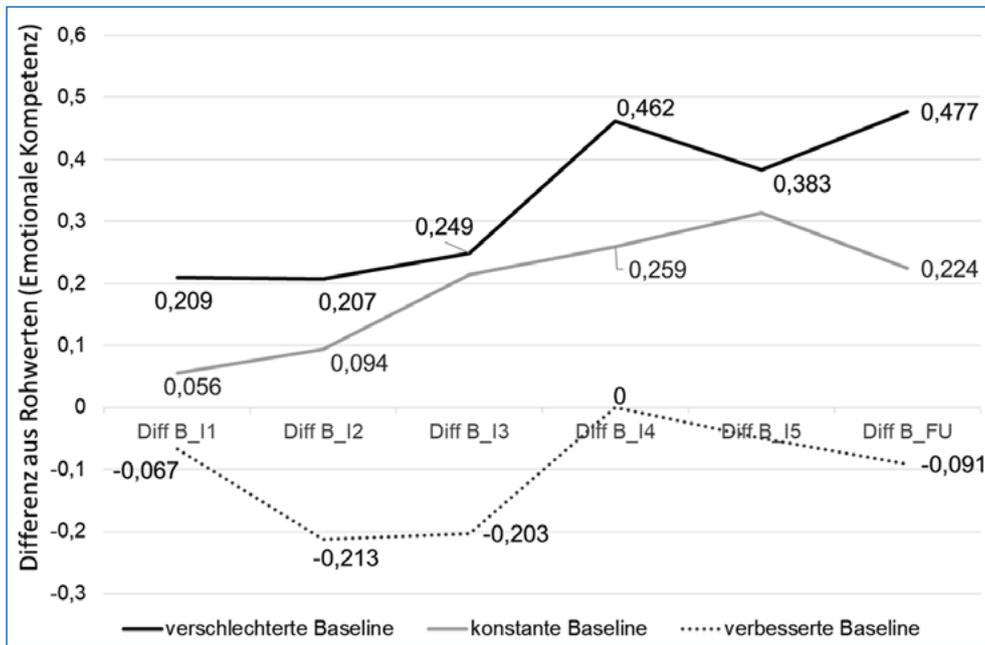


Abbildung 4: Erfolg nach Veränderung der Baseline
 Anmerkungen: Y-Achse: Differenz aus Rohwerten der Emotionalen Kompetenz, Hohe (positive) Differenzen = positive Veränderung der emotionalen Kompetenz; X-Achse: Entwicklung über die Zeit, Differenzen (Diff) zwischen der Baseline (B) und den Interventionsphasen (I) 1 bis 5 (sowie Follow up, FU)

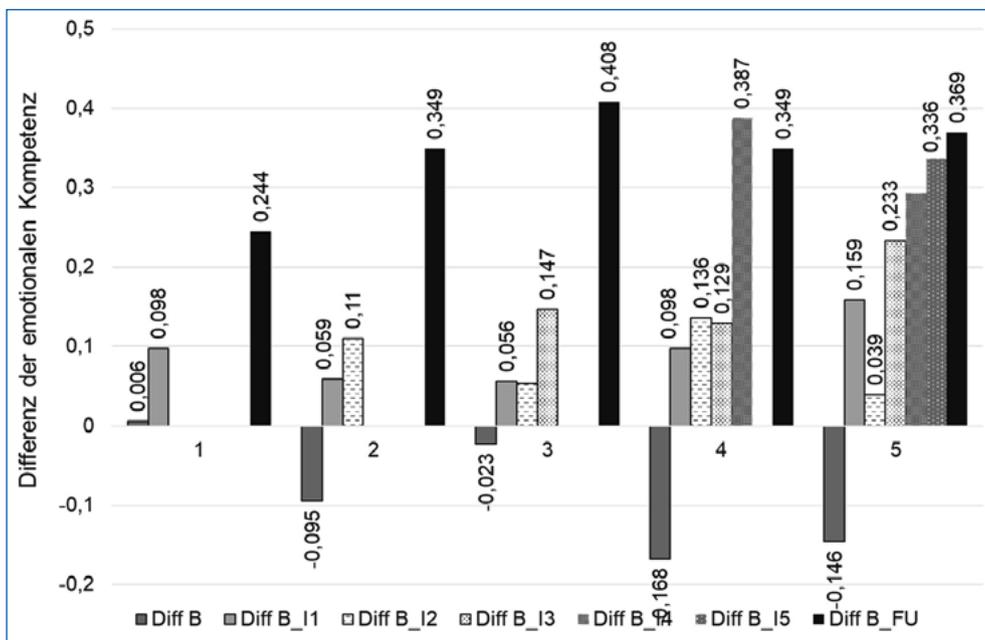


Abbildung 5: Moderatoranalyse: Anzahl der bearbeiteten Übungen
 Anmerkungen: Y-Achse: Differenz aus Rohwerten der Emotionalen Kompetenz, hohe (positive) Differenzen = positive Veränderung der emotionalen Kompetenz; X-Achse: Personen, die genau eine bis fünf Übungen bearbeitet haben. Balken repräsentieren die Entwicklung über die Zeit, Differenzen (Diff) zwischen der Baseline (B) und den Interventionsphasen (I) 1 bis 5 (sowie Follow up, FU)

Aus der Abbildung ist zu erkennen, dass es größere Unterschiede erst nach der dritten Übung zu geben scheint. Während sich für Liebespaare über die Zeit keine gravierende Änderung abbilden lässt, steigt die emotionale Kompetenz für Eltern und Einzelpersonen an. Am erfolgreichsten waren die Übungen für Einzelpersonen, besonders nach der fünften Übung ($d_{inn} = 1.01$, 95 % KI [0.10, 1.92]) und stabil auch

über die Zeit eines Monats ($d_{inn} = 0.61$, 95 % KI [0.09, 1.13]). Bei Eltern gab es die größte Veränderung nach der dritten Übung ($d_{inn} = 0.87$, 95 % KI [0.09, 1.66]), mit einem Fade-out-Effekt einen Monat später ($d_{inn} = 0.35$, 95 % KI [-0.32, 1.02]). Eine Tendenz zeigt sich auch bei Liebespaaren, mit konstantem Zuwachs emotionaler Kompetenz, der jedoch statistisch nicht bedeutsam ist ($d_{inn} = 0.59$, 95 % KI [-0.18, 1.14]).

Moderatoranalysen (H4)

Die Moderatoranalysen zeigten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters oder des Geschlechts. Annahme der Hypothese H4_a war, dass Personen mit einem höheren Ausgangsniveau der emotionalen Kompetenz weniger von den Übungen profitieren als Personen mit niedrigerem Niveau. Um zwei annähernd gleich große Gruppen zu bilden, wurden die Personen mithilfe des Cut-Off-Wertes von $M = 3.00$ den Gruppen „EK niedrig“ ($N = 31$) und „EK hoch“ ($N = 36$) zugeteilt. In Abbildung 3 werden die Mittelwerte über die Zeit dargestellt. Die inferenzstatistische Überprüfung zeigte einen signifikanten Unterschied innerhalb der Gruppe „EK niedrig“ mit $d_{inn} = 0.78$, 95 % KI [0.26, 1.30] zwischen der Baseline und der Follow-up-Messung. In der Gruppe „EK hoch“ konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($d_{inn} = 0.27$, 95 % KI [-0.23, 0.78]). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist unter Berücksichtigung der Vortestunterschiede mittelgroß ($d_{korr} = 0.47$).

Weiterhin sollte untersucht werden, ob der Erfolg der Übungen von der Veränderung der Baseline abhängt (H4_b). Dabei werden drei ähnlich große Gruppen unterschieden, 1 = Verschlechterung der Baseline (Differenz der Baselines 2 und 1

zwischen -5 bis -0.2 , $N = 20$), $2 =$ konstante Baseline (Differenz zwischen -0.2 und 0.2 , $N = 29$) und $3 =$ Verbesserung der Baseline (Differenz zwischen 0.2 und 5 , $N = 11$). Zwischen den drei Gruppen sind große Unterschiede zu erkennen (siehe Abbildung 4). Die größte Steigerung emotionaler Kompetenz erlebte die Personengruppe mit abfallender Baseline ($d_{\text{inn}} = 0.84$, 95 % KI [0.21, 1.48]). Steigerungen innerhalb der Gruppe mit konstanter Baseline sind ebenfalls signifikant ($d_{\text{inn}} = 0.56$, 95 % KI [0.06, 1.07]). Die Personen, die bereits vor der Intervention erhöhte Kompetenzen berichteten, profitieren nicht von der Intervention ($d_{\text{inn}} = -0.10$, 95 % KI [-1.01, 0.81]).

Nach der letzten Hypothese sollte mit steigender Anzahl an bearbeiteten Übungen auch der Interventionserfolg ansteigen ($H4_c$). Dazu sind die Personen in fünf Gruppen mit ähnlicher Größe eingeteilt worden ($n = 9$ bis 19). Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 zu sehen.

Der erste Balken in der Abbildung zeigt die Differenz in der Baseline, wobei je Gruppe größere Vortestunterschiede zu erkennen sind. Der letzte Balken (schwarz) verdeutlicht die Follow-up-Messung. Ein kurzfristiger Erfolg in der Gruppe mit einer Übung blieb aus, jedoch mit Erfolgstendenz nach einem Monat ($d = 0.54$, 95 % KI [-0.61, 1.69]). Ähnliche Ergebnisse offenbart die Gruppe mit zwei absolvierten Übungen ($d = 0.58$, 95 % KI [-0.45, 1.62]), mit etwas höheren Erfolgstendenzen nach einem Monat ($d = 0.81$, 95 % KI [-0.32, 1.94]). Die Gruppe mit drei absolvierten Übungen zeigt nach drei Übungen keine signifikanten Erfolge ($d = 0.52$, 95 % KI [-0.39, 1.44]), langfristig etwas höher, jedoch weiterhin nicht signifikant ($d = 0.74$, 95 % KI [-0.19, 1.67]). Innerhalb der Gruppe, die vier Übungen absolvierte, wurde im Vergleich der Baseline mit der dritten ($d = 0.97$, 95 % KI [-0.47, 2.27]) und der vierten Übung ($d = 1.40$, 95 % KI [-0.06, 2.86]) eine Erfolgstendenz berechnet, die langfristig statistisch bedeutsam war ($d = 1.88$, 95 % KI [0.31, 3.45]). Signifikant wurden die Unterschiede in der Gruppe mit fünf Übungen. Hier lag der Erfolg nach drei Übungen bei $d = 1.60$ (95 % KI [0.24, 2.96]), bei vier Übungen bei $d = 1.68$ (95 % KI [0.31, 3.06]), bei fünf Übungen bei $d = 1.92$ (95 % KI [0.49, 3.35]) und langfristig $d = 1.36$ (95 % KI [0.05, 2.68]).

Diskussion

Die vorliegende Studie evaluierte verschiedene digitale Übungen zur Steigerung der emotionalen Kompetenz. Durch experimentelle Einzelfalldesigns sind Veränderungen innerhalb von Personen ersichtlich und stabile Aussagen trotz geringer Stichprobe möglich. Über alle Versuchspersonen hinweg ($N = 67$) konnte kurzfristig ($H1$) wie auch längerfristig (nach einem Monat, $H2$) nur eine Erfolgstendenz ($d = 0.23$) gemessen werden, weshalb $H1$ und $H2$ nicht bestätigt werden können. Gründe dafür könnten darin liegen, dass die Übungen für die verschiedenen Zielgruppen unterschiedlich effektiv oder die Zielgruppen unterschiedlich sensibel für eine emotionale Veränderung sind, wodurch sich die Änderungen weniger gut

mithilfe eines Mittelwerts abbilden lassen (siehe auch Hypothesen 3 und 4 zu zielgruppenspezifischen Effekten und der Moderation um EK-Ausgangsniveau). Zudem könnte angezweifelt werden, auch in Anlehnung an andere Interventionsstudien, die einen weitaus längeren Zeitraum untersuchen (bspw. *Kotsou et al., 2011; Lovis-Schmidt, 2021*), ob die Transferarbeit und Routinisierung des Gelernten innerhalb eines Monats abbildbar ist oder sich Erfolge erst nach mehreren Monaten zeigen. Über einen Monat hinweg deutete sich ein Anstieg der Werte an, mit womöglich steigender nachhaltiger Wirksamkeit. Das Training der Vorstudie (*Lovis-Schmidt, 2021*) zeigte stabile Effekte über sechs Monate, das von *Kotsou et al. (2011)* über ein Jahr. Zukünftig sollte der zeitliche Verlauf von Effekten und die Implementationsdauer emotionaler Kompetenzen im Alltag untersucht werden.

Weiterhin waren die Übungen für Einzelpersonen effektiver als für die beiden anderen Zielgruppen. Bei Einzelpersonen zeigten sich gesteigerte Kompetenzen nach der fünften Übung ($d_{\text{inn}} = 1.01$), stabil auch einen Monat später ($d_{\text{inn}} = 0.61$). Eltern berichten die höchsten Erfolge bereits nach der dritten Übung ($d_{\text{inn}} = 0.87$), jedoch ohne Stabilität nach einem Monat ($d_{\text{inn}} = 0.35$, n. s.). Grund dafür, dass Eltern bereits signifikante Verbesserungen nach der dritten Übung berichten, könnte darin liegen, dass Eltern oft eine erhöhte Motivation und Änderungsbereitschaft aufzeigen, da sie nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihre Kinder eine Vorbildfunktion und ein erhöhtes Verantwortungsbewusstsein haben. Der Fade-Out-Effekt könnte damit erklärt werden, dass Eltern neben den alltäglichen Aufgaben die Inhalte nur schwer etablieren können und der Erfolg stets auch von anderen Personen, wie etwa dem anderen Elternteil oder dem Kind, abhängig ist. Einzelpersonen hingegen brauchen vielleicht etwas länger, um sich zu motivieren und zu öffnen, jedoch bleiben die Effekte über die Zeit stabil. Der hohe Erfolg bei Einzelpersonen könnte auch auf die emotionale Intensität der Übungen zurückführbar sein, wobei deren Inhalte schon eher an Übungen aus Kurzzeittherapien erinnern (bspw. Glaubenssätze modulieren).

Die geringsten Erfolge berichten Liebespaare ($d_{\text{inn}} = 0.59$), was auf die geringe Anzahl bearbeiteter Übungen (mit 2,5 Übungen deutlich geringer als bei den anderen Zielgruppen) und erschwerte Bedingungen bei der paarweisen Übungsbearbeitung zurückführbar sein könnte. Zukünftige Studien sollten die Adaption von Inhalten auf Zielgruppen untersuchen. Zudem sollten die Übungen und deren Effektivität zukünftig von beiden Teilnehmenden eingeschätzt werden, worauf in der vorliegenden Studie aus Gründen der Ökonomität verzichtet wurde. In der Analyse von Nizielski und Rindermann (2016) deuten sich mittelhohe Zusammenhänge zwischen selbst- und fremdeingeschätzter emotionaler Kompetenz an ($r = .26$ bis $.40$).

Die Moderatoranalysen zeigten signifikante Erfolge bei Personen mit anfänglich niedriger emotionaler Kompetenz ($N = 31$, $d = 0.78$). Weniger profitierten die bereits zuvor kompetenten

Personen von den Übungen ($N = 36$, $d = 0.27$). Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist mittelgroß ($d_{\text{kor}} = 0.47$), wonach Hypothese $H4_a$ bestätigt werden kann. *Nelis et al. (2011)* berichteten ähnliche Ergebnisse und postulierten für die Differenz (u. a.) Deckeneffekte. Personen mit niedrigerer Kompetenz haben dementsprechend mehr Entwicklungspotenzial (in Metaanalyse von *Bastounis et al., 2016* bestätigt) als höher kompetente Personen, die auf begrenzter Skala keine Verbesserung angeben können. Interventionen könnten daher bei Personen mit hohem Stress oder niedrigerer emotionaler Kompetenz effektiver sein. Jedoch ist der Zugang zu dieser Gruppe und die freiwillige Inanspruchnahme von Hilfeleistungen oft erschwert (*Bastounis et al., 2016; Hodzic et al., 2018*). Auch im Kontext von Psychotherapie, die möglicherweise vermehrt von Personen mit anfänglich niedriger Kompetenz in Anspruch genommen wird, sollten die Effekte demnach höher sein als in der vorliegenden Stichprobe.

Weiterhin wurde der Verlauf der Baseline untersucht ($H4_b$, bestätigt). Während Personen mit verschlechterter oder konstanter Baseline eher von der Intervention profitierten ($d = 0.56$ bis $d = 0.84$), blieben Erfolge bei den Personen mit steigender Baseline aus ($N = 11$, $d = -0.10$, n. s.).

Des Weiteren konnten entlang $H4_c$ steigende emotionale Kompetenzen bei steigender Übungsanzahl bestätigt werden: Je mehr Übungen durchgeführt wurden, desto größer waren die Erfolge. Nach Bearbeitung einer vierten Übung und unter Berücksichtigung von Vortestunterschieden waren die Effekte hoch und statistisch bedeutsam ($d = 1.40$ bis $d = 1.92$). Das Ergebnis reiht sich in vergangene Forschungsergebnisse ein (Dose-Response-Effekt, bspw. *Hodzic et al., 2018*).

Herausforderungen in der Moderationseffektforschung sind zu wenig statistische Power, eine geringe Varianz in den Stichproben und fehlende theoriegeleitete Planung der Erfassung von potenziellen Moderatoren vor Studiendurchführung (*Weisel, Baumeister & Ebert, 2023*). Insbesondere der letzte Punkt kann durch eine theoriegeleitete Herangehensweise ausgeklammert werden, wobei mögliche Moderatoren im Studiendesign gezielt erhoben und ihr Einfluss analysiert wurde. Auch die Testpower wird kein größeres Problem darstellen, da in allen Untergruppen ausreichend Personen vorhanden und die Gruppen mitunter gleich groß waren.

Die Ergebnisse dieser Studie sind limitiert an der selektiven Stichprobe, was auch in anderen Interventionsstudien ein Problem darstellt. Personen in stressigen Lebensphasen (höhere Baseline-Differenz) nahmen länger teil und profitierten stärker. Ein früher Erfolg steigerte womöglich die Motivation zu weiteren Übungen. Eine Randomisierung könnte zukünftig Vortestunterschiede minimieren und die Motivation als Konfundierungsvariable untersuchen.

Unter welchen Bedingungen könnte mit größeren Erfolgen gerechnet werden?

Kleine Stichproben stellen per se kein Problem dar, wenn sie heterogen und repräsentativ sind. Die vorliegende Studie bemühte sich um Diversität durch unterschiedliche Rekrutierungsmethoden wie Krankenkassen und Social Media und steigerte die Relevanz der Ergebnisse über den universitären Rahmen hinaus. Somit wurden Personen mit unterdurchschnittlicher emotionaler Kompetenz neben hochkompetenten Studierenden eingeschlossen. Jedoch beschränken fehlende Angaben zu Bildung und Herkunft die Generalisierbarkeit. Der Einbezug der schwer zugänglichen Gruppe bildungsferner Personen hätte vermutlich zu höheren Effekten geführt. Der Übungsanspruch wäre für eine weniger gebildete Personengruppe jedoch weniger passend, gemäß dem Teilnehmenden-Feedback. Dies sollte insbesondere bei der Optimierung der Übungen berücksichtigt werden. Nach einer Adaption der Übungen sollten zukünftige Evaluationsstudien die Ergebnisse an größeren, heterogenen Stichproben und Verwendung des Kontrollgruppendesigns bestätigen.

Das Format lässt keine Kontrolle hinsichtlich der Übungsdurchführung zu. Die Personen waren in der Wahl von Zeit und Arbeitsumgebung eigenverantwortlich. Auch konnten weder Disziplin noch etwaige Störungen während der Durchführung kontrolliert werden. Die Vorstudie (*Lovis-Schmidt, 2021*), welche ähnliche Übungen in Präsenz und im Gruppensetting evaluierte, kam jedoch zu ähnlichen Effekten, was auf eine gelungene digitale Umsetzung schließen lässt. Dennoch sollte die Möglichkeit höherer Erfolge unter psychotherapeutischer Begleitung untersucht werden.

Die Auswahl der zu evaluierenden Übungen aus dem Repertoire des Projekts unterlag der Zufälligkeit. Größere Effekte wären möglich gewesen bei Adressierung konkreter Kompetenzfacetten. Die Elternübung „Ziele formulieren“ (für Eltern) ist inhaltlich weiter weg und emotional weniger intensiv als die Einzelübung „Glaubenssätze modulieren“ (siehe Tabelle 1). Auch die spezielle Inspektion von Übungsinhalten könnte in zukünftigen Analysen Berücksichtigung finden.

Was könnte die Ergebnisse verzerrt haben?

Die Validität von Fragebogenverfahren steht oft in der Kritik, da die Introspektionsfähigkeit der Person angezweifelt wird. Dabei werden (insbesondere mäßig kompetente) Personen Schwierigkeiten haben, ihren typischen Umgang mit aversiven Emotionen einzuschätzen. Auch unterliegt die korrekte Identifikation von Emotionen und Ursachen einigen Fehlern, wie es sich auch im Brücken-Experiment von *Dutton und Aaron (1976)* zeigte. Den Versuchspersonen fiel es schwer, ein Gefühl korrekt zu benennen und dessen Ursache auszumachen (verschiedene Gefühlszustände fühlen sich ähnlich an, wie bspw. sexuelle Erregung und leichte Angst). Darüber hinaus gehen die Ergebnisse zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen und Leistungstests auseinander (bspw. *Kot-*

sou et al., 2011; Lovis-Schmidt et al., 2023). Beispielsweise schätzten die Eltern die emotionale Kompetenz ihrer Kinder etwas geringer ein als die Kinder selbst oder ihre Lehrpersonen (Lovis-Schmidt et al., 2023). Die in Metaanalysen ermittelten Ergebnisse von Leistungstests streuen derartig (überdurchschnittlich große Effekte bei Lovis-Schmidt et al., 2023; niedrigere Effekte bei Lovis-Schmidt et al., 2024), dass wir uns fragen müssen, was sie überhaupt messen. Gleichzeitig fehlt es an einem etablierten Messverfahren zur objektiven Abbildung des typischen Umgangs mit belastenden Emotionen, wie es möglicherweise über Verhaltensbeobachtungen möglich wäre. In zukünftigen Studien sollten neben Selbsteinschätzungen auch Fremdeinschätzungen herangezogen (insbesondere bei Paar-Übungen) und um objektive Messverfahren ergänzt werden (bspw. Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz, MSCEIT, als Leistungstest zur Emotionserkennung).

Zudem sollten zukünftige Studien auch mit der emotionalen Kompetenz verwandte Konstrukte erfassen. Die Wahrnehmung und Bewältigung von Stress, die Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten, die Gesundheit – psychisch wie auch physisch – und weitere Faktoren bieten sich für die Evaluationsforschung genauso an.

Praktische Implikationen

Nach der Evaluation der ersten Übungsergebnisse zeigt sich, dass die Übungen Potenzial zur effizienten Steigerung emotionaler Kompetenz haben und als niedrigschwellige Hilfe in verschiedenen Lebenssituationen dienen können. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sowohl die Übungen für Einzelpersonen als auch jene für Eltern wirken, die Übungen für Liebespaare sind weniger erfolgreich, mit jedoch positiven Tendenzen. Anhand der Evaluationsergebnisse und des Teilnehmenden-Feedbacks sollen die Übungen in naher Zukunft angepasst und verbessert werden. Der Einsatz der Übungen bietet sich neben der Bearbeitung ohne Begleitung für den psychotherapeutischen Kontext an. Im Anschluss an die Adaption sind die Übungen nicht nur zur Begleitung von Einzeltherapie und Familientherapie indiziert, sondern möglicherweise auch lohnenswert für Paartherapien.

Ersetzen können die Übungen eine Therapie jedoch nicht und auch bei psychischen Störungen sind sie nicht alleinstehend indiziert (im Kontrast zu DiGa). Die Übungen bieten jedoch die Chance, den Versorgungsbedarf an Psychotherapie zu unterstützen, indem sie zum einen präventiv eingesetzt werden können, bspw. in der Schule, durch die Vermittlung von Krankenkassen oder bei nicht indizierter Psychotherapie durch fehlende pathogene Befunde. Zum anderen können sie das Problem der Wartezeitüberbrückung adressieren, da sie gleichermaßen Wissen vermitteln und (im Mehrwert zur reinen Lektüre) aktivieren. Auch *während* der Psychotherapie kann der Einsatz der Übungen von Nutzen sein, indem sie als Hausaufgaben dienen, die während der Sitzungen nachbesprochen werden. Neben anderen Möglichkeiten für Haus-

aufgaben, wie bspw. Konfrontationen, haben die digitalen Übungen das Potenzial, auch nahestehende Personen einzu beziehen und anzuleiten und somit den Alltagstransfer von neuen Erkenntnissen zu erleichtern.

Die Übungen sind effizient, insofern sie alle notwendigen Informationen und Materialien beinhalten und in kurzer Zeit vermitteln. Sie sind standardisiert, ermöglichen die Kontrolle von Inhalten und Interpretationen unter gleichzeitiger Anleitung. Weiterhin sind sie zeit- und räumlich flexibel und individualisierbar (Auswahl nach Wunsch und Ziel) – greifen also methodenübergreifend das Problem der Person auf, was den Veränderungsprozess begünstigt (Wampold et al., 2018).

Die Intervention sollte unter Annahme von pathogenen Befunden nicht alleinstehend betrachtet werden. Empfehlenswert ist die Nachbesprechung von Erfahrungen mit den Übungen im Therapiesetting.

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.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (4), 109–160.

Berking, M. (2017). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Geiger, S., Bäuerle, A., Musche, V., Dinse, H., Skoda, E.-M. & Teufel, M. (2023). Psychotherapie in der Pandemie: Notwendigkeiten und Interventionsstrategien. *Psychotherapie*, 68, 79–83.

Hahlweg, K., Ditzgen, B., Job, A., Gastner, J., Schulz, W., Supke, M. & Walper, S. (2021). Covid-19: Psychologische Folgen für Familie, Kinder und Partnerschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49 (3), 157–171.

Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs: Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117 (1), 3–17.

Kotsou I., Nelis, D., Grégoire, J. & Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity: Conditions and effects of improving emotional competence in adulthood. *Journal of Applied Psychology*, 96 (4), 827–839.

Lovis-Schmidt, A. (2021). *Emotional development, training of emotional competence and physical diseases*. Dissertation an der Technischen Universität Chemnitz. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:ch1-qucosa2-769651> [16.07.2023].

Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P. & Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11 (2), 354–366.

Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*. Göttingen: Hogrefe.

Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2019). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



Dr. Avelina Lovis-Schmidt

Korrespondenzadresse:
Technische Universität Chemnitz
Department of Psychology
Wilhelm-Raabe-Str. 43
09120 Chemnitz
avelina-lovis.schmidt@psychologie.tu-
chemnitz.de

Dr. Avelina Lovis-Schmidt forscht an der Technischen Universität Chemnitz zum Thema Emotionale Entwicklung und Kompetenzförderung über die Lebensspanne hinweg. Sie gründete 2022 das Praxis- und Forschungsprojekt „Fühlerei“, in welchem niedrigschwellige Hilfestellungen für verschiedene Personengruppen angeboten werden.



Elisa Scheler

esscheler@gmail.com

Elisa Scheler (cand. Master) studiert seit 2018 Psychologie an der Technischen Universität Chemnitz. Sie arbeitete als Forschungspraktikantin im Projekt „Fühlerei“ und war dort maßgeblich an der Datenerhebung und -auswertung beteiligt. Sie beginnt im Oktober 2024 ihre Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin am Zentrum für Psychotherapie in Chemnitz.



Prof. Dr. Heiner Rindermann

heiner.rindermann@psychologie.tu-
chemnitz.de

Professor Heiner Rindermann lehrt Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Technischen Universität Chemnitz. Seine Forschungsschwerpunkte sind kognitive Kompetenz und Bildung und deren Beziehungen zu Wirtschaft, Politik und Kultur sowie emotionale Kompetenz, Unterrichtsqualität und Wissenschaftsforschung.

Rezensionen

John Steiner – ein ungewöhnlicher Forscher auf den Spuren von NS-Täter-Persönlichkeiten

Fahrenberg, J. & Fahrenberg, A. (Hrsg.). (2022). *Täter-Forschung nach Auschwitz – John Steiners Untersuchungen*. Lengerich/Westfalen: Pabst Science Publishers. 537 S., Hardcover 50,- €, E-Book 30,- €

Dieses Buch ist das Denkmal für einen Wissenschaftler, dessen schreckliches Schicksal als KZ-Häftling ihn zu einem einmaligen Forschungsprogramm über Täterpersönlichkeiten in den Lagern motivierte.

John Michael Steiner, 1925 in einer deutschsprachigen Familie in Prag geboren, wurde als 17-jähriger Gymnasiast in Folge des Heydrich-Attentats und aufgrund eines jüdischen Großvaters verhaftet und überstand den Aufenthalt in mehreren Konzentrationslagern. Seine Mutter wurde in Auschwitz ermordet, der Vater überlebte das KZ. Bei Kriegsende wurde Steiner auf einem der „Todesmärsche“ nach Reichenbach und dann mit der Bahn nach Dachau verschleppt. Kaum erträglich ist seine Schilderung, wie er in einem Eisenbahnwaggon auf den Körpern sterbender und toter Menschen versucht, sich in der Mitte zu halten, um nicht an den Wänden erdrückt zu werden. In Dachau mit erfrorenen Füßen angekommen, wurde er von den Amerikanern befreit. Sein weiteres Schicksal führte ihn schließlich zum Studium, u. a. Soziologie und Psychologie, in die USA. Er kam 1958 für mehrere Jahre nach Deutschland. Sein Interesse galt der Frage, welche sozialen Bedingungen und Eigenschaften es dem Menschen möglich machen, verbrecherischen Führern bedingungslos zu folgen und andere Menschen auf grausamste Weise zu quälen.

Neben der Biografie Steiners ist das Buch der ausführlichen Dokumentation seiner Forschungen gewidmet sowie der nachträglichen Aufarbeitung seines

Nachlasses durch die Herausgeber. Theoretischer Ausgangspunkt der Forschungen Steiners war das Konzept der „autoritären Persönlichkeit“ von Erich Fromm. Danach wird schon das Kind zum gedankenlosen Gehorsam und zur Autoritätsgläubigkeit erzogen. Eine eigene selbständige Haltung und ein unabhängiges Gewissen können sich nicht entwickeln. In seiner praktischen Forschung gelang es Steiner, Kontakte mit ehemaligen SS-Leuten zu knüpfen, insbesondere über einen Namensvetter, den ehemaligen SS-General Steiner. Mit dessen Unterstützung brachte er es fertig, eine Fragebogenaktion durchzuführen, die sich methodisch weitgehend an die amerikanische F-Skala (Faschismus-Skala)¹ anlehnte. Der „amerikanische Professor“ warb für die Teilnahme sogar bei Zusammenkünften dieser ehemaligen SS-Angehörigen, wobei er seine eigenen KZ-Erfahrungen und seine Tätowierung verbergen musste. Im Ergebnis der Auswertung von 229 Angehörigen der Waffen-SS und von 202 Angehörigen der Wehrmacht als Kontrollgruppe ergab sich, dass die SS-Leute signifikant „stärker autoritätsbezogen, konformistisch und gehorsam, intolerant, engstirnig und rigide, latent feindselig“ waren. Anschaulich wird dieses Ergebnis durch die Bereitschaft ehemaliger SS-Angehöriger, ausführliche Lebensläufe niederzuschreiben: vier ehemalige Angehörige der Lager-SS (zu lebenslanger Haft verurteilt); vier hohe SS-Offiziere (darunter ein zeitweiliger Adjutant Himmlers und ein Adjutant Hitlers); zwei SS-Angehörige mit ungewöhnlichem Lebenslauf (später Berufstätigkeit als Richter bzw. als Buchautor).

Erst ein Jahrzehnt nach Steiners Tod wurde das Quellenmaterial durch die Herausgeber geordnet und interpretiert. Dazu werden sekundäre Informationen aus wichtigen Quellen referiert und eine Zusammenfassung gegeben.

Die Interpretationen werden nach Steiners Ansatz hauptsächlich durch die Konzeption der Autoritären Persönlichkeit und die Fragen nach den aktuellen situativen Bedingungen und dem subjektiv eingeschätzten Ermessensbereich der Täter geleitet. Deren Dynamik ist auch aus psychoanalytischer Sicht aufschlussreich, weil sie die Abwehrmechanismen der Verleugnung und Verdrängung sichtbar machen, vor allem aber die Persönlichkeitsspaltung, welche Steiner als eine Haupterklärung betont.

Die ungewöhnliche, geradezu abenteuerliche Forschungsarbeit Steiners kulminiert in einer grotesken Szene, die dem Buch als Einleitung vorangestellt ist: Steiner wird von dem ehemaligen Rüstungsminister Albert Speer in dessen Haus nach Heidelberg eingeladen, wo der ehemals beste persönliche Freund Hitlers, nachdem er seine 20-jährige Haft im Kriegsverbrechergefängnis Spandau abgesessen hatte, mit seinem ehemaligen KZ-Sklaven ein langes freundliches Gespräch führt und ihn danach im Auto zum Bahnhof fährt.

Als Lehre aus der Vergangenheit hat Steiner in vielen Beiträgen eine Erziehungsreform gefordert, welche neben primär informierendem Unterricht auch systematisches soziales Üben ethischen Handelns beinhaltet. Die Darstellung dieser Seite von Steiners Wirken findet sich in einem besonderen Kapitel und ist der Mitarbeit von Anne Fahrenberg, einer Pädagogin mit breiter Unterrichtserfahrung, zu verdanken.

Während der Forschungen in Freiburg, die zu seiner Dissertation in Soziologie führten, befreundete Steiner sich mit

¹ Adorno, T. W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D. J. & Sanford, R. N. (1950). *The Authoritarian Personality*. New York: Harper and Brothers.

Jochen Fahrenberg, der von 1972 bis 2002 einen Lehrstuhl für Psychologie in Freiburg innehatte. Es kam zu einer jahrzehntelangen Freundschaft, einer Gastprofessur und einer Reihe gemeinsamer Publikationen. Steiner hat seine theoretischen und methodologischen Überlegungen hauptsächlich in zwei für das hier vorgestellte Buch übersetzten Publikationen deutlich gemacht: *Der Ermessensbereich in einer sozialen Rolle als Folge moralischer und sozialer Intelligenz* und *Das fragmentierte Gewissen bei Tätern*.

Insgesamt vermittelt das Buch viele Perspektiven und Anregungen, ist jedoch in manchen Kapiteln, u. a. zur Begriffsbildung und zur Forschungsmethodik, nicht einfach zu lesen. Neben umfassenden Dokumentationen über Steiners Leben und seine vielseitige Forschung enthält es eine breite Darstellung der deutschen und internationalen Arbeiten zum Thema, was das Buch zu einem Kompendium und Lehrbuch macht. Dazu gehört auch die rückblickende Feststellung, dass von deutschen Psychologen, Pädagogen, Sozialforschern und Zeithistorikern in

der Nachkriegszeit keine systematisch angelegte Forschung unternommen worden ist.

John Steiner wurde für seine Forschungen mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt. Er starb mit 89 Jahren in den USA. Dem Herausgeberpaar ist nicht genug dafür zu danken, dass es die außergewöhnliche Forscherpersönlichkeit John Steiners vor dem Vergessen bewahrt hat.

Prof. Dr. Hans-Volker Werthmann,
Frankfurt

Am Fokus entlang – Klarheit und Struktur in der Behandlung komplexer früher Eltern-Kind-Beziehungsstörungen finden

Schlenzog-Schuster, F., Koch, G. & Ludwig-Körner, Chr. (2023). *Fokusbasierte Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Ein psychodynamisches Behandlungsmanual*. Gießen: Psycho-sozial-Verlag, 232 S. 39,90 €

In der Behandlung von psychisch belasteten Eltern und sehr junger Kinder (0–3 Jahre) stehe ich mitunter vor großem Leid und Sorge und zugleich vor einer Fülle an schwer zu ordnendem psychodynamischem Material. Das kürzlich erschienene Buch greift aufkommende Unsicherheiten oder gar Ängste (S. 13 ff.) der Behandelnden auf und gibt durch die klare Strukturierung des Manuals Hilfestellung beim Verstehen der Beziehungsthemen und der Auswahl der Interventionen.

Im Vorwort macht Prof. emer. Dr. med. Kai von Klitzing deutlich, dass die Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie (ESKP) als Frühintervention wissenschaftlich nachweislich positiv effektiv auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind wirkt und damit ungünstige Entwicklungsverläufe vermeidet (S. 9 ff.). Die drei Autorinnen stellen die Behandlungsmethode als fokusbasierte Kurzzeittherapie (ESKP-f) vor und zeigen auf, wie Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern in verschiedenen Settings (stationär, teilstationär, ambulant, aufsuchend) innerhalb von zwölf Stunden (zwei Std. à 50 Min./Woche, in sechs

Wochen) schnell und gezielt therapeutisch erreicht und entlastet werden.

Kapitel 1 und 2 gelten dem neuesten Stand der Wirksamkeitsforschung und den zugrundeliegenden psychoanalytischen Methoden. In Kapitel 3 werden Indikationsfragen und Behandlungssettings besprochen, in Kapitel 4 historische, theoretische und wissenschaftliche Hintergründe zum Konzept erläutert. Dem wichtigsten Element des Behandlungsmanuals, der Fokusbildung, ist das sehr detaillierte und handlungsanleitende 5. Kapitel gewidmet, dessen Umsetzung anschließend in den Fallbeispielen in Kapitel 6 anschaulich und sehr praxisbezogen einsehbar wird. Kapitel 7 ist als konkrete Handlungsanleitung zu verstehen. Die drei Phasen des Behandlungsprozesses werden vorgestellt sowie die Schritte in den einzelnen Phasen exakt beschrieben. Sehr anschaulich ist der Schritt der Fokuskonferenz mit Fallvignetten unterlegt, was die Bedeutsamkeit einer Interventionsgruppe als Unterstützung bei der Fokusbildung unterstreicht. Möglichkeiten und Grenzen der fokussierten Kurzzeittherapie werden im letzten Teil aufgegriffen und geklärt, was das Buch gut abrundet. Der Anhang stellt Arbeitsmaterialien bereit.

Als tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bin ich es gewohnt, einen längeren

Zeitraum für Behandlungen zur Verfügung zu haben, und ich fragte mich, wie es in sehr kurzer Zeit gelingen kann, ein vertrauensvolles therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen, wenn ich schon am Anfang das baldige Ende vor Augen habe und dieses auch klar benennen muss. Die Anwendung des Manuals erfordert Umdenken und Offenheit, die bisherige Arbeitsweise zu verändern, mehr zu strukturieren und zu fokussieren. Einen Fokus nach nur drei Stunden zu bilden, erfordert Übung und ein kollegiales Umfeld, in dem kontinuierlich Fallbesprechungen möglich sind. Bei einem Versorgungsauftrag mit vielen aufeinanderfolgenden Patientenbehandlungen muss für diesen Prozess des Fallverstehens beim Erlernen der Methode extra Zeit (Denk- und Fühlraum) zur Verfügung stehen. Das klassische therapeutische Setting zu verlassen und das Hausbesuchssetting in die eigene Arbeit zu integrieren, dazu machen Erfahrungsberichte aus einer randomisierten Evaluationsstudie SKKIPPI (2018–2022)² Mut.

In drei ausführlich kommentierten Fallbeispielen durchlaufen wir lesend die wichtigsten Stationen, Erkenntnisse und Entwicklungen der zwölf Sitzungen umfassenden Behandlungen. Die Eindrücke, Gedankengänge und handlungstechnischen Überlegungen

² <https://skkippi.ipu-berlin.de>

der Psychotherapeutinnen können, in direkter Rede zitiert, schlüssig nachvollzogen werden. Warum beispielsweise ist es psychodynamisch bedeutsam, dass gegen Ende einer Behandlung plötzlich ein „Sessel am Kinderbett“ steht? In diesem Bett spielt die 16 Monate alte Lea jeden Morgen still für sich allein im dunklen Zimmer, bis ihre Eltern ausgeschlafen haben. In den Hausbesuchen schlägt der Psychotherapeutin eine ausgeprägte Bedürfnislosigkeit des Mädchens und eine allgemeine Trostlosigkeit entgegen. Dennoch ist sie erleichtert, dass die Eltern in die Hausbesuchsbehandlung einwilligen, denn trotz diagnostizierter frühkindlicher Fütterstörung mit eingeschränkter Nahrungsaufnahme, keinerlei Anzeichen von Hunger und Sättigung, wenig selbstständigen Essversuchen und einer bedrohlich schlechten Gewichtsentwicklung verweigern die Eltern eine stationäre Behandlung. Das Behandlungsbeispiel gibt uns Einblick in das Erleben und Erkunden der Psychodynamik dieser Familie und der Eltern-Kind-Interaktionen. Es zeigt beispielhaft auf, wie die Psychotherapeutin mit ihrem Stationsteam im Hintergrund einen Fokus formuliert, der für das psychische Strukturniveau der Eltern geeignet ist, und entsprechende Interventionen

wählt. Manchmal wirken diese wie „nur rumsitzen“, doch die retrospektive Betrachtung des Behandlungsprozesses verdeutlicht das feine Wahrnehmen, Abwägen und Finden passender Worte, die berühren, nicht verletzen und Impulse für Nähe, Zuwendung und Entwicklung in der Beziehung zum Kind geben. In diesem Fall entwickelt die Mutter das Bedürfnis, ihrem Kind beim Einschlafen und Aufwachen nah zu sein und schiebt einen Sessel ans Bett. Die zwölf Stunden sind ein Herantasten und vielleicht ein Auftakt zu einer eigenen Psychotherapie.

Die Behandlungsbeispiele im Buch verdeutlichen das psychodynamische Arbeiten im häuslichen Umfeld, wie es schon Selma Fraiberg mit ihrer sog. „kitchen table therapy“ (S. 39) praktizierte. Diese wird neben bedeutenden anderen Vorläufern in einem historischen Kurzaufsatz beschrieben (Kapitel 2.1). Zudem erfahren wir in Abschnitt 2.2 mehr über die aktuellen Entwicklungen der Eltern-Säugling-Kleinkind-Behandlung und ihre psychoanalytischen Wurzeln. Neben den verstehenden Ansätzen bleiben Zugänge auf der körperlichen Ebene jedoch unterrepräsentiert und die zwar erwähnten videogestützten Interventionsformen unterbelichtet.

Auch bleibt das einführende Kapitel zur Wirksamkeitsforschung schmal, die Befunde stehen etwas unverbunden nebeneinander und ein Ausblick auf relevante Kernfragestellungen weiterer Forschung offen.

Zusammenfassend: Das Buch ist für alle jene geeignet, die in der Psychotherapie mit Säuglingen und Kleinkindern und deren Familien arbeiten und nach Struktur und Handlungsanweisung suchen. Die Autorinnen sprechen Kinder- und Erwachsenenpsychotherapeut*innen aus allen Therapieschulen an und sind sich bewusst, dass deren (psychodynamische) Denk- und Arbeitsweise sehr unterschiedlich sein kann. Sie stellen sich der Herausforderung dennoch, da die Erfahrungen der Interdisziplinarität sowohl in den curricularen Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie-Weiterbildungen als auch in verfahrensübergreifenden Klinik-Teams stets bereichernd sind. Dieses Buch weckt die Neugierde, das Behandlungsmanual zu erproben und Erkenntnisse zu gewinnen, ob es für die eigene Arbeit genutzt werden möchte.

Doreen Pauls,
Berlin

Theoretisches Compendium und lebendiger Praxisleitfaden. Ein integrativer Überblick über das Feld der Körperpsychotherapie

Marlock, G., Weiss, H., Grell-Kamutzki, L. & Rellensmann, D. (Hrsg.). (2023). *Handbuch Körperpsychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer. 1039 S., 100,- €

Beim hier zu besprechenden Werk handelt es sich um die Neuauflage des bereits 2006 erschienenen „Handbuchs der Körperpsychotherapie“, für das damals Gustl Marlock und Halko Weiss editorisch verantwortlich zeichneten. Das Herausgeber*innenteam für diese Neubearbeitung wurde nun um Lutz Grell-Kamutzki und Dagmar Rellensmann ergänzt. Einige der bisherigen Artikel wurden grundlegend überarbeitet und dem aktuellen Forschungsstand im Feld angepasst. Zu einem großen

Teil finden sich darin komplett neu geschriebene Artikel, die frühere Beiträge ersetzen oder das abgedeckte Themenportfolio erweitern. Zur Neuveröffentlichung hat sicherlich auch das zwischenzeitliche Erscheinen eines englischsprachigen Sammelbands maßgeblich beigetragen: „The Handbook of Body Psychotherapy & Somatic Psychology“, das 2015 vom Duo Marlock/Weiss herausgegeben wurde.

Mit seinen über 1.000 Seiten ist das neu aufgelegte Handbuch ein umfassendes Überblicks- und Nachschlagewerk, das den „state of the art“ der internationalen und wissenschaftlich anerkannten Körperpsychotherapie widerspiegelt. Wilhelm Reich (1897–1957) und Elsa

Gindler (1985–1961) sind ihre wichtigsten Pionier*innen. Reich hat wesentliche Grundlagen in den 1930er-Jahren aus der Freud'schen Psychoanalyse heraus entwickelt. Im Verlauf ihrer Geschichte hat sich die Körperpsychotherapie seit den 1960er-Jahren zunehmend in Richtung Humanistischer Psychotherapie orientiert.

Das „Handbuch“ zeichnet sich durch seinen multidisziplinären Charakter aus und vereint Beiträge von 59 international anerkannten Expert*innen, die die zahlreichen Facetten der Körperpsychotherapie aus unterschiedlichen kulturellen, theoretischen und praktischen Perspektiven beleuchten. Dabei gelingt den Herausgeber*innen der

Balanceakt, der Vielfalt der verschiedenen Ausrichtungen Raum zu geben und zugleich ein kohärentes Gesamtbild zu wahren. Anstatt eine Sammlung isoliert nebeneinandergestellter Essays zu präsentieren, fördert das Handbuch einen lebendigen Dialog zwischen den verschiedenen Ansätzen und Schulen und spiegelt damit den aktuellen interdisziplinären und integrativen Trend in der Psychotherapie wie auch speziell der Körperpsychotherapie wider.

Die Struktur des Handbuchs ist didaktisch gut konzipiert. Beginnend mit einer historischen Einführung in die Körperpsychotherapie über die Darstellung der theoretischen Grundlagen und methodologischen Ansätze bis hin zu spezifischen klinischen Anwendungen und Fallstudien deckt das Werk ein breites Spektrum ab. Jeder der elf inhaltlichen Abschnitte wird von den Herausgeber*innen sorgfältig eingeleitet, wodurch die Leser*innen in die Thematik eingeführt und zur kritischen Reflexion angeregt werden.

Besonders spannend erscheinen hier z. B. die Integration der prä-, peri- und postnatalen sowie der Säuglingsforschung und die daraus folgenden Beschreibungen der körperpsychotherapeutischen Arbeit. Mit neuen und spezifischen nonverbalen Interventionen können auch die sehr frühen Interaktionen und vor allem ihre Störungen, die im Körpergedächtnis gespeichert sind,

zugänglich gemacht werden. Mit verbalen Mitteln ist das in der Regel nicht möglich, von daher ist dies ein besonderes Merkmal der Körperpsychotherapie. Spannend sind auch die Darstellung jüngster Erkenntnisse aus dem Feld der Neurowissenschaft oder einige Abschnitte zur Bindungstheorie und den daraus resultierenden Implikationen für die Körperpsychotherapie.

Ein Kernanliegen des Handbuchs ist es, die Erfahrungsebene in den Mittelpunkt der Körperpsychotherapie zu rücken. Dieser Ansatz wird durch die Betonung der Unmittelbarkeit körperlicher Erfahrungen im therapeutischen Prozess deutlich. Die Autor*innen argumentieren überzeugend, dass der Körper nicht nur Objekt, sondern vielmehr ein aktives Subjekt im psychotherapeutischen Dialog ist. Es werden sehr konkrete Beschreibungen körperpsychotherapeutischen Vorgehens gegeben, z. B. in Texten zu „Grounding und Aggression“ oder zum „Feld der Erotik – Sexualität in der Körperpsychotherapie“.

Die ausgeprägte Anwendungsorientierung des Handbuchs ist eine seiner größten Stärken. Durch die Integration von Fallbeispielen, Behandlungsstrategien und Diskussionen über therapeutische Techniken bietet das Handbuch wertvolle Einblicke in die tägliche Praxis der Körperpsychotherapie. So gibt es ein umfassendes Kapitel über störungsspezifische Vorgehensweisen in der

körperpsychotherapeutischen Behandlung bei schweren psychischen Erkrankungen, Depressionen, Ängsten und Posttraumatischer Belastungsstörung sowie in der Behandlung emotional vernachlässigter Patient*innen. Diese praxisnahe Ausrichtung macht das Handbuch nicht nur zu einem theoretischen Referenzwerk, sondern auch zu einem lebendigen Leitfaden für die Praxis der Körperpsychotherapie.

Mit seinem Umfang kann das Handbuch für die Leser*innen überwältigend wirken. Deshalb könnten zukünftig zusätzliche leitfadenartige Zusammenfassungen durch die Herausgeber*innen helfen, seine Übersichtlichkeit noch zu verbessern. Die Aktualisierung der Artikel ist insgesamt sehr gut gelungen, doch es gibt diesbezüglich leider auch wenige Ausnahmen.

Zusammenfassend ist das Handbuch ein sehr lesenswertes Werk, das die Körperpsychotherapie in ihrer Pluralität und Tiefe widerspiegelt. Es repräsentiert sowohl ihren reichen intellektuellen Diskurs als auch ihre patient*innen- und prozesszentrierte praktische Vielfalt. Die Lektüre ist sicherlich auch für Leser*innen aus anderen Psychotherapierichtungen lohnend, denn die Dialektik von Körper und Psyche ist verfahrensübergreifend präsent.

Stefan Ide,
Berlin

Leserbriefe und Repliken

Bitte um Richtigstellung: Fehlinterpretation der neuen Schmerzdiagnosen nach ICD-11

Zu A. Hartig: ICD-11: Veränderungen und Trends. Eine Übersicht – Teil I und Teil II. *Psychotherapeutenjournal* 1/2024, S. 4–15 und 2/2024, S. 141–149.

Lieber Herr Kollege Hartig,

in Ihrem Überblick zur ICD-11 hat sich leider eine nicht unproblematische Fehlinterpretation der neuen Schmerzdiagnosen eingeschlichen. Es handelt sich um einen Fehler, der auch bei kollegialen Fortbildungen wiederholt vorgekommen ist.

Im *Psychotherapeutenjournal* 1/2024 und 2/2024 wird ein komprimierter Überblick zur ICD-11 gegeben. Dabei wird auf die geänderte Struktur und Kapitelaufteilung der ICD-11 hingewiesen, eine auch für die Schmerzpsychotherapie wichtige Entwicklung:

„[...] chronifizierter Schmerz befindet sich außerhalb des MBND-Kapitels und erhält dort eine biopsychosoziale Definition (Barke et al., 2022)“ (*Psychotherapeutenjournal* 1/2024, S. 9)

„[...] In der Anpassung der Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) sollte berücksichtigt werden, dass die genannten Diagnosen klar in den psychotherapeutischen Kompetenzbereich fallen.“ (*Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 149)

Beides ist richtig und wichtig. Leider nicht richtig ist allerdings diese Feststellung:

„Die [...] anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren tauchen in der ICD-11 nicht mehr auf. Sie werden durch die umfassende *Bodily Distress*

Disorder ersetzt.“ (*Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 143)

Das ist falsch, weil beide Diagnosen in die neue Schmerzdiagnose außerhalb des F-Kapitels übergehen. Die häufigsten Schmerzformen in den Psychotherapeutischen Praxen, der stationären und teilstationären Versorgung sind Kopf- und Rückenschmerzen. Die bisher dafür gestellte biopsychosoziale Diagnose F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) geht in die Diagnose Primärer Chronischer Schmerz außerhalb des MBND-Kapitels über. Die F45.41 war bisher ohnehin lediglich aus formalen Gründen noch im F-Kapitel und von den dafür geltenden Kriterien explizit ausgenommen. Sie wird deshalb in der ICD-11 nicht mehr genannt, weil sie als erste biopsychosoziale Schmerzdiagnose die Blaupause für die neuen Schmerzdiagnosen war. In unserem an gleicher Stelle publizierten Beitrag zu Schmerz hatten wir auf diese mögliche Fehlinterpretation der ICD-11 bereits hingewiesen:

„Im Kapitel 6 ist die Diagnose Somatische Belastungsstörung (Code: 6C20) enthalten. Schmerz ist hier allerdings lediglich als „Subspezifizier“ kodierbar und damit nicht angemessen differenziert diagnostizierbar.“ (*Psychotherapeutenjournal* 1/2023, S. 9)

Zwei Hauptdiagnosen für Schmerz (F45.40 und F45.41) würden durch einen zweitklassigen Spezifizier ersetzt. Wissenschaftlich, diagnostisch und therapeutisch sinnvoller ist die MG30.XX (Primäre und Sekundäre Chronische Schmerzen) mit etwa 100 differenziert kodierbaren Schmerzdiagnosen.

Auch der im aktuellen Beitrag verwendete Begriff chronifizierter Schmerz ist missverständlich. Die neuen Schmerzdiagnosen im Kapitel MG30.xx beziehen sich auf primäre und sekundäre Schmerzen. Der Begriff chronifizierter Schmerz betrifft nur einen Teil der chronischen Schmerzen. Postoperati-

Liebe Leser*innen,

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

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 11. Oktober 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.

ve, neuropathische oder krebsassoziiert chronischen Schmerzen gelten als sekundäre Chronische Schmerzen.

Wir bitten wir um eine Richtigstellung und Veröffentlichung in geeigneter Form, als Leserbrief und ggf. als Korrekturanmerkung im Online-Beitrag. **

Mit freundlichen Grüßen

Antonia Barke, Essen; Beatrice Korwisi, Essen; Paul Nilges, Mainz; Winfried Rief, Marburg & Rolf-Deltec Treede, Heidelberg

** Anm. d. Red.: Eine Korrekturanmerkung im Online-PDF der Ausgabe ist an entsprechender Stelle, *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 143, erfolgt.

Vielen Dank für die wichtigen Hinweise!

Antwort von Alex Hartig auf die obige Zuschrift.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für den Brief. Beim Lesen Ihrer Hinweise ist mir aufgefallen, dass

ich mich widersprüchlich geäußert habe: Erst die Angabe, dass chronischer Schmerz außerhalb des MBND-Kapitels berücksichtigt wird, und dann die Aussage, dass die alten Diagnosen in der *Bodily Distress Disorder* aufgehen.

Vielen Dank für die Richtigstellung und die Hinweise zur Terminologie.

Ich freue mich über die Korrektur in Form des abgedruckten Briefs.

Beste Grüße

Alex Hartig,
Hamburg

Audioaufzeichnungen haben therapeutische Wirkung – für beide Seiten!

Zu W. van Haren: *Audioaufzeichnungen – eine einfache Möglichkeit zur Optimierung von Psychotherapie*. *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 135–140.

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. van Haren,

haben Sie großen Dank für Ihren Beitrag zu Audioaufzeichnungen von Therapiesitzungen seitens der Patienten und Patientinnen in der aktuellen Ausgabe des *Psychotherapeutenjournals*.

Auch in meiner Praxis machen viele begeistert davon Gebrauch und im Kreis von Kolleginnen und Kollegen bin ich damit eher auf Skepsis und Zurückhaltung gestoßen. Zuweilen wirkte es beinahe so, als erlebte ich die Aufzeichnungen „meiner“ Therapiesitzungen quasi als narzisstische Gratifikation durch die Patientinnen und Patienten. Oder eher doch die Sorge, als Therapeutin oder Therapeut festgelegt zu werden.

Ihr Vermerk dazu, dass diese Aufzeichnungen Transparenz, Augenhöhe und Messbarkeit des Gesagten, m. E. natürlich auch die Tagesverfassung von mir als Therapeutin, wiedergeben können, einschließlich der Stimme oder auch das Risiko unglücklicher Formulierungen, die damit gewissermaßen in Be-

ton gegossen sind, fördern nach meiner Beobachtung das Vertrauen: in den Menschen mir gegenüber, in die Tragfähigkeit der Beziehung und in sich selbst als Behandelnde. Das hat beidseitige therapeutische Wirkung.

Ich danke Ihnen für den Hinweis, dass das Gesagte allerdings auch als vermutlich kontextloser Ausschnitt auch in Partnerschaften zur Spaltung genutzt werden kann und schriftliche Vereinbarungen hier nützlich sind. Dies habe ich in den vielen Berufsjahren jedoch auch im Rahmen falsch wiedergegebener erinnelter „Zitate“ oder Bemerkungen über den jeweils anderen Partner im komplexen Gesprächszusammenhang erlebt mit den nachfolgenden Anfeindungen von Angehörigen.

In jedem Fall erinnert mich die Audioaufzeichnung immer wieder in besonderem Maß an Achtsamkeit und Sorgfalt im therapeutischen Arbeiten, wohlwissend, dass dies doch stets der Fall sein sollte...

Nochmals vielen Dank für Ihren ermutigenden Beitrag,

Anita Bachhuber,
Großweil

Als Beitrag zur „Deradikalisierung“ ungeeignet

Zu K. Sischka, H. Vogel & Chr. Bialluch: *Rechtsextremismus, Prävention, Deradikalisierung und psychische Gesundheit – Teil II. Herausforderungen für ein breitgefächertes Berufsbild*. *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 120–127.

[...] Man spürt die Bemühung der Damen und Herren des Autorenteam, zwischen „rechts“ und „Rechtsextremismus“ zu unterscheiden. Auch die Bekenntnisse zu Toleranz, zur Demokratie etc. sind erfreulich. Für unsere Berufsgruppe sei auch die Unvoreingenommenheit ein wichtiger ethischer Grundsatz.

Bei der Lektüre der Beiträge kommen allerdings Zweifel auf, ob sich die Betei-

ligten des Autorenteam an diese Kriterien halten. Warum?

1. Das Autorenteam unterscheidet theoretisch durchaus nachvollziehbar zwischen „rechts“ und „rechtsextrem“. Sie solidarisieren sich jedoch unmissverständlich mit der Szene, in der beides gleichgesetzt wird. [...] Demonstrationen [wie sie 2024 in zahlreichen Städten in Reaktion auf Berichte über angebliche Ansinnen zu einer „Remigration“ von Bevölkerungsteilen stattfanden; Anm. d. Red.] [wurden] von Veranstaltern, Teilnehmern, Journalisten, Politikern etc. überwiegend als ein „Aufstand gegen rechts“ bezeichnet. „Rechts“ und „rechtsextrem“ werden nicht unterschieden. [...] Diese mangelnde Differenzierung und die rüde Sprachwahl [bei einigen der auf diesen Demonstrationen artikulierten Parolen; Anm. d. Red.] kann man dem Autorenteam nicht anlasten. Da aber für eine konstruktive Konfliktaustragung geworben wird, müsste man eine klare Distanzierung von solchen Hassparolen erwarten. Diese werden aber entweder nicht wahrgenommen oder sogar gebilligt. Das Autorenteam positioniert sich unmissverständlich und vorbehaltlos aufseiten der „Kämpfer gegen rechts“. Zitat: „[...] hat sich in Deutschland eine breite gesellschaftliche Bewegung gegen Rechtsextremismus entwickelt, die in zahlreichen Städten unseres Landes hunderttausende Menschen mobilisiert.“ (S. 121). Auch viele Fachkollegen hätten sich den Protesten angeschlossen. Die Autoren begrüßen das.

2. Linksradikalismus gibt es nach Auffassung des Autorenteam nicht. Schon im Titel und der Zusammenfassung erfolgt ein klares Priming: Extremismus ist rechts! Das Autorenteam sieht sich in Übereinklang mit dem „Aktionsplan gegen Rechtsextremismus“ der Bundesregierung. Hierin heißt es u. a.: „Prävention gegen Extremismus beginnt mit einer offenen, fairen und respektvollen Diskussions- und Streitkultur“. (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2022, S. 5). Das wäre zu befürworten, wenn nicht auch hier Extremismus mit Rechtsextremismus gleichgestellt würde. [...] Dass solche Simplifizierungen

und Einseitigkeiten zu Aggressionen, Reaktanz und Polarisierung führen, wird nicht (an)erkannt. Das Autorenteam bildet hier keine Ausnahme.

3. Die „Bösen“ sind eindeutig die „Rechtsradikalen“. Für Linke und Linksradikale sind Rechte „antidemokratisch“, „Nazis“, „homophob“, „frauenfeindlich“, „rassistisch“ etc. Diesen einfachen Mustern folgt teilweise auch das Autorenteam bei der Problemdefinition. Diese beinhaltet abwertende Attribuierungen und Framings unter Einbeziehung ideologischer Kampf Begriffe: „rassistisch“, „maskulinistisch“, „antifeministisch“ etc. Rechtsextreme Einstellungen führten zu „Spaltungen, Polarisierungen und Populismus, Desinformationen und Fake-News, greifen das Verhältnis zur Wirklichkeit an, stören die wichtigsten Funktionen der Realitätswahrnehmung“ (S. 354). Das ist im Prinzip richtig, gilt aber auch für andere Extremismusformen. Das Autorenteam zitiert in diesem Zusammenhang eine Untersuchung mit der „Skala zur Erfassung rechtsextremer Einstellungen. Verteilung der Angaben zu Einzelitem“ (S. 357). Ängste vor einer ethnischen Übervölkerung werden hier [...] nicht als legitime Meinungsäußerung, sondern pauschal als „Ausländerablehnung“ – also [als] rechtsradikal – bewertet. Die zweifelsfrei rassistische Aussage „Mein Volk ist anderen überlegen“ wird im Fragebogen von der überwiegenden Anzahl der Befragten abgelehnt. Das gilt ebenfalls für Antisemitismus (der auch unter Linken verbreitet ist!), die Sehnsucht nach einem „starken Führer“ oder die Befürwortung eines Sozialdarwinismus. Insgesamt ergibt sich aus den Ergebnissen mit diesem Fragebogen kein zwingender Beleg für einen bedrohlichen flächendeckenden Rechtsradikalismus. Ich sehe in den Beurteilungen eine Reihe von Meinungsäußerungen, die in einer Demokratie mit Meinungsvielfalt normal sind, auch wenn man nicht allen zustimmen kann und einige bedenklich findet. Das Autorenteam sieht das anders.

Fazit: Das Autorenteam verletzt eklatant das Prinzip der Unvoreingenommenheit, trotz gegenteiliger Bekenntnisse.

Wissenschaftliche Seriosität fehlt, da das einseitige politische Engagement deutlich ist, was zu tendenziösen Bewertungen und [einer] Auswahl der Fakten führt. Die Beiträge erinnern eher an Gesinnungsjournalismus. Sie folgen damit einem Trend in bestimmten weltanschaulich fixierten Kreisen. Sie werden deshalb bei Gleichgesinnten Wohlbefinden auslösen, bei anderen aber Skepsis, Widerstand und Aggression. Als Beitrag zur „Deradikalisierung“ sind sie deshalb nicht geeignet.

Dr. Andreas Dutschmann,
Kleve

Erschwerte Chance, in den Dialog zu treten

Zu T. Rau et al.: Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2024, S. 44–49.

Sehr geehrte RedakteurInnen, sehr geehrte AutorInnen des o. g. Beitrags,

in unserem Netzwerk PsychologInnen für Menschlichkeit und Selbstbestimmung beschäftigen wir uns mit gesellschaftlichen Entwicklungen und ihren Auswirkungen auf unser psychologisches und psychotherapeutisches Arbeitsgebiet. Uns besorgen die aktuellen Spaltungstendenzen in der Gesellschaft. Deshalb ist es uns ein Anliegen, sowohl in der angewandten Psychotherapie als auch innerhalb jedweden gesellschaftlichen Kontextes miteinander in Dialog zu treten und einen Raum für den Austausch unterschiedlicher politischer Ansichten entstehen zu lassen.

Dementsprechend halten auch wir es für wichtig, das Thema „Extremismus“ aufzugreifen, und begrüßen es, dass Sie dies mit Ihrem Beitrag tun und Handlungsmöglichkeiten für den psychotherapeutischen Umgang damit aufzeigen.

Unser Netzwerk entstand während der Corona-Krise. Als PsychologInnen für Menschlichkeit und Selbstbestimmung hinterfragten wir die staatlichen Maß-

nahmen in Bezug auf ihre Verhältnismäßigkeit und ihre Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit, die Freiheitsrechte der Menschen und insbesondere die Kindeswohlentwicklung. Als wir uns kritisch positionierten, mussten wir feststellen, dass wir schnell Anfeindungen und Ausgrenzungen ausgesetzt wurden. Das Wort „Querdenker“ wurde während Corona zu einem Synonym für „unsolidarisches“ Verhalten und „rechtes“, „antisemitisches“ Gedankengut. Es wurde generalisierend mit allen Menschen assoziiert, die eine kritische Haltung gegenüber den Maßnahmen einnahmen. Dass dieses Stereotyp bis heute besteht und es zu keiner hinreichenden aufarbeitenden Diskussion in der Gesellschaft gekommen ist, die eine inhaltliche Differenzierung und Wiedernäherung der unterschiedlichen Positionen ermöglicht hätte, zeigt sich unseres Erachtens auch an Ihrem Artikel.

Im Abschnitt „Definition von Extremismus“ zählen Sie die „sogenannte ‚Querdenker-Bewegung‘“ zu den Beispielen „für extremistische Phänomenbereiche“ und berufen sich dabei auf den „Verfassungsschutzbericht 2022“ des Ministeriums des Innern und für Heimat (BMI). Interessant ist, dass dieser von der Internetseite des Ministeriums als PDF abrufbare Bericht nach unserer Durchsicht an keiner Stelle den Begriff „Querdenker“ enthält. Vielmehr heißt es auf S. 116, dass es „mit Beginn der staatlichen Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor der Coronapandemie im Jahr 2020 ... zu breiten gesellschaftlichen Diskussionen und Demonstrationen gegen damit einhergehende Freiheitseinschränkungen“ gekommen sei. „Die von Einzelpersonen und Personenzusammenschlüssen öffentlich geäußerten Meinungen und Aktionen“ seien jedoch „in einigen Fällen [...] über einen legitimen Protest“ hinausgegangen und hätten Anhaltspunkte für „verfassungsfeindliche Bestrebungen“ aufgewiesen. Für diese „Herausforderung“ habe das Bundesamt für Verfassungsschutz (BfV) im April 2021 den „Phänomenbereich ‚Verfassungsschutzrelevante Delegitimierung des Staates‘“ eingerichtet.

In Ihrem Artikel setzen Sie also den Begriff „Querdenker“ mit den im Verfassungsschutzbericht genannten „Einzelpersonen und Personenzusammenschlüssen“ gleich, welche „in einigen Fällen [...] über einen legitimen Protest“ hinausgegangen seien. Damit übernehmen Sie die bis heute anhaltende Entwertung und Stigmatisierung von Menschen, die während der Corona-Zeit eine regierungskritische Haltung eingenommen haben, und befeuern die gesellschaftliche Spaltung.

Weiterhin widersprechen Sie damit Ihrem eigenen Hinweis, dass „eine Differenzierung zwischen extremistischen Einstellungen und solchen, die lediglich nicht denjenigen der politischen Mitte entsprechen“ wichtig bleibe (Psychotherapeutenjournal 1/2024, S. 47). So wird auf der professionellen und gesamtgesellschaftlichen Ebene die Chance, trotz und wegen gegenteiliger Ansichten in einen Dialog zu treten, erschwert.

Wir würden es für angemessen halten, dass Sie in Ihrer nächsten Ausgabe Ihre Einstufung der „Querdenker-“ als extremistische Bewegung zurücknehmen und eine Richtigstellung vornehmen würden. Darüber hinaus würden wir es begrüßen, wenn Sie sich insgesamt für eine Differenzierung im Bereich der sogenannten Maßnahmen-Kritik aussprechen würden. [...] Ein großer Teil der von Beginn der Pandemie an vorgebrachten Maßnahmen-Kritik hat sich inzwischen bestätigt. [...]

Mit freundlichen Grüßen

PsychologInnen für Menschlichkeit und Selbstbestimmung,
stellvertretend: Dipl.-Psych. Heike Lahmann-Lammert, Tellingstedt; Dipl.-Psych. Hanna Matthes, Köln; Dipl.-Psych. Catharina Sichert, Düsseldorf

Replik

Antwort des Autor*innenteams Rau et al. zur Zuschrift von Heike Lahmann-Lammert, Hanna Matthes, Catharina Sichert, stellvertretend für das Netzwerk PsychologInnen für Menschlichkeit und Selbstbestimmung.

Sehr geehrte Frau Lahmann-Lammert, sehr geehrte Frau Matthes, sehr geehrte Frau Sichert,

vielen Dank für Ihre Rückmeldung und die Auseinandersetzung mit unserem Artikel „Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen“. Wir nehmen Bezug zu Ihren Anmerkungen im Zusammenhang mit der darin genannten „Querdenken“-Bewegung.

In der Einleitung unseres Artikels gehen wir beispielhaft auf extremistische Phänomenbereiche ein und nennen die klassischen Phänomenbereiche des Rechts- und Linksextremismus, des islamistisch begründeten Extremismus sowie beispielhaft die „Querdenken“-Bewegung als extremistische Strömung. Wir zitieren dabei aus dem Verfassungsschutzbericht 2022 des Bundesministeriums des Innern und für Heimat. Hierin heißt es: „Die ehemals prägende Querdenken-Bewegung mit ihrer Vielzahl an lokalen Initiativen hat – nicht zuletzt durch die zwischenzeitliche Inhaftierung der wichtigsten Führungsfigur im Juni 2022 wegen des Verdachts des Betruges und der Geldwäsche – erheblich an Bedeutung eingebüßt und entfaltet nur noch lokal nennenswerte Aktivitäten. Im Berichtszeitraum existierte in der Szene keine bundesweit relevante Organisation. Ungeachtet der derzeitigen organisatorischen Schwäche des Delegitimierungsspektrums und der im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zurückgegangenen Proteste halten Akteure dieses Phäno-

menbereichs im Kern an ihren verfassungsfeindlichen Positionen fest und versuchen, diese weiter zu verbreiten“ (Bundesministerium des Innern und für Heimat, 2023, S. 118–119). Dementsprechend ist die „Querdenken“-Bewegung nach unserer Einschätzung durchaus als extremistisch zu bewerten. Eine Notwendigkeit, unsere Einstufung der „Querdenken“-Bewegung als extremistische zurückzunehmen ergibt sich daher nicht. Eine kritische Einordnung der Maßnahmen, die in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie durch staatliche Institutionen ergriffen wurden, ist nicht Inhalt unseres Beitrages, daher verzichten wir diesbezüglich auf einen Kommentar.

Ihre Autor*innen

Literatur

Bundesministerium des Innern und für Heimat (2023). Verfassungsschutzbericht 2022. Verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/sicherheit/vsb2022-BMI23007.pdf> [19.07.24].

Lauterbachs gesundheitspolitisches Reformjahr 2024 – Ein Überblick

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat sich eine Runderneuerung des Gesundheitswesens vorgenommen und dabei insbesondere die Krankenhaus- und die Notfallversorgung ins Auge gefasst. Aber auch die ambulante Versorgung soll endlich reformiert werden. Sein Ministerium hat in den letzten Monaten eine Reihe an Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht.

Mit dem **Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)** soll die ambulante Versorgung in den Kommunen gestärkt werden. Damit soll auch die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessert werden. Ein wichtiger Meilenstein ist die geplante separate Bepflanzung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, über die künftig eine schnellere und wohnortnahe Versorgung ermöglicht werden könnte. Zusätzliche Behandlungskapazitäten sollen zudem über Ermächtigungen von Psychotherapeut*innen für die Versorgung von Patient*innen mit Suchterkrankungen, geistiger Behinderung oder schweren Funktionseinschränkungen entstehen. Für schwer psychisch erkrankte Patient*innen kann damit der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung erleichtert, aber auch die vernetzte Versorgung mit Einrichtungen der Suchthilfe, der Eingliederungshilfe oder mit gemeindepsychiatrischen Verbänden gefördert werden. Allerdings wurde eine Bedarfsplanungsreform, die zusätzliche Kassensitze auch für die Versorgung von Erwachsenen in ländlichen und strukturschwachen Regionen schaffen würde, im Gesetzentwurf nicht vorgesehen.

Endlich aber wird die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung im GVSG thematisiert. Allerdings reicht

der vorliegende Regelungsvorschlag zur Finanzierung der Weiterbildungsambulanzen nicht aus und muss nachgebessert werden. Großen Unmut gibt es zudem darüber, dass bislang keine Regelungen vorgesehen sind, mit denen die Finanzierungslücke für die Weiterbildung in Praxen, MVZ und Kliniken geschlossen werden kann – eine Einschätzung, die auch der Bundesrat teilt.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist ein politischer Drahtseilakt. Bisher lässt die Reform die stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen außer Acht – und das, obwohl seit Jahren bekannt ist, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mehr Personal benötigen. Dazu muss die PPP-Richtlinie um Qualitätsvorgaben für eine

leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden. Aber auch Weiterbildungsstellen für Psychotherapeut*innen in den Kliniken müssen in ausreichender Anzahl geschaffen werden.

Auch bei der Notfallreform werden Menschen in psychischen Krisen bislang nicht mitgedacht, obwohl sie in Notfallambulanzen zu häufig unversorgt oder fehlversorgt sind. Die geplanten integrierten Notfallzentren (INZ) könnten flächendeckend einheitliche Strukturen und Anlaufstellen für sie bieten. Deshalb sollten eine fachlich qualifizierte Einschätzung des Versorgungsbedarfs bei akuten psychischen Krisen sowie eine strukturierte und verbindliche Weiterleitung in die passende Versorgungsebene in den INZ gesichert werden.



Über 500 Studierende der Psychologie/Psychotherapie haben mit Unterstützung der BPTK, der Landespsychotherapeutenkammern, Berufsverbände und Hochschulen am 6. Juni 2024 ein klares Zeichen gesetzt, als sie im Rahmen einer Kundgebung vor dem Deutschen Bundestag auf den Missstand aufmerksam gemacht haben: Die Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung muss ins GVSG.

Die Prävention muss gestärkt werden. Der Bundesgesundheitsminister hat dazu allerdings zwei strittige Vorhaben auf den Weg gebracht: Mit dem Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) soll kardiovaskulären Erkrankungen vor allem mit Medikamenten vorgebeugt werden. Gesunder Lebensstil und Verhältnisprävention werden dabei außer Acht gelassen. Auch Faktoren wie Stress oder psychische Erkrankungen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen befördern, bleiben unbeachtet. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit sollen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Teile des Robert Koch-Instituts (RKI) in einem Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) aufgehen. Dabei muss ein echter Public-Health-Ansatz verfolgt werden, der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe und auch die psychische Gesundheit in den Blick nimmt.

Gute Nachrichten gibt es hinsichtlich der bevorstehenden **Änderung der Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen**. Das Ministerium plant, die Prüfungen effizienter zu gestalten und Ressourcen zu sparen. So soll die anwendungsorientierte Parcoursprüfung auf zwei Stationen beschränkt werden, in denen die fünf Kompetenzbereiche unter Beteiligung von Schauspielern geprüft werden. Diese

BPTK-Fachtag „Antisemitismus, Rassismus: Diskriminierung in der Psychotherapie“

Am 8. Oktober 2024 veranstaltet die BPTK von 9:30 bis 16:30 Uhr einen digitalen Fachtag zum Thema „Diskriminierung in der Psychotherapie“, mit einem Schwerpunkt auf Antisemitismus und Rassismus.

Der Zusammenhang von Diskriminierungserfahrungen und damit verbundenen Risiken für die psychische Gesundheit ist vielfach belegt. Vor diesem Hintergrund erarbeitet die BPTK eine umfassende und langfristige Strategie, um dieses Thema innerhalb der Profession zu erörtern und Veränderungen herbeizuführen. Der Fachtag mit Vorträgen von Expert*innen soll hierzu den Anstoß geben, unterschiedliche Aspekte von Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit Psychotherapie vorzustellen und sich mit verschiedenen Perspektiven auseinanderzusetzen, gemeinsam zu diskutieren und zu reflektieren. Im Fokus der Veranstaltung stehen Implikationen für die Praxis von Psychotherapie.

Der Fachtag steht allen interessierten Mitgliedern offen. Eine Zertifizierung der Fortbildung bei der Berliner Psychotherapeutenkammer ist beantragt. Das Programm des Fachtages und die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter: www.bptk.de/neuigkeiten/bptk-fachtag-antisemitismus-rassismus-diskriminierung-in-der-psychotherapieneuigkeit/.

Änderungen sind wichtige Schritte in die richtige Richtung, aber es bleiben wichtige Probleme ungelöst. Deshalb muss dringend mittelfristig ein neues Prüfungsformat entwickelt werden.

Alle Reformvorhaben sollen nach den Plänen des Bundesministers noch in diesem Jahr abgeschlossen werden. Die Runderneuerung des Gesundheitswesens ist damit jedoch nicht beendet: Im letzten Jahr der Legislaturperiode sollen eine Rettungsdienstreform, ein Suizidpräventionsgesetz, ein Bürokratieentlastungsgesetz, die Novelle des Patientenrechtgesetzes sowie der

Aktionsplan für ein barrierefreies, inklusives und diverses Gesundheitswesen vorgelegt werden, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen und für Psychotherapeut*innen von hoher Relevanz sind. Die BPTK setzt sich in den Reformvorhaben gegenüber der Bundespolitik weiter dafür ein, dass die Prävention psychischer Erkrankungen berücksichtigt, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im ambulanten und stationären Bereich weiterentwickelt sowie die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung gesichert wird.

Neue Abrechnungsempfehlungen stärken die Versorgung von Privatversicherten

Zum 1. Juli sind Abrechnungsempfehlungen zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen in Kraft getreten, die die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gemeinsam mit der Bundesärztekammer, dem PKV-Verband und den Beihilfestellen von Bund und Ländern (mit Ausnahme von Hamburg und Schleswig-Holstein) vereinbaren konnte. Damit wurde das Leistungsspektrum, das Psychotherapeut*innen in der Versorgung von Privatversicherten und Beihilferechtigten zur Verfügung steht, modernisiert und erweitert, sowie eine bessere Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen vereinbart.

Die gültige Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) bzw. die Gebührenordnung der Ärzt*innen (GOÄ), auf deren Kapitel B und G die GOP verweist, war 28 Jahre nach der letzten Teilnovellierung der GOÄ völlig veraltet: In der GOP fehlten zahlreiche psychotherapeutische Leistungen, wie sie in der Versorgung gesetzlich Versicherter zur Verfügung stehen. Die Bewertung der Leistungen war seither unverändert und gegenüber der EBM-Vergütung deutlich zurückgeblieben. Schon seit vielen Jahren liegt ein unter Beteiligung der BPTK entwickeltes und mit den Kostenträgern konsentiertes Leistungsverzeichnis einer neuen GOÄ

vor. Auch hinsichtlich der Bewertung der Leistungen einer neuen GOÄ konnte mittlerweile zwischen Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe Einvernehmen hergestellt werden. Wie in den vergangenen Legislaturperioden fehlt es dem Bundesgesundheitsministerium jedoch weiterhin an politischem Willen, die überfällige Novellierung der GOÄ auf den Weg zu bringen.

Um dennoch kurzfristig das Leistungsspektrum in der Privatpsychotherapie zu erweitern und die Vergütungen zu verbessern, hat die BPTK als Übergangslösung Abrechnungsempfehlungen für psychotherapeutische Leistungen ver-

handelt, die nicht im geltenden Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Ein zentraler Bestandteil dieser Empfehlungen sind die Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung, der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie im Einzelsetting (je vollendete 25 Minuten) und der gruppenpsychotherapeutischen Kurzzeittherapie (je vollendete 50 Minuten), die jeweils nach der Nr. 812 analog berechnungsfähig sind. Daraus ergeben sich bei einem 2,3-fachen Steigerungssatz 134,06 Euro für eine mindestens 50-minütige Ein-

zeltherapiesitzung beziehungsweise für eine Doppelstunde Gruppenpsychotherapie je Teilnehmer*in.

Ein weiteres zentrales Element ist die neue psychotherapeutische Untersuchungsleistung der „Erhebung des aktuellen psychischen Befundes“ (Nr. 801 analog; 33,52 Euro bei 2,3-fachem Faktor). Diese ist neben einer psychotherapeutischen Behandlungsleistung grundsätzlich berechnungsfähig und kann auch bei einer hochfrequenten Behandlung pro Sitzung zugesetzt werden, nicht jedoch neben

einer psychotherapeutischen Sprechstunde.

Darüber hinaus sehen die Abrechnungsempfehlungen als Analogleistungen die Durchführung, Auswertung und Besprechung einer psychologischen Testbatterie zum umfassenden Assessment mit mindestens drei Testverfahren und die Anwendung strukturierter klinisch-diagnostischer Interviews vor, die jeweils über die Nr. 855 analog abgerechnet werden können. Auch der gewachsenen Bedeutung von digitalen Anwendungen in der psychotherapeutischen Versorgung wurde mit einer Analogleistung zur Einbindung einer die Psychotherapie spezifisch ergänzenden oder unterstützenden DiGA Rechnung getragen, die nach der Nr. 804 analog berechnet werden kann. Weitere Neuerungen beziehen sich auf die Erweiterung des Leistungsspektrums um in der GOÄ als „psychiatrisch“ gekennzeichnete Leistungen, unter anderem psychotherapeutische Kurzinterventionen, Beratungsleistungen für Bezugspersonen und zur Fortführung einer biografischen Anamnese unter Einschaltung von Bezugspersonen.

Die vollständigen Abrechnungsempfehlungen und eine Übersicht über Analogleistungen einschließlich der Bewertungen können auf der Homepage der BPTK abgerufen werden: www.bptk.de/psychotherapeut-innen/#vergutung.

Die BPTK führt Online-Informationsveranstaltungen durch, bei denen die Abrechnungsempfehlungen im Detail vorgestellt und Fragen beantwortet werden. Informationen zu den Terminen und zur Anmeldung können Interessierte hier nachlesen: www.bptk.de/neuigkeiten/umsetzung-der-abrechnungsempfehlungen-in-der-privatpsychotherapeutischen-versorgung/.

Darüber hinaus wird eine Praxis-Info die Abrechnungsempfehlungen ausführlich erläutern und die wichtigsten Auslegungsfragen beantworten.

Aktualisierungen Praxis-Infos „Medizinische Reha“ und „DiGA“ sowie Leitlinien-Info „Grundlagen und Übersicht“

Mit der Veröffentlichungsreihe „Praxis-Info“ und „Leitlinien-Info“ informiert die BPTK praxisorientiert über relevante Neuerungen in der Versorgung und Empfehlungen wichtiger Leitlinien. Drei Veröffentlichungen hat die BPTK jetzt aktualisiert:

■ Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“:

Die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Kosten der Krankenkasse kann seit 1. Januar 2024 auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass der*die Patient*in dem*der Psychotherapeut*in aus dem unmittelbaren persönlichen Kontakt bekannt und eine Befunderhebung per Video möglich ist. Die Änderung geht auf einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 19. Januar 2023 zurück. Was Psychotherapeut*innen bei der Verordnung per Videosprechstunde beachten müssen, hat die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) in ihrer überarbeiteten Fassung der Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“ ergänzt. Zudem wurden die Formulare zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation sowie zum Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung aktualisiert.

■ Praxis-Info „Digitale Gesundheitsanwendungen“:

Seit 2019 können Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen sogenannte digitale Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA, verordnen. Die Praxis-Info informiert darüber, was beim Einsatz von DiGA zu beachten ist, wie sie in die psychotherapeutische Versorgung integriert werden können und wie eine geeignete DiGA ausgewählt werden kann. In der aktualisierten Version wurden unter anderem Weiterentwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt, neue Praxis-Beispiele und Hinweise zur Vergütung aufgenommen.

■ Leitlinien-Info „Grundlagen und Übersicht“:

Zu einer Vielzahl psychischer Erkrankungen liegen mittlerweile evidenzbasierte Leitlinien vor. Die meisten empfehlen psychotherapeutische Behandlungen als Mittel der Wahl. Auch deshalb ist Psychotherapie in der ambulanten und stationären Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr wegzudenken. Leitlinien sind häufig sehr umfangreiche Kompendien. Nicht alle Leitlinien sind immer leicht zu finden. In der aktualisierten Leitlinien-Info „Grundlagen und Übersicht“ informiert die BPTK darüber, wie Leitlinien erarbeitet werden und welche für Psychotherapeut*innen wichtig, bereits veröffentlicht oder geplant sind.

Europa hat gewählt: Auch für mehr (psychische) Gesundheit?

Am 16. Juli 2024 hat sich das neu gewählte Europäische Parlament konstituiert. 720 Abgeordnete nehmen die parlamentarische Arbeit für die nächsten fünf Jahre auf.

Der Ausschuss für Umwelt, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (ENVI) bleibt einer der größten Ausschüsse im EU-Parlament und spiegelt damit eine inhaltliche Schwerpunktsetzung der Parlamentarier*innen wider. Das Einsetzen eines eigenen Hauptausschusses nur für den Themenbereich Gesundheit fand keine Mehrheit. Jedoch hat sich der Wunsch, dass Gesundheitspolitik in der EU eine größere Rolle spielt, bei den Fraktionen gefestigt. Der Unterausschuss für öffentliche Gesundheit (SANT), dessen Mitglieder gesundheitspolitische Themen vorbereitend beraten, wird die Arbeit des ENVI-Ausschusses weiterhin unterstützen.

Die gesundheitspolitische Agenda der Fraktionen im EU-Parlament umfasst sowohl alte als auch neue Projekte: Man möchte etwa die EU-Gesundheitsunion vorantreiben und weiterhin Lehren aus der Pandemie ziehen, die Arzneimittelverfügbarkeit gewährleisten und den Pharmastandort Europa sichern. Geplant ist auch, die EU-Aktionspläne zu Krebs, psychischer Gesundheit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen umzusetzen und Lösungen für die Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme, den Fachkräftemangel oder die Sicherstellung der Versorgung zu finden. Mehrere Fraktionen des EU-Parlaments möchten mehr gesundheitspolitische Kompetenzen auf die EU übertragen, was auch in eine Reform der EU-Verträge einfließen könnte. Dass die EU mehr Kompeten-

zen im Bereich der Gesundheit erhalten soll, ist ein wiederkehrendes Thema, das bisher allerdings an den Mitgliedstaaten gescheitert ist.

Im Sommer wird sich entscheiden, wer das Directorate-General Sante (Health and Food Safety), die Kommission für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, führen wird. Die bestätigte EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen hat den gesundheitspolitischen Kurs bis 2029 bereits vorgegeben: Gesundheitspolitik sei vor allem Wirtschaftspolitik sowie Forschung und Innovation. Dabei werde es insbesondere darum gehen, Engpässe bei Arzneimitteln und Medizinprodukten zu verhindern, den Zugang zu innovativen Therapien zu erleichtern, den Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen zu fördern und die EU-Forschungsmittel aufzustocken. Angesichts der Gefahren, die Cyberangriffe für das Gesundheitswesen darstellen, solle ein EU-Aktionsplan für die Cybersicherheit von Krankenhäusern und Gesundheitsdienstleistern vorgelegt werden.

Aber auch die Prävention psychischer Erkrankungen müsse weiter gestärkt werden. Einen besonderen Fokus legt von der Leyen dabei auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die zunehmend von psychischen Belastungen betroffen seien. Insbesondere die Risiken und Gefahren durch soziale Medien und das Internet müssten in den Blick genommen werden. Als konkrete Maßnahmen kündigte sie eine europaweite Untersuchung zur Wirkung von sozialen Medien auf das psychische Wohlbefinden von jungen Menschen, einen Aktionsplan gegen Cyber-Mobbing sowie die Bekämpfung von suchterzeugenden Designs von Online-Diensten an. Fragen der psychischen Gesundheit sollen auch bei der Frage, wie die Digitalisierung die Arbeitswelt verändere, berücksichtigt werden. Vorgesehen ist zudem die Förderung der Autismus-Forschung. Eine EU-Strategie zur Bekämpfung von Armut soll auch Kinder vor sozialer Ausgrenzung schützen, indem der Zugang zu Bildung, Gesundheit und sozialen Leistungen verbessert wird.

BPtK-Flyer klären über Hitzegefahren auf

Steigende Temperaturen wirken sich nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die psychische Gesundheit aus. Insbesondere bei Menschen mit Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen, Demenz oder Depressionen sind die Gesundheitsrisiken durch Hitze erhöht.

Anlässlich des bundesweiten Hitzeaktionstages am 5. Juni 2024 hat die BPtK Informationsflyer zum Thema Hitze und psychische Gesundheit für Psychotherapeut*innen und Patient*innen veröffentlicht, die in Kooperation mit den Psychologists/Psychotherapists for Future (Psy4F) erstellt wurden. Die Flyer sollen dabei behilflich sein, Patient*innen mit psychischen Erkrankungen über Hitzegefahren aufzuklären (https://api.bptk.de/uploads/B_Pt_K_Hitzeschutzflyer_Patient_Innen_34fbef78fe.pdf) und Unterstützungsmöglichkeiten für die psychotherapeutische Praxis aufzuzeigen (https://api.bptk.de/uploads/B_Pt_K_Hitzeschutzflyer_Psychotherapeut_Innen_1022524d57.pdf).

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zu den Informationen der Kammer per Mail und auf der Homepage zu den ergänzenden Abrechnungsmöglichkeiten nach der Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) bei Privatpatient*innen gab es einige kritische Rückmeldungen. Häufiger Kritikpunkt war, dass die GOP grundsätzlich überarbeitet werden müsste, um sowohl inhaltlich die Leistungen als auch die Vergütung dem aktuellen Stand anzupassen.

Hierzu sind einige Erläuterungen erforderlich. Die GOP ist ein Auszug der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ). Diese wird mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung von der Bundesregierung erlassen. Voraussetzung und Grundlage der Novellierung des Leistungskatalogs und der Vergütung ist eine von der Bundesärztekammer (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Beihilfe konsentierter gemeinsamer Vorschlag für die Gebührenordnung. Dieser liegt seit längerer Zeit vor und wurde dem Bundesgesundheitsminister übergeben, ohne dass darauf eine Reaktion erfolgt ist. Somit ist die 1995 letztmals überarbeitete GOÄ/GOP weiterhin bindend. Mehrfacher Protest von Ärzte- und Psychotherapeutenkammern konnte nicht erreichen, dass bald eine Novellierung erlassen wird.

Im Hintergrund begonnene Verhandlungen zwischen Vertreter*innen der Psychotherapeut*innen und der PKV über Möglichkeiten zur Verbesserung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wurden um Vertreter*innen der Beihilfe erweitert, um eine tragfähige Vereinbarung zu finden, die im Rahmen der bestehenden GOP eine höhere Vergütung

psychotherapeutischer Leistungen ermöglicht. Das Verhandlungsergebnis wurde von der BÄK bestätigt, sodass diagnostische und anamnestiche Leistungen besser bewertet und auch Akut- und Kurzzeittherapien vergütet und Ergänzungen zu verfahrensspezifischen Psychotherapien möglich werden. Mit diesen Abrechnungen können lediglich Lücken im Leistungsverzeichnis vorübergehend geschlossen werden, eine generelle Neubewertung der Abrechnungsziffern ist, wie dargestellt, in diesem Rahmen nicht zulässig. Hierfür wäre die Bundesregierung und somit das Bundesgesundheitsministerium zuständig.

Es besteht zwischen den Landeskammern, der BpTK und der BÄK Einverständnis, dass diese Vereinbarung nur eine Übergangslösung darstellen kann und weiterhin politischer Druck notwendig ist, damit das BMG und die Bundesregierung ihre Aufgabe erfüllen und auf Grundlage des o. g. verhandelten Vorschlags einer GOP/GOÄ eine neue Rechtsverordnung erlässt. Bisher wird bedauerlicherweise hierzu vom BMG keine Bereitschaft signalisiert.

In der Hoffnung, dass wir ein wenig mehr Transparenz für die Vereinbarung zur GOP schaffen konnten, verbleiben wir mit besten kollegialen Grüßen

Ihr Kammervorstand

Dietrich Munz, Martin Klett,
Dorothea Groschwitz,
Petra Neumann und Erik Nordmann

Bericht von der 2. Sitzung der 6. Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW)

Die 2. Sitzung der 6. Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) fand am Samstag, den 6. Juli 2024, im Hotel Pullman in Stuttgart-Vaihingen statt. Ulrike Böker als gewählte Sitzungsleiterin eröffnete die Versammlung.

Nach Feststellung der Formalien informierte Dr. Munz, Präsident der Kammer

umfassend über die neuesten Entwicklungen, darunter die Einrichtung eines Personalrates. Er stellte zudem Natalia Häusler vor, die am 1. Mai 2024 die Nachfolge von Dr. Rüdiger Nübling als Leiterin des Ressorts Öffentlichkeitsarbeit angetreten hat.

Der Vizepräsident der Kammer, Martin Klett, stellte dann den Stand der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar. Er teilte mit, dass derzeit ca. 32 Antragsverfahren laufen, eine Weiterbildungsstätte endgültig und eine weitere unter Vorbehalt zugelassen wurde.

Danach folgte eine kontroverse Diskussion über die zu fordernden Theorieanteile in den jeweiligen Weiterbildungsabschnitten. Es wurde die Gefahr be-

nannt, dass viele Weiterbildungsteilnehmer*innen am Ende doch wieder einen großen Teil ihrer Weiterbildung selbst finanzieren müssen. Deutlich wurde auch, dass die Weiterbildungsordnung an manchen Stellen Auslegungsbedarf bezüglich ihrer praktischen Umsetzung hinterlässt.

Dr. Dietrich Munz berichtete ferner über den Fortschritt bei der Einrichtung von Kreispsychotherapeutenchaften, die durch eine kürzlich in das Heilberufekammergesetz aufgenommene Regelung ermöglicht wurden. Eine dafür eingerichtete Kommission berät über die Einzelheiten der Umsetzung. Es ist zunächst eine Erprobungsphase angedacht, in der Erfahrungen gesammelt, der Vertreterversammlung berichtet und dort bewertet werden sollen.

Vorstandsmitglied Dorothea Groschwitz stellte die erfolgreiche LPK-Fortbildungsreihe zur Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung vor. Diese Veranstaltungsreihe erfreut sich weiterhin großer Nachfrage und erhielt äußerst positive Resonanz von den teilnehmenden Kolleg*innen.

Die Vertreterinnen der Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA), Anne-Marie Scholz und Bronte Lutz, berichteten über ihre umfangreichen Aktivitäten für



Vertreterinnen der Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA), Anne-Marie Scholz und Bronte Lutz



Plenum der LPK-Vertreterversammlung

die PiA. Unter anderem wurde ein PiA-Mailingverteiler eingerichtet, eine Online-Infoveranstaltung zusammen mit dem Vorstand durchgeführt und eine Signal-Gruppe zum Austausch der PiA untereinander ins Leben gerufen.

Nach dem Ausscheiden von Dr. Roland Straub aus dem Vorstand wurde Sven Berendes, Psychologischer Psychotherapeut aus Wiesloch, zum neuen Behindertenbeauftragten ernannt.

Anschließend informierte Dr. Munz über die aktuell verabschiedeten gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer, der Bundesärztekammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen des Bundes und der Länder zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen. Er verwies in diesem Zusammenhang auch auf die geplanten Informationsveranstaltungen der BPtK zu diesem Thema, in denen Einzelfragen geklärt werden könnten.

Nach ausgiebiger Diskussion beauftragte die Versammlung den Vorstand, eine Klimakommission mit Expert*innen zum Thema der Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit einzurichten. Diese sei, so Präsident Dr. Munz notwendig, da die Kammer zunehmend häufiger zu empirischen Belegen für psychische Be-

lastungen durch Klimaänderungen und deren Folgen sowie zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen oder zu „Klima-Resilienz“ angefragt und um fachliche Stellungnahmen gebeten werde.

Abschließend wurden noch Änderungen an der Gebühren- und Fortbildungsordnung sowie Änderungen an der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen beschlossen.



Dipl.-Psych. Sven Berendes, Psychologischer Psychotherapeut und neuer Behindertenbeauftragter der LPK-BW

In einer abschließenden Debatte wurden Änderungen der Satzungen zur Wahl der Vertreter*innen der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung zur Vertreterversammlung diskutiert. Durch die Approbation und das damit verbundene Herausfallen aus dem Wahlkörper

der PiA wurde eine Regelung eingeführt, bei Bedarf mehr als eine PiA-Versammlung pro Jahr abzuhalten und freiwerdende PiA-Sitze zunächst durch gewählte Ersatzpersonen zu besetzen. Dies gewährleistet nun eine nahtlose

Besetzung der PiA-Sitze und flexibilisiert das Verfahren.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



Psychotherapie trifft Selbsthilfe: Fachtag am 29. Juni 2024 in Freiburg

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer, der Bezirksärztekammer Südbaden, der LAG-Selbsthilfe und der SEKIS Baden-Württemberg organisierte Fachtagung zum Thema „Psychotherapie trifft Selbsthilfe“ fand am Samstag, den 29. Juni 2024 im Haus der KV-Bezirksstelle Südbaden in Freiburg statt.

Ziel der Veranstaltung war es 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 Kooperation bzw. die Vernetzung zwischen Selbsthilfegruppen und der psychotherapeutischen Versorgung fördern.

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, sowie die Präsidentin der Bezirksärztekammer Südwürttemberg, Dr. Paula Hetzler-Rusch, standen die Vorträge im Vordergrund. Moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. Peter Baumgartner, Bezirksbeirat der KV.

Zunächst gab Lena Binkowski, Tumorzentrum/Uniklinik Freiburg, eine Einführung zum Thema „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe als Pfeiler der psychosozialen Versorgung“. Anschließend berichtete Rainer Höflicher aus der Sicht eines Betroffenen über die Gründung und Arbeitsweise seiner Selbsthilfegruppe.

Danach konnten sich die Teilnehmenden bis zur Mittagspause in einer „Wal-

king Gallery“ mit jeweiligen Infopoints verschiedener SH-Gruppen und -Verbände austauschen. Nach der Pause berichteten die Selbsthilfekontaktstellen SEKIS über Selbsthilfegruppen am Beispiel ihrer Arbeit in Konstanz.

Anschließend referierte LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz über die Schnittstellen zwischen „Psychotherapie und Selbsthilfe – eine gegenseitige Ergänzung“.

Dabei ging er u. a. auf die Wirkmechanismen der Selbsthilfe sowie auf ihre Verankerung in den AWMF-Leitlinien ein. In der abschließenden Plenardiskussion wurden die Themen aus den Perspektiven Betroffener und Professioneller ausführlich diskutiert. Viele äußerten ein sehr positives Fazit, auch in Richtung künftiger und besserer Vernetzungsmöglichkeiten.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



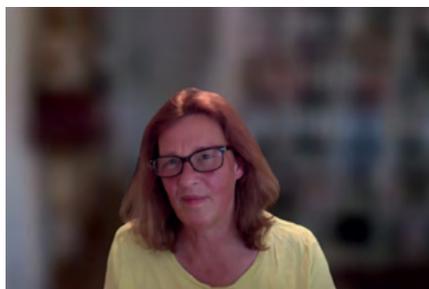
Herr Dr. Munz hält Vortrag.



Innovative Ansätze und Erfolge in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Einschränkungen

Am 25. Juni 2024 und am 9. Juli 2024 fanden zwei weitere Veranstaltungen der Fortbildungsreihe zur Psychotherapie für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen statt. Diese Veranstaltungen ermöglichten einen tiefen Einblick in die Herausforderungen und Erfolge der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Silke Sacksofsky, die Referentin der Veranstaltung am 25. Juni, präsentierte ihre langjährige Erfahrung und ihre praxisorientierten Ansätze. Im Mittelpunkt stand die strukturierte Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen. Silke Sacksofsky legte besonderen Wert auf die Förderung der Selbstbe-



Silke Sacksofsky

hauptung und den Umgang mit Ängsten und negativen Emotionen. Sie betonte die Bedeutung der Einbindung von Angehörigen und Betreuenden, um eine umfassende Unterstützung für die Betroffenen zu gewährleisten. Die 84 anwesenden Teilnehmenden brachten sich aktiv ein, stellten viele Fragen und beteiligten sich lebhaft an den Diskussionen. Die positive Resonanz auf Sacksofskys Vortrag unterstreicht die hohe Relevanz und Praxisnähe ihrer Ansätze.

Am 9. Juli referierte Klaus Diegel zum Thema „Herausforderndes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Einschränkungen“. Anhand von Fallbeispielen erläuterte er die Entstehung, Aufrechterhaltung und Intervention solcher Verhaltensweisen. Mit rund 130 Teilnehmenden war das Interesse an dieser Thematik groß. Klaus Diegel teilte seine Erfahrungen und verdeutlichte die Notwendigkeit einer differenzierten Analyse von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit und ohne Behinderung. Er hob hervor, dass psychische Störungen unabhängig von der intellektuellen Beeinträchtigung auftreten können und eine frühzeitige und



Klaus Diegel

angemessene Intervention entscheidend ist.

Die beiden Veranstaltungen der LPK-Fortbildungsreihe haben erneut gezeigt, dass die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht nur möglich, sondern auch äußerst effektiv ist. Die Fortbildungsreihe wird auch weiterhin wertvolle Unterstützung und praxisnahe Anregungen für Fachkräfte in diesem Bereich bieten.

Wir freuen uns bereits auf die nächsten Veranstaltungen dieser Fortbildungsreihe und sind gespannt, noch mehr Teilnehmende begrüßen zu dürfen.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



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

Mitglieder-Forum 2024: Austausch zur Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen und zur Qualitätssicherung

Am 10. Juli 2024 lud der Vorstand wieder zu einem digitalen Mitglieder-Forum ein. Das Mitglieder-Forum stellt eine Plattform dar, bei der der Vorstand über aktuelle berufspolitische Themen informiert und Raum für Fragen, Diskussion und Austausch mit und unter den Mitgliedern schafft. Über 330 Kammermitglieder schalteten sich zu.

Einen großen thematischen Schwerpunkt bildete die Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP), deren Reform seit vielen Jahren überfällig ist. Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop stellte den aktuellen Stand der Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer Bayern und der Bundespsychotherapeutenkammer in Bezug auf eine Aktualisierung der Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen und sich daraus ergebende Perspektiven für die psychotherapeutische Behandlung von Privatpatient*innen dar. Er erläuterte hierbei insbesondere die gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen von Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen, die seit dem 1. Juli 2024 gelten. Hintergrund der Änderungen ist, dass seit 1996 das psychotherapeutische Leistungsspektrum der Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen und ihre Bewertungen nicht mehr angepasst wurden. Eine moderne psychotherapeutische Versorgung lässt sich damit nicht adäquat abbilden, sowohl hinsichtlich der Diagnostik als auch der Behandlung psychischer Erkrankungen. Der erreichte Konsens über die neuen Abrechnungsempfehlungen bringt nun



Der Vorstand diskutierte mit den Kammermitgliedern: 1. Reihe: Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel; 2. Reihe: Prof. Dr. Monika Sommer und 2. Vizepräsidentin Nicole Nagel; 3. Reihe: Birgit Gorgas; nicht im Bild: Dr. Anke Pielsticker und Prof. Dr. Heiner Vogel. (Foto PTK Bayern)

erhebliche Verbesserungen in mehreren Bereichen. Die PTK Bayern wertet dieses Ergebnis als erfreulichen Zwischenschritt und setzt sich weiterhin für eine Anpassung der Regelungen der GOP ein.

Ein weiterer großer Themenschwerpunkt war die Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Zunächst gab Vorstandsmitglied Prof. Dr. Monika Sommer einen Überblick über die Qualitätssicherung im stationären Bereich. Sie erläuterte dabei die Grundstrukturen der Qualitätssicherung anhand konkreter Beispiele. Anschließend stellte Kam-

merpräsident Dr. Nikolaus Melcop die aktuellen Entwicklungen und Perspektiven der Qualitätssicherung in ambulanten Bereich vor. Dabei ging er auf die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags für eine Qualitätssicherung im ambulanten psychotherapeutischen Bereich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss einschließlich der Kritik daran ein und stellte mögliche Perspektiven für die Profession vor.

Die Kammermitglieder nutzten das Forum zum Austausch und zur Diskussion sowie dazu, konkrete Fragen an den Vorstand zu stellen.

Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Großes Interesse an Fortbildung

Die PTK Bayern bot am 14. Juni 2024 erneut eine Online-Veranstaltung zum Thema „Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ an. Bereits im Jahr 2023 fand diese Veranstaltung großen Anklang, weshalb sie auch im nächsten Jahr erneut angeboten werden soll.

Bei der aktuellen Veranstaltung nahmen 220 Kolleg*innen teil. Inhalt der Fortbildungsveranstaltung war die Darstellung und die Diskussion berufsrechtlicher Fragestellungen, die sich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen typischerweise ergeben können und daher auch immer wieder in Anfragen an die Kammer thematisiert werden. Nach einer Einführung durch Nicole Nagel, Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeutin und 2. Vizepräsidentin der PTK Bayern, wurden wesentliche Problembereiche aus juristischer Sicht vorgestellt und Hinweise für die Handhabung in der Praxis gegeben.

Psychotherapeut*innen, die Kinder und Jugendliche behandeln, kennen die Besonderheiten bei der Behandlung dieser Altersgruppen – in entwicklungspsychologischer bzw. entwicklungspsychopathologischer Hinsicht, die speziellen Schwierigkeiten im Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung, aber auch die Komplexität durch den Einbezug des Systems Familie und anderer Lebenswelten der Kinder bzw. der Jugendlichen. Eingebettet ist die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen allerdings in einen rechtlichen Rahmen, der sich auf unterschiedliche Rechtsbe-

reiche erstreckt. Die Berufsordnung der Kammer enthält ausdrückliche Regelungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die in den rechtlichen Gesamtkontext eingeordnet werden müssen.

In der Veranstaltung wurden daher detailliert Fragestellungen zu den Themen Aufklärung und Einwilligung, Schweigepflicht und Dokumentation sowie Einsichtnahme in die Patient*innenakte aus berufsrechtlicher Sicht von Kammerjuristen dargestellt.

Anschließend nutzten die Teilnehmenden der Veranstaltung die Möglichkeit, eigene Fragen und Problemfälle ausführlich zu diskutieren.

PTK Bayern setzt sich für Hitzeschutz ein – Gemeinsamer Aktionstag des Bündnisses Hitzeschutz Bayern

Unter dem Titel „Mit Hitze keine Witze“ machten Expert*innen des bayerischen Gesundheitssektors am 3. Juni 2024 mit einem Aktionstag auf die Gesundheitsgefahren von Hitzewellen und mögliche Gegenmaßnahmen aufmerksam.

Im Rahmen des Symposiums stellten die Bündnispartner*innen wichtige Projekte zur Verbesserung des Hitzeschutzes vor. Zudem wurden Forderungen an die Politik für ein hitzeresilientes Deutschland bekräftigt. Dazu gehört einmal mehr ein klarer gesetzlicher Rahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Das Bündnis Hitzeschutz Bayern möchte gemeinsam Wissen über die gesundheitlichen Folgen von Hitze u. a. in Gesundheitseinrichtungen, bei Patient*innen und in der Bevölkerung verbreiten.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop sprach für die PTK Bayern und wies auf die Risiken von Hitzewellen für die

Psyche hin. Ängste, Depressionen und psychische Krisen können aufgrund von Hitzebelastungen zunehmen. Psychotherapeut*innen können in ihrer Arbeit durch Hitzeschutz in der eigenen Praxis, durch Informationsvermittlung und durch Vermittlung von Bewältigungsstrategien bei Betroffenen helfen.

Die PTK Bayern unterstützt hierbei ihre Mitglieder: Bereits 2023 hat die Kammer einen Musterhitzeschutzplan für die ambulante psychotherapeutische Praxis veröffentlicht und ihren Mitgliedern geschickt. Aktuell wurden auf Bundesebene ein Flyer für Psychotherapeut*innen sowie ein Flyer für Patient*innen vorbereitet, der über Gefahren der Hitze und mögliche Maßnahmen informiert.

Mittels eines Videogrußworts wurde die bayerische Staatsministerin Judith Gerlach zugeschaltet. Sie erkannte die Initiativen und Aktivitäten der Bündnispartner*innen lobend an und

stellte auch für das bayerische Gesundheitsministerium klar, dass Hitzeschutz ein wichtiges Thema ist, welches in der Politik berücksichtigt wird.

Prof. Dr. Harald Lesch, Fakultät für Physik der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), stellte sich in einem Impulsvortrag der Frage „Klimakrise – wie heiß ist zu heiß?“ und warnte: „Wir müssen uns in Zukunft auf deutlich gefährlichere meteorologische Hitzeszenarien einstellen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Gesundheitsakteur*innen Verantwortung für Hitzeschutz übernehmen und mit dem Hitzeaktionstag Politik und Gesellschaft wachrütteln.“

Dr. Martin Herrmann, 1. Vorsitzender der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. (KLUG), führte durch das Symposium und verdeutlichte, dass die Veranstaltung auch ein Appell an alle ist, Hitzegefahren ernst zu nehmen und Hitzeschutz konsequent umzusetzen: „Wir übernehmen

Verantwortung für ein hitzeresilientes Deutschland, fordern aber von den politischen Entscheidungsträger*innen,

Hitzeschutz gesetzlich und haushalterisch zu verankern. Auch aus wirtschaftlichen Gründen können wir es uns nicht

leisten, schlecht auf die steigenden Gesundheitsgefahren durch Hitze vorbereitet zu sein.“



Das Bündnis Hitzeschutz Bayern traf sich am 3. Juni 2024 zum Hitzeaktionstag und verdeutlichte: „Mit Hitze keine Witze“. (Foto: BLÄK)

Weiterbildung der Psychotherapeut*innen im Fokus

Die PTK Bayern ist intensiv mit der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen beschäftigt. Mittlerweile konnten bereits knapp 20 Weiterbildungsstätten in Bayern zugelassen werden ebenso wie eine Vielzahl von Weiterbildungsbefugten und auf Eignung geprüfte Personen für die Hinzuziehung als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in. In einigen Kliniken in Bayern haben die ersten Psychotherapeut*innen mit ihrer Weiterbildung begonnen. Auch wenn wichtige Fragen der Finanzierung für viele Einrichtungen weiterhin ungeklärt sind, sind mit diesen Zulassungen wichtige erste Schritte gemacht.

Fortlaufend erreichen die Kammer diverse Anfragen, bei denen deutlich wird, dass es großes Interesse, aber teilweise auch noch Unklarheiten bezüglich der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen gibt. Die PTK Bayern führt daher mit Interessierten, Kliniken, leitenden Psychotherapeut*innen u. a. stetig Austauschgespräche, um allgemeine und konkrete Fragen zu klären und so den Weg zur Umsetzung der Weiterbildung weiter zu ebnet. So hat die PTK Bayern diesen Sommer auch zwei große Informationsveranstaltungen ausgerichtet, um mehr Transparenz bezüglich der Regelungen der Weiter-

bildung zu schaffen, über aktuelle Entwicklungen zu informieren sowie Austausch und Diskussionen zur Weiterbildung zu ermöglichen.

Informationsveranstaltung für Studierende und Lehrpersonal

Am 3. Juni 2024 veranstaltete die PTK Bayern eine Informationsveranstaltung zur Weiterbildung, die sich direkt an Studierende und Lehrpersonal an Universitäten richtete. Knapp 280 Studierende und Dozent*innen nahmen dieses Angebot an und nutzten die Gelegenheit, Informationen über die Weiterbildung zu erhalten, die sich sinnvollerweise an das Psychotherapiestudium anschließt. Zunächst wurden ausführlich die Weiterbildung und deren Struktur, Ziele und Inhalte vorgestellt, wobei auch auf die verschiedenen Gebiete und Bereiche eingegangen wurde. Zudem wurde der aktuelle Stand der Rahmenbedingungen erläutert und über die bereits zugelassenen Weiterbildungsstätten informiert. Während der gesamten Veranstaltung wurde dabei viel Raum für Fragen der Anwesenden gewährt, was von den Teilnehmenden intensiv genutzt wurde.

Informationsveranstaltung zu aktuellen Entwicklungen und ersten Erfahrungen

Am 17. Juli 2024 richtete die PTK Bayern eine weitere Veranstaltung aus, die sich an Personen richtete, die an der Umsetzung der Weiterbildung interessiert oder sogar bereits beteiligt sind. Auch hier war eine große Nachfrage zu spüren – 250 Teilnehmende schalteten sich der Online-Veranstaltung zu. Dabei wurden zunächst in einer kurzen Einführung die Weiterbildungsordnung und aktuelle Entwicklungen vorgestellt. Anschließend wurde der Antragsprozess in den Fokus genommen, wobei die Antragsunterlagen und das Vorgehen der Kammer erläutert wurden. Außerdem wurden Beispiele für häufig aufkommenden Fragen vorgestellt und geklärt. Da bereits erste Weiterbildungsstätten ihren Betrieb aufnehmen, wurde auch über erste Erfahrungen mit der Umsetzung der Weiterbildung berichtet. Ganz konkret stellten zwei bereits zugelassene Weiterbildungsstätten – eine psychiatrische Klinik inkl. Tagesklinik sowie eine psychosomatische Klinik – ihre Erfahrungen bei Planung, Antragsablauf und Umsetzung vor. Auch hier wurde die Runde zur intensiven Diskussion und zum Austausch untereinander genutzt, wobei offene Fragen geklärt werden konnten.

Die verschiedenen Informationsveranstaltungen und Austauschrunden

werden von den Teilnehmenden stets sehr geschätzt. Die Kammer plant da-

her weitere Informationsveranstaltungen.

Kurznachrichten

Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

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

+++ Am 18. Juli 2024 fand ein **Austauschtreffen der Vertreter*innen der Gesundheitsregionen^{plus}** statt. Psychotherapeut*innen engagieren sich in den Regionen und setzen sich unter anderem für mehr Prävention und psychische Gesundheit ein. Die PTK Bayern lädt regelmäßig zu Treffen ein, um einen Austausch zu den verschiedenen Aktivitäten in den Regionen anzuregen. Zu Beginn wurden Prävention und Gesundheitsförderung als psychotherapeutisches Handlungsfelder genauer beleuchtet. Anschließend wurden das Fachkräfte-Netzwerk „Traunsteiner Präventionszirkel TRAPEZ“ und das Präventionsprojekt „GeschwisterCLUB“ vorgestellt. +++

+++ Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention hat einen Entwurf für den zweiten **bayerischen Psychiatriebericht** erstellt. Die PTK Bayern hat die Möglichkeit genutzt, in einer Stellungnahme Änderungsvorschläge einzubringen. +++

+++ Im Nachgang zu der **Hochwasserkatastrophe**, die im Frühsommer u. a. auch Bayern getroffen hat, startete die PTK Bayern einen Aufruf an ihre Mitglieder, freie Behandlungskapazitäten in den betroffenen Regionen zu melden. Die Rückmeldungen wurden genutzt, um unmittelbare Kontaktmöglichkeiten bei Anfragen durch von Hochwasser Betroffene, zuständige Behörden, Rettungsorganisationen und Kriseninterventionsteams bieten zu können. Die PTK Bayern dankt allen Mitgliedern für die schnelle Rückmeldung und unkomplizierte Vernetzung, um psychotherapeutische Hilfe in den Hochwassergebieten zügig zu ermöglichen. +++

+++ Vorstandsmitglied Prof. Dr. Monika Sommer hielt Mitte Mai bei der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben einen **Vortrag zum Spannungsfeld zwischen selbstbestimmtem Suizid und psychischen Erkrankungen**. In der anschließenden Diskussion der Teilnehmenden konnte die Sorge herausgehört werden, dass der Wunsch nach einem assistierten Suizid (im Alter) aufgrund von Depressionen oder Demenz nicht ernst genommen bzw. die Begleitung nicht gewährt wird. +++

+++ Vorstandsmitglied Birgit Gorgas nahm an einem Treffen zur **Novellierung der Grundsätze der Bayeri-**

schen Staatsregierung für Sucht- und Drogenfragen teil. Diese sollen möglichst Anfang 2025 veröffentlicht werden und beinhalten dann politische und fachliche Positionierungen zu Fragen der Prävention und Versorgung in den Bereichen Sucht und Drogen sowie einen Anlagenband, der die aktuellen Strukturen der Angebote für suchtkranke Menschen in Bayern darstellt. +++

+++ Im Juni und Juli 2024 fanden Sitzungen des **Runden Tisches „Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“** des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention statt, an dem Nicole Nagel, 2. Vizepräsidentin der PTK Bayern, und Kammergeschäftsführer Thomas Schmidt teilnahmen. Thematisiert wurden u. a. die weiter zunehmenden Versorgungsdefizite im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung und die aktuellen Entwicklungen zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). Es wurde diskutiert, wie die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Maßnahmen auf Landesebene verbessert werden kann. Hierzu wurden auch Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Leistungserbringung im psychotherapeutischen Bereich beleuchtet. +++

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

Delegiertenversammlung der Berliner Kammer feiert Meilenstein

Das Abgeordnetenhaus hat der Novellierung des Berliner Heilberufekammergesetzes (BlnHKG) zugestimmt und damit der Streichung des § 90, was den Weg für ein Berliner Versorgungswerk eröffnet. Dies ist ein Meilenstein in der Geschichte der PtK Berlin und wurde auch als solcher gefeiert. Ein kurzer Blick in die Vergangenheit zeigt, dass der direkte Austausch mit den Parteien sowie eine intensive Briefaktion der Verbände und Mitglieder hier maßgeblich zum Erfolg beigetragen haben. Nun liegt aber noch viel Arbeit vor uns: Welches Versorgungswerk soll gewählt werden und zu welchen Bedingungen? *Lesen Sie dazu mehr im nachfolgenden Artikel zum Berliner Versorgungswerk.*

Vorstandsbericht mit vielen Informationen zu den Gesetzgebungsverfahren

Kammerpräsidentin Eva-Maria Schweitzer-Köhn gab einen umfassenden Überblick zum aktuellen Kabinettsentwurf vom 22. Mai 2024 des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes, welcher wichtige zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssektor vorsieht. Insbesondere der Zugang zur Psychotherapie für vulnerable Gruppen soll verbessert und eine gesonderte Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche realisiert werden.

Die Aktionen der Studierenden zur Finanzierung der Weiterbildung, mit Unterstützung der Kammern und Verbände, gehen weiter. Mit der Kundgebung beim Deutschen Psychotherapeutentag in Würzburg, bei der die bayerische Gesundheitsministerin einen Redebeitrag hielt, sowie der Demonstration vor dem Bundestag am 6. Juni konnte ein großer Erfolg verzeichnet werden. Mit ei-

ner symbolischen Übergabe von 15 kg Postkarten beim Deutschen Psychotherapiekongress und einer Kundgebung bei der Gesundheitsministerkonferenz in Travemünde wurde weiterer Druck aufgebaut, denn der Fahrplan für das Gesetzgebungsverfahren sieht vor, dass bis Ende November 2024 das Gesetz beschlossen sein soll. Weitere öffentlichkeitswirksame Aktivitäten der Studierenden sind auch zukünftig geplant, denn trotz aller Aktionen und der eigentlich guten Zusammenarbeit, auch mit den Abgeordneten, gibt es derzeit noch keine sichtbaren Fortschritte für die Weiterbildungspraxen, die Weiterbildungsambulanzen sowie die stationäre Weiterbildung.

Bericht aus der Geschäftsstelle

Ein kurzer Einblick von Geschäftsführerin Brigitte Kemper-Bürger in die aktuellen Themen der Geschäftsstelle zeigte die Komplexität der Verwaltungsvorgänge und die stetig steigende Professionalität der Mitarbeitenden, die nötig

ist, um den digitalen Anforderungen auch gerecht zu werden. Während der laufenden Transformationsprozesse, wie der Planung, Gestaltung und Steuerung der Prozesse, kommt es zu einer erhöhten Belastung, die bisher insbesondere durch die sehr gute Teamarbeit gemeistert wurde. Besondere Ehrung innerhalb der DV wurde dann Frau Klötzner zuteil, die sieben Jahre lang mit außerordentlichem Engagement die Leitung des Sekretariats innehatte. Sie wurde mit viel Applaus, kleinen Geschenken sowie einem großen Dank verabschiedet, da sie Berlin und damit auch die Kammer verlassen wird.

Arbeitskreis Psychotherapie mit älteren Menschen stellt Aktivitäten vor

Frau Michel, Sprecherin des AK Psychotherapie mit älteren Menschen, wurde als Gastrednerin begrüßt. Sie stellte die umfangreichen Aktivitäten im Arbeitskreis vor und berichtete über die Expert*innengespräche, die bereits



Lissy Klötzner (links) wird mit einem Geschenk von der PtK Berlin verabschiedet.

begonnen haben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt derzeit auf der Verbesserung der Versorgung und der Veränderung von Zugangsbarrieren für ältere Menschen.

Es folgten Abstimmungen zum eLogbuch und zur Geschäftsordnung der Redaktion. Außerdem berichteten die Vorstandsmitglieder Ronald Schelte über die aktuellen Entwicklungen im

Bereich Weiterbildung sowie Ute Meybohm über eine Veranstaltung des AK Betriebliche Prävention.

Franziska Sommerfeld

Gesetzesänderung ist vollbracht, der Weg ist frei für ein Versorgungswerk!

Die Psychotherapeutenkammer Berlin (PtK Berlin) darf nun ein Versorgungswerk für ihre Mitglieder einrichten. Der Paragraph 90, der bisher allen Berliner Kammern, die nach dem 22. September 1999 gegründet worden sind, die Errichtung eines Versorgungswerks untersagt hatte, wurde ersatzlos gestrichen. Dies wurde am 23. Mai 2024 im Plenum des Berliner Abgeordnetenhauses mit Unterstützung aller Fraktionen beschlossen.

„Bereits seit der Gründung der Psychotherapeutenkammer Berlin vor über 20 Jahren setzen sich Vertreter*innen der Kammer für ein Versorgungswerk

ein. Wir sind sehr froh, dass es nun endlich für unsere Berliner Psychotherapeut*innen möglich sein wird, für die Altersvorsorge, Berufsunfähigkeit oder die Versorgung von Hinterbliebenen mit einem Versorgungswerk vorsorgen zu können“, erklärte Eva-Maria Schweitzer-Köhn, Präsidentin der PtK Berlin. Bundesweit war dies bislang einzig den Berliner selbstständig tätigen Psychotherapeut*innen verwehrt. „Dass diese Ungerechtigkeit ein Ende hat, erleichtert uns sehr.“

Bis es so weit sein wird, dass die Mitglieder der PtK Berlin einem Versorgungswerk beitreten können, wird es

jedoch noch dauern. Die PtK Berlin hat verschiedene Möglichkeiten, die es vorab zu prüfen gilt. So kann sich die Kammer einem bestehenden Versorgungswerk anschließen. Oder sie gründet ihr eigenes Versorgungswerk und tritt dann in einen Verbund anderer Versorgungswerke ein. Auf dem Weg zu einem eigenen Versorgungswerk müssen folglich noch viele gründlich abzuwägende Entscheidungen getroffen und Schritte unternommen werden. Denn am Ende soll es eine Lösung sein, die am besten den Interessen unserer Kammermitglieder sowie der zukünftigen Kammermitglieder gerecht wird.

Dr. Lea Gutz

KJP-Kommission – ein Zwischenfazit

Als Reaktion auf die in den vergangenen Jahren stark angestiegene psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen rief die PtK Berlin die Kommission „KJP Prävention“ ins Leben, die nunmehr seit 1,5 Jahren existiert – Zeit für ein Zwischenfazit.

Auf die Initiative von Eva Frank, Vorstandsmitglied der PtK Berlin, hin trafen sich erstmals am 25. November 2022 Angehörige verschiedenster Berufsgruppen (Senatsangehörige, Schulpsycholog*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Ärzt*innen, Mitarbeiter*innen der Krankenkassen und der KV sowie Psychotherapeut*innen) in den Räumen der PtK Berlin, um gemeinsam die aktuelle Problemlage zu sondieren, Bedarfe auszumachen und ein erstes Stimmungsbild einzuholen, in welche Richtung die Arbeit der Kommission KJP zukünftig weitergehen sollte.

Auch wenn es bereits Arbeitskreise im Land gab, die sich mit dem Feld psychischer Gesundheit junger Erwachsener

beschäftigten, so schien die Gruppe der Psychotherapeut*innen hierbei jedoch oft eher unterrepräsentiert. Um der deutlich angestiegenen Belastung gerecht zu werden, die in vielen Fällen bereits Intervention statt Prävention erforderlich erscheinen lässt, schien eine stärkere Vernetzung mit weiteren Bereichen des Systems – vor allem mit der Lebenswelt Schule und dem bestehenden Zugang zur psychiatrischen bezirklichen Versorgung – notwendig. Mögliche Interventionen sollten nicht einseitig gedacht werden, sondern unter Nutzung der Synergieeffekte der verschiedenen beteiligten Fachpersonen multiprofessionell betrachtet und möglichst nachhaltig angelegt werden. Nicht nur in Krisen scheint ein niedrigschwelliger Zugang zu professioneller Unterstützung wesentlich: Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren sollten früher erkannt und erreicht werden, Interventionen sensibel umgesetzt und nicht stigmatisierend angelegt sein. Auch die Lehrpersonen, die im beruflichen Alltag immer häufiger mit psychi-

schen Krisen konfrontiert sind, sollten in der multiprofessionellen Zusammenarbeit stärker entlastet werden.

Fragen, die in der multiprofessionellen Runde diskutiert wurden, waren u. a., welche Faktoren aus Sicht der Beteiligten zum Anstieg der psychischen Belastung von Schüler*innen beigetragen haben, welche bestehenden Angebote in Berlin nicht (mehr) ausreichend genutzt werden und wo es dennoch Bedarf gibt, nachzusteuern und zu ergänzen. Auch Konzepte anderer Länder (z. B. der Einsatz von Schulpsycholog*innen in Österreich und Südafrika oder an Schulen tätige Krankenschwestern in den USA) wurden eingebracht.

Mehrere Ebenen wurden als relevant für die Unterstützung der Schüler*innen angesehen:

- Direkte Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen: In welcher Form könnten Psychoedukation gestärkt und (pädagogische/therapeutische) Inter-

ventionen lebensweltnah umgesetzt werden?

- Direkte Arbeit mit den Lehrpersonen: Wie können diese besser in der Arbeit mit belasteten Kindern und Jugendlichen unterstützt werden, z. B. durch Fallbesprechungen oder durch Supervision?
- Vorhandene städtische Strukturen herausarbeiten und gezielter aufeinander abstimmen – möglichst durch eine koordinierende Fachkraft, welche die einzelnen Akteur*innen und Angebote kennt und miteinander vernetzt; Doppelstrukturen vermeiden.

Doch auch nach den bisher erfolgten fünf Arbeitstreffen gibt es einige offene Fragen, die im Prozess weiter geklärt werden sollen: Wie kann gesichert sein, dass zwischen den verschiedenen Zuständigkeitsbereichen (Schule, psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung) effektiv Synergieeffekte genutzt werden können? Welche Finanzierungsprobleme tun sich auf? Wie ist das Problem der oft über sehr lange

Zeit unbesetzten Stellen im Hilfenetzwerk zu lösen, welche die theoretisch vorhandenen Strukturen somit faktisch nicht nutzbar machen?

Welche Potenziale bietet Schule im Bereich Gesundheitsprävention? Wo könnte im Setting Schule eine Veränderung des vorrangig pädagogischen Auftrags hin zum zusätzlichen „gesundheitsorientierten Versorgungsauftrag“, z. B. ein bundesweit geltendes „Schulfach psychische Gesundheit“ eine Unterstützung sein? – gerade auch in Zeiten, in denen Desinformation, auch hinsichtlich des Verständnisses psychischer Krankheiten und Krisen, deutlich angestiegen ist.

Welche konkreten Hürden und Maßnahmen bringt eine psychotherapeutische Beratung im Sozialraum der Kinder und Lehrkräfte mit sich und wie kann damit umgegangen werden?

Auch die Politik kümmert sich verstärkt um das Thema. Im Rahmen des „Mental Health Day“, organisiert von der

Grünen Fraktion Bildung am 23. März 2024, diskutierten Schüler*innen, Lehrer*innen, Vertreter*innen der Jugendhilfe, Mitarbeiter*innen von Beratungsorganisationen, Politiker*innen, unter ihnen Thomas Götz (Staatssekretär für Gesundheit in Brandenburg (vormals Staatssekretär für Gesundheit und Pflege in der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung) und Eva Frank (Vorstandsmitglied PtK Berlin) über die Möglichkeiten von interdisziplinären Teams an Schulen.

Weitere Schritte sollen nun sein, die gewonnenen Erkenntnisse in konkreten Vorschlägen zusammenzufassen, um die Versorgung belasteter Kinder und Jugendlicher – gemeinsam und in Zusammenarbeit mit dem Setting Schule gedacht – effektiv und niedrigschwellig umzusetzen.

Wir bedanken uns bei allen Beteiligten für ihr bisheriges Engagement!

Mariana Rudolf

Erfolgreiche Informationsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Berlin zum Arbeitsfeld KJHG-Psychotherapie

Am 24. Juni 2024 fand eine und gut besuchte Informationsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Berlin (PtK Berlin) unter dem Titel „Arbeitsfeld KJHG-Psychotherapie – lebendig, vielfältig, netzwerk-orientiert“ statt. Diese Veranstaltung, die von 19:00 bis 22:00 Uhr dauerte, wurde vom Arbeitskreis KJHG der PtK Berlin organisiert und bot sowohl bereits im KJHG-Bereich tätigen Kolleg*innen als auch Interessierten spannende Einblicke in das vielseitige Arbeitsfeld.

Die Veranstaltung wurde feierlich von der Präsidentin der PtK Berlin, Eva-Maria Schweitzer-Köhn, eröffnet. Anna Heike Grüneke, Vorstandsmitglied für das Ressort KJHG-Psychotherapie, moderierte den Abend und führte durch das Programm.

KJHG-Psychotherapie, verankert im Kinder- und Jugendhilfegesetz

(SGB VIII), ist in Berlin ein zentrales Element der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder, Jugendliche sowie deren Eltern und Erziehungsberechtigte. Ein wichtiger Teil der psychotherapeutischen Versorgung in diesem Bereich wird von KJHG-Psychotherapeut*innen sichergestellt, was die Bedeutung dieser Therapieform für Berlin unterstreicht.

Simone Hossbach (niedergelassene KJHG-Psychotherapeutin) begann den Abend mit einer Darstellung der Unterschiede zwischen der psychotherapeutischen Arbeit nach SGB V und SGB VIII. Monika Nehring, ebenfalls niedergelassene KJHG-Psychotherapeutin, ergänzte diese theoretischen Einblicke durch anschauliche Falldarstellungen aus ihrer Praxis und verdeutlichte die praktische Umsetzung, was es heißt, als Psychotherapeut*in im

Rahmen eines Trägervertrages mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie Leistungen nach SGB VIII anzubieten.

Im zweiten Teil der Veranstaltung berichteten Iris Hölling, Jugendamtsdirektorin des Jugendamtes Treptow-Köpenick, und Dr. Gisa Kimont, Leiterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) Pankow sowie derzeitige Sprecherin der KJPDs, über die Herausforderungen aufseiten der zuweisenden Stellen. Sie betonten, dass die Nachfrage nach Hilfen zur Erziehung gestiegen, jedoch die zeitnahe Vermittlung an qualifizierte Psychotherapeut*innen oft schwierig sei.

Tanja Jacobi, Leiterin des Referats für Fort- und Weiterbildung, stellte die Ergebnisse einer Umfrage unter KJHG-Psychotherapeut*innen vor. Diese zeigte, dass neben der Einzeltherapie mit

den Patient*innen auch der Einbezug des Umfelds, neben Elterngesprächen, eine wesentliche und häufige Tätigkeit darstellt. Die Teilnehmenden der Umfrage schätzten mehrheitlich die Vergütung für diese anspruchsvolle Arbeit als zu niedrig ein.

Die Veranstaltung endete mit einem Ausblick auf die aktuelle berufspolitische Arbeit der PtK Berlin. Diese setzt sich in verschiedenen Gremien für den Erhalt und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der KJHG-Psychotherapie ein und informiert zudem darüber, wie Interessierte die Qualifikation in diesem Bereich erwerben können, welche in Zusammenarbeit zwischen der Psychotherapeutenkammer und der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie erfolgt.

Im Anschluss nutzten viele Teilnehmer*innen die Gelegenheit, sich an fünf Thementischen zu vernetzen und sich mit den verschiedenen Akteurinnen des spannenden Arbeitsfeldes der KJHG-Psychotherapie auszutauschen. Die Veranstaltung war ein voller Erfolg und bot den Teilnehmer*innen wertvolle Einblicke und Gelegenheiten zum Aus-



Die Referentinnen der KJHG-Veranstaltung

tausch. Eine Fortführung in Form eines Fachtages ist im März 2025 geplant.

Tanja Jacobi

Geschäftsstelle

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

49. Kammerversammlung

Am 28. Mai 2024 fand die 49. Kammerversammlung statt. Mit dem Haus der Wissenschaft konnte ein Veranstaltungsort gefunden werden, der zentral und für alle Kammermitglieder gut erreichbar gelegen ist.

Durch stringente Beiträge der Berichtserstattenden und fokussierte Wortmeldungen aus Reihen der Kammerangehörigen konnte eine inhaltlich vielseitige Tagesordnung gut und kurzweilig durchgearbeitet werden.

Der stellvertretenden Kammerpräsident Dr. Christoph Sülz begrüßte die 29 anwesenden Kammermitglieder und eröffnete die Versammlung.

Im Bericht des Vorstands stellte die Kammerpräsidentin Amelie Thobaben ausgewählte Aktivitäten des Vorstands vor. Sie wies auf die weiterhin nicht gelöste Frage der Finanzierung der Weiterbildung hin. Nach der erfolgreichen Petition und der Anhörung im Petitionsausschuss des Bundestages fehlt immer noch eine angemessene gesetzliche Regelung. Das Bundesgesundheitsministerium arbeite zwar an diversen Gesetzesvorhaben, welche in der Kammerversammlung skizziert und deren besonders relevanten Aspekte hervorgehoben wurden, ein Vorschlag zur Finanzierung lasse aber weiter auf sich warten. Der Vorstand habe das Thema mehrfach mit Politiker*innen besprochen und stets sei die Notwendigkeit einer zeitnahen Regelung bestätigt worden. Zuständig sei jedoch das Bundesgesundheitsministerium.

Veränderungen in der Geschäftsstelle

Durch die Beendigung der Kooperation bei der Gemeinsamen Akkreditierungs-

und Zertifizierungsstelle (GAZ) mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird in diesem Bereich mehr Verwaltungsaufwand in der Geschäftsstelle entstehen. Der Vorstand freute sich, mit Sandra Schulz eine neue Mitarbeiterin vorstellen zu können, die das Team der Geschäftsstelle unterstützen wird.

Die Digitalisierung der Psychotherapeutenkammer schreitet fort, wobei bei verschiedenen Verwaltungsaufgaben die Prozesse der Geschäftsstelle in zunehmendem Maße durch digitale Anwendungen vereinfacht werden sollen. Der Vorstand und die Geschäftsführung bemühten sich durch erfolgreiche Kooperationen mit anderen Kammern kostengünstige und oft bereits in der praktischen Anwendung erprobte Lösungen zu implementieren.

Nachwahl von Imke Vassil als Beisitzerin

Für die zwei vakanten Beisitzer*innenpositionen im Vorstand gab es eine Bewerberin. Imke Vassil wurde mit großer Zustimmung als Beisitzerin in den Vorstand gewählt. Frau Vassil ist derzeit in der Ausbildung zur KJP und verfügt bereits über langjährige Erfahrung in der Psychologie-Fachschaften-Konferenz und in diesem Zusammenhang auch in BPTK-Gremien sowie auf dem DPT. Aktuell ist sie sowohl in einer teilstationären Klinik in Bremerhaven als auch ambulant in Bremen tätig.

Die Wahl von Mitgliedern des KJP-Ausschusses erfolgte mangels Bewerbungen nicht. Somit bleibt der Ausschuss weiter unbesetzt. Eine erneute Wahl wird auf der Tagesordnung der kommenden Kammerversammlung vorgesehen.

Neufassung der Fortbildungsordnung, Anpassung der Gebührenordnung und der Weiterbildungsordnungen

Im Zuge der Übernahme der bisherigen Aufgaben der GAZ entstehen Regelungsbedarfe zur Akkreditierung von Fortbildungen, zur Verwaltung der Fortbildungskonten und zur Ausstellung von Fortbildungsnachweisen. Gemeinsam mit dem Fort- und Weiterbildungsausschuss waren eine Neufassung der Fortbildungsordnung und Änderungsvorschläge für die Gebührenordnung ausgearbeitet worden, die der Kammerversammlung zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt wurden. Ebenso wurden Vorschläge zur Änderung der Weiterbildungsordnung (WBO) PP/KJP vorgelegt, die die Bereichsweiterbildungen für PP und KJP regeln sollen. Dr. Kim Heinemann trug die verschiedenen Anträge vor.

Die vorgelegte Neufassung der Fortbildungsordnung orientiert sich deutlich an der Muster-Fortbildungsordnung und beinhaltet u. a. Ergänzungen, die auf die Besonderheiten der Verwaltungspraxis unserer Kammer abzielen.

Die WBO PP/KJP wurde so weit wie möglich an die WBO Pt angeglichen. Sobald die Ordnung rechtskräftig ist, können auch PP und KJP die entsprechenden Weiterbildungen und die damit verbundenen Zusatzbezeichnungen erwerben. Die Bereichsweiterbildungen sind zukünftig zu gleichen Bedingungen für alle Kammermitglieder zu durchlaufen. Über aktuelle Übergangsregelungen können sich Kammerangehörige in der Geschäftsstelle bei Julia Spieker informieren. In Bremen können

somit folgende Bereichsweiterbildungen erworben werden:

- Klinische Neuropsychologie,
- Spezielle Psychotherapie bei Diabetes,
- Spezielle Schmerzpsychotherapie,
- Sozialmedizin,
- Analytische Psychotherapie,
- Systemische Therapie,
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie
- Verhaltenstherapie.

Die Anpassungen der Gebührenordnung bilden die neu hinzugekommenen Verwaltungsaufgaben ab, für die die Kammer Gebühren erhebt.

Die Kammerversammlung beschloss die vorgeschlagene Neufassung der Fortbildungsordnung, die Anpassungen der Weiterbildungsordnungen und der Gebührenordnung.

Ein Antrag, der aus der Klima-AG und dem Fort- und Weiterbildungsausschuss gestellt wurde, schlug eine Regelung vor, die es ermöglichen sollte, die Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung im Ausland ablehnen zu können, wenn der Veranstaltungsort üblicherweise eine An- und Abreise der Kammermitglieder mit dem Flugzeug erforderlich mache. Nach intensiver Beratung durch die Kammerversammlung erfolgte eine Überweisung an den Vorstand zur weiteren Beratung des Themas.

Interner Mitgliederbereich

Frau Spieker stellte die verschiedenen Anwendungen innerhalb des Internen

Mitgliederbereichs (IMB) vor. Statt bisher drei Homepages und Zugangswege bedienen zu müssen, werden zukünftig nicht nur das Fortbildungskonto, sondern auch Psych-Info über den IMB verwaltet. Frau Spieker wies auf die geplanten Online-Einführungstermine hin, bei denen der IMB, seine Anwendungen und die einzelnen Funktionen den Anwender*innen erklärt werden sollen.

Die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und Interventionsgruppen wird bis zum Herbst 2024 noch über die GAZ erfolgen. Wenn die technischen Voraussetzungen geschaffen worden sind, wird auch diese Funktion im IMB zur Verfügung stehen. Hierzu folgen weitere Informationen zu einem späteren Zeitpunkt.

Resolutionen

Manuel Siegert stellte drei Resolutionen vor, die alle von der Kammerversammlung verabschiedet wurden.

Die Resolution *Cannabislegalisierung – Präventionsangebot systematisch etablieren und psychotherapeutische Behandlungsangebote ausbauen!* fordert den Senat der Freien Hansestadt Bremen dringend dazu auf, konkrete und strukturierte Maßnahmen zur Prävention und zur Behandlung cannabisbezogener Störungen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, auszubauen und sich auf Bundesebene politisch für entsprechende Maßnahmen einzusetzen.

Die Resolution *Klimaschutz ist Gesundheitsschutz* betont die Bewältigung und Eingrenzung der Klimakri-

se als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der es eines umfassenden strukturellen Wandels bedürfe. Psychotherapeut*innen setzten sich dafür ein, dass die Folgen der Klimakrise für die psychische Gesundheit berücksichtigt würden und zudem die psychische Widerstandsfähigkeit in der Gesellschaft gestärkt sowie die Auseinandersetzung mit der Klimakrise und der Transformation zu einer klimagerechteren Gesellschaft gefördert würde.

Die Resolution *Für Vielfalt, Freiheit und Toleranz* ist eine eindeutige Positionierung der Kammerversammlung gegen Strömungen in Politik und Gesellschaft, die darauf abzielen, Personen und bestimmten Gruppen von Mitbürger*innen ihre Rechte abzuerkennen und dadurch auch massiv deren psychische Gesundheit zu gefährden. Mit der Resolution ruft die Kammerversammlung den Senat der Freien Hansestadt Bremen dazu auf, sich Hass und Hetze, Antisemitismus, Rassismus und jeglicher Form von Diskriminierung entschlossen entgegenzustellen und sich aktiv für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft einzusetzen, die psychische Gesundheit aller Menschen zu stärken und den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Die nächste Kammerversammlung wird am 5. November 2024 um 19:30 Uhr im Vortragssaal der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen stattfinden.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Julia Spieker, Christoph Sülz, Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200–0
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,



V. l. n. r.: Dr. Claudia Gorba, Torsten Michels, Heike Peper, Dr. Thomas Bonnekamp und Kerstin Sude

der Redaktionsschluss dieser Ausgabe liegt nur wenige Tage nach dem Beginn der Hamburger Schulferien. Die Wochen vor der Sommerpause sind zumeist von intensiver Gremienarbeit gekennzeichnet. So war es auch in diesem Jahr.

Kommissionen und Ausschüsse kamen im Rahmen ihrer konstituierenden Sitzungen erstmalig in dieser Amtsperiode zusammen und verständigten sich auf ihre Beratungsthemen.

Die Ausschussmitglieder der neu eingerichteten Ausschüsse „Diversität und Antidiskriminierung“ sowie „Psychotherapeutische Versorgung von

Kindern und Jugendlichen“ wurden auf der 95. Delegiertenversammlung am 15. Mai 2024 gewählt. Auch diese beiden Ausschüsse konstituierten sich noch vor den Sommerferien in einer ersten Sitzung.

Zudem tagten die Arbeitskreise und bestimmten gemeinsam Aufgaben und Ziele ihres Engagements. Am 31. Mai 2024 luden Kerstin Sude und Torsten Michels zur Neu-Konstituierung des Arbeitskreises „Angestellte“ ein, um die Themen und Belange der angestellten Kolleg*innen in den Fokus zu nehmen. Und am 9. Juli 2024 kam unter der Leitung von Kerstin Sude und Dr. Paul Maximilian Kaiser der Arbeitskreis „PiA, PT & Psychotherapie-Studierende“ erstmalig zusammen, um die Themen Aus- und Weiterbildung sowie den Übergang vom Studium in die Aus- bzw. Weiterbildung zu bewegen.

Wir freuen uns, dass die Möglichkeiten der Diskussion und des Austausches rege angenommen werden. So kann in den gewählten Gremien, den thematischen Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitskreisen die Expertise aus der Profession zusammenwirken und im Sinne einer effektiven Vertretung unserer Profession genutzt werden.

Ihr Vorstand

Heike Peper, Präsidentin
Torsten Michels, Vize-Präsident
Dr. Thomas Bonnekamp
Dr. Claudia Gorba
Kerstin Sude

Bericht von der 95. Delegiertenversammlung

Am Abend des 15. Mai 2024 tagte die 95. Delegiertenversammlung (DV). Präsidentin Heike Peper eröffnete die Sitzung und begrüßte die anwesenden Delegierten im großen Konferenzraum der AlsterCity in Hamburg-Barmbek.

Berichte des Vorstandes

Die Vorstandsmitglieder informierten über die von ihnen begleiteten Aktivitäten der vergangenen Monate. Auf Landesebene waren dies u. a. ein Rückblick auf die Fortbildungsveranstaltung zum Berufsrecht für KJP sowie auf den Empfang für neue und neu approbierte

Mitglieder. Auf Bundesebene wurde z. B. unter der Beteiligung der Hamburger Delegierten über den 44. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in Würzburg berichtet. Schließlich wurde auch über die Themen des Nordkammertreffens in Hannover informiert.

Ausblick und Save-the-Date

Anschließend wies Heike Peper auf die in den Sommermonaten anstehenden kammereigenen Veranstaltungen wie die Fortbildungsveranstaltung „Beratung und Hilfe für Opfer von Gewalt“ am 11. Juni 2024 und die Informationsveranstaltung

zur neuen Weiterbildungsordnung für Ausbildungsinstitute am 19. Juni 2024 hin. Mit einem Save-the-Date machte die Präsidentin auf den 9. Hamburger Psychotherapeut*innentag am 12. Oktober 2024 aufmerksam und berichtete, dass der diesjährige Fortbildungstag sich in mehreren Vorträgen und Workshops unter dem Motto GLEICH.ANDERS. FREMD? dem Thema Vielfalt in der Psychotherapie widmen werde.

Aktuelles

Im Anschluss an die Termine informierte Heike Peper über den Stand der

Umsetzung der neuen Weiterbildung für Psychotherapeut*innen in Hamburg sowie über die neue Struktur der Weiterbildungsgremien der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Mit Dr. Claudia Gorba und Prof. Dr. Klaus Michael Reininger arbeiten zukünftig auch zwei Delegierte der PTK Hamburg in den neuen BPtK-Weiterbildungsgremien mit.

Auch der aktuelle Stand des von der Sozialbehörde initiierten Psychiatrieplans 2024 sowie der Planungsstand des diesjährigen Politischen Sommerfestes der Hamburger Heilberufekammern war Teil des Berichtes der Präsidentin.



Viel stand auf der Tagesordnung der 95. Delegiertenversammlung, u. a. die Berufung/Wahl der Mitglieder der neuen Ausschüsse „Diversität und Antidiskriminierung“ sowie „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.

Erste Sitzungen der Ausschüsse und Kommissionen

An die Vorstandsberichte schlossen sich die Berichte aus Ausschüssen und Kommissionen an, die im Rahmen der jeweiligen konstituierenden Sitzung erstmalig in dieser Amtsperiode zusammenkamen:

Vorstandsmitglied Dr. Claudia Gorba informierte zur Sitzung des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung (AFW) und berichtete, dass sie zu dessen neuer Vorsitzenden gewählt wurde. Dr. Thomas Bonnekamp berichtete von der ersten Sitzung des neugewählten Ausschusses psychosoziale Notfallversorgung. Und Prof. Dr. Klaus Michael Reininger endete mit dem Bericht über die konstituierende Sitzung des Haushaltsausschusses, in der er erneut zum Ausschussvorsitzenden gewählt wurde. Die einzelnen Positionen des Entwurfs zum Haushaltsabschluss 2023 wurden in der Ausschusssitzung vorgestellt und ein

positives Votum zum Beschluss in der DV abgegeben.

Vizepräsident Torsten Michels informierte über die erste Sitzung der Beschwerdekommision (BK), und dass die BK weiterhin mit laufenden und auch neuen Beschwerdefällen betraut ist. Auch die Ethikkommission tagte und bearbeitete zwischenzeitlich einen Antrag zur Prüfung. Kerstin Sude berichtete zur Prüfungskommission Fachsprachenprüfung (FSP).

Bericht aus der Geschäftsstelle

Es folgte der Bericht der Geschäftsführerin. Karen Walter informierte die Delegierten über einen Datenschutzvorfall. Sie stellte das Geschehen inklusive der nach Bekanntwerden umgehend durchgeführten Maßnahmen zur Korrektur transparent dar. Die Delegierten dankten Karen Walter für die schnelle, offene und lösungsorientierte Kommunikation. Anschließend gab Karen Walter einen Ausblick zur geplanten Weiterent-

wicklung des digitalen internen Mitgliederbereichs und berichtete gemeinsam mit Heike Peper zum aktuellen Stand der Entwicklung eines digitalen eLogbuches im Rahmen der neuen Weiterbildung.

Jahresabschluss 2023 und Entlastung des Vorstandes

Ricarda Müller sprach für den Rechnungsprüfungsausschuss und präsentierte dessen Bericht. Nach Erläuterungen des Rechnungsprüfungsausschusses und Ergänzungen von Karen Walter beschloss die DV einstimmig den vorliegenden Jahresabschluss 2023 sowie die Entlastung des Vorstandes für das Rechnungsjahr 2023.

Berufung/Wahl der Mitglieder zweier neuer Ausschüsse

Nachdem auf der letzten DV am 28. Februar 2024 Heike Peper über die Einrichtung zweier neuer Ausschüsse informiert hatte, stellte die Präsidentin



Vorstand und Geschäftsführung auf der 95. Delegiertenversammlung



zunächst nochmals die zentralen Aufgaben der Ausschüsse „Diversität und Antidiskriminierung“ sowie „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ vor. Die Wahl der Kandidat*innen erfolgte im Block, und beide Ausschüsse wurden mit großer Mehrheit bestätigt.

Ordnungen und Änderungsanträge

Auf der Tagesordnung standen die Beschlussvorlage der Neufassung

der Geschäftsordnung, die 1. Änderungsatzung der Fortbildungsordnung sowie die Neufassung der Weiterbildungsordnung für PP/KJP (WBO PP/KJP). Die Neufassung erfolgte, um die WBO PP/KJP an die neue WBO für Psychotherapeut*innen (WBO PT) anzupassen. Prof. Dr. Klaus Michael Reiningger bat um verfahrensspezifische Ergänzungen der Beschlussvorlage der Neufassung der WBO PP/KJP in den Bereichen „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ und „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. Nach den Erläuterun-

gen der jeweiligen Vorlagen wurden alle drei Beschlüsse samt dem Änderungsantrag von Prof. Dr. Klaus Michael Reiningger von den Delegierten mit großer Mehrheit, größtenteils einstimmig beschlossen.

Mit einem Dank für die konzentrierte Mitarbeit schloss Heike Peper die 95. DV. Die nächste Sitzung findet am 18. September 2024 statt.

TM/KM

Online-Fortbildungsveranstaltung zum Opferschutz vom 11. Juni 2024

Als die Kammer zur digitalen Fortbildungsveranstaltung „Beratung und Hilfe für Opfer von Gewalt“ eingeladen hatte, war das Interesse groß. Kammerpräsidentin Heike Peper, die die Veranstaltung am 11. Juni 2024 moderierte und fachlich begleitete, konnte rund 200 Teilnehmer*innen im virtuellen Raum begrüßen. Referentin Iris Hannig-Pasewald (Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapeutin mit Schwerpunkt

Traumatherapie sowie Leiterin der Beratungsstelle Opferhilfe Hamburg) gab zunächst einen Überblick über Opferschutz- und Beratungseinrichtungen in Hamburg und konnte mit ihrer fachlichen Expertise Antworten auf eine Vielzahl von Fragen geben, u. a. an welche Beratungsstelle bei häuslicher Gewalt, digitaler Gewalt oder bei Stalking zu verweisen sei und wohin sich Psychotherapeut*innen für einen fachlichen Austausch wenden können.

Iris Hannig-Pasewald stellte darüber hinaus die online verfügbaren Hilfsangebote für Betroffene von sexueller Gewalt vor und nannte die Möglichkeiten zur Beantragung von diesbezüglichen Fondsgeldern.

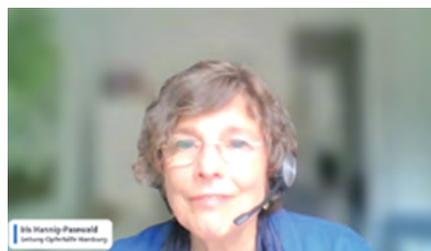
Die Polizei Hamburg hat eine Auswahl aus dem breit gefächerten Bera-



Präsidentin Heike Peper moderierte das Webinar mit rund 200 Teilnehmenden.

tungsangebot der Stadt übersichtlich zusammengestellt und als Broschüre veröffentlicht. Diese Übersicht der Hamburger Opferhilfeeinrichtungen und Beratungsstellen ist an allen Hamburger Polizeikommissariaten erhältlich oder kann online unter polizei.hamburg.de (unter „Opferschutz“) als PDF-Datei heruntergeladen werden.

KM/HP



Die Referentin Iris Hannig-Pasewald gab einen fundierten Überblick und erhielt viel positives Feedback für ihren Vortrag.

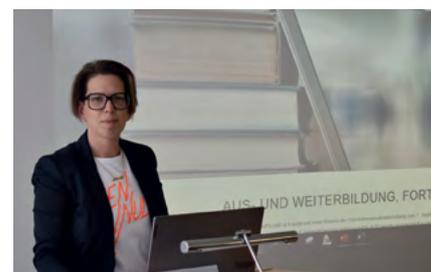
Informationsveranstaltung zur Weiterbildung für Psychotherapeut*innen

Um über den Stand der Umsetzung der neuen Weiterbildung in Hamburg zu informieren und das Antragsverfahren für ambulante Weiterbildungsstätten zu erläutern, hatte die Kammer am 19. Juni 2024 die Hamburger Ausbildungsinstitute zu einer Informationsveranstaltung eingeladen.

Präsidentin Heike Peper begrüßte die Teilnehmenden. Sie dankte für das Interesse und drückte ihre Zuversicht aus,

dass Kammer und Ausbildungsinstitute gemeinsam eine gelingende Umsetzung der neuen Weiterbildung vorbringen werden.

Dr. Tanja Tischler, Referentin für Fort- und Weiterbildung der PTK Hamburg, gab einen Überblick zur Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen inklusive des aktuellen Stands zur Finanzierungsfrage. Sie stellte den Zulassungsantrag



Referentin für Fort- und Weiterbildung Dr. Tanja Tischler

als Weiterbildungsstätte und den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis im Detail vor und erläuterte auch die Voraussetzungen für die Anerkennung als Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen.

Mittlerweile sind die ersten Hamburger Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten von der PTK

Hamburg zugelassen. Außerdem gibt es bereits eine Reihe von anerkannten Selbsterfahrungsleiter*innen und Supervisor*innen.

Eine Übersicht über die von der Kammer zugelassenen Weiterbildungsstätten und -befugten sowie die Liste der anerkannten Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen sind auf

der Website der [PTK Hamburg](#) unter „Weiterbildung“ veröffentlicht.

Interessierte können sich gerne per E-Mail an die Geschäftsstelle wenden unter weiterbildung@ptk-hamburg.de.

Weitere Informationsveranstaltungen sind geplant.

KM/TT

Überarbeitung der Homepage: Aus-, Weiter- und Fortbildung

Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes 2020 gelten derzeit zwei Zugangswege, um die Qualifikation als Psychotherapeut*in zu erlangen. Um hier den Durchblick zu behalten, hat die Geschäftsstelle die Kammer-Homepage ptk-hamburg.de überarbeitet und

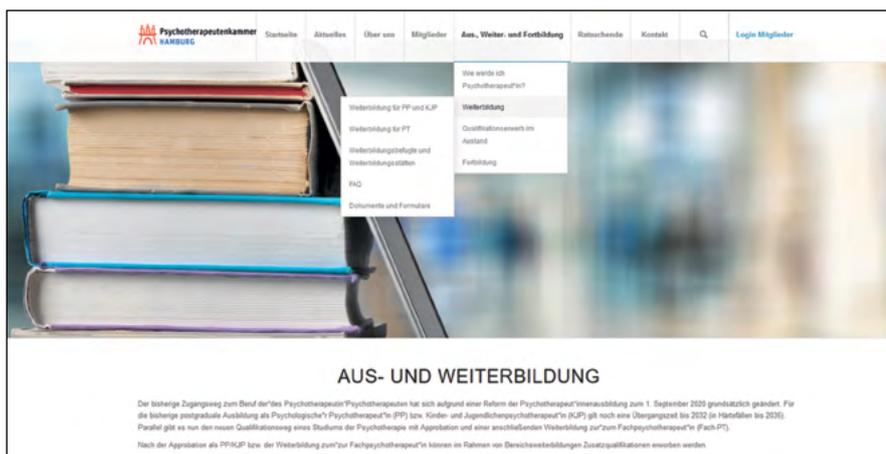
die Inhalte unter dem Navigationspunkt [Aus-, Weiter- und Fortbildung](#) angepasst und aktualisiert.

Die Website bietet auf den Unterseiten [Wie werde ich Psychotherapeut*in?](#) und [Weiterbildung und Qualifikations-](#)

[erwerb im Ausland](#) hilfreiche Informationen für Mitglieder, Studierende, potenzielle Weiterbildungsstätten sowie Psychotherapeut*innen, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben. Gegliedert nach den jeweiligen Personengruppen sind hilfreiche Informationen verständlich zusammengefasst, und anhand sogenannter FAQs können Interessierte schnell die richtigen Antworten auf häufig gestellte Fragen finden.

Diese verbesserte Nutzer*innenführung findet sich auch im Navigationspunkt [Fortbildung](#). Denn mit der Approbation sind alle Kammermitglieder verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden, um die in der Aus- und Weiterbildung erworbenen Kenntnisse zu erhalten und weiterzuentwickeln.

KM/TT



Screenshot der überarbeiteten Kammer-Website für den Bereich „Aus- und Weiterbildung“

Ankündigungen zu Bekanntmachungen

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses befinden sich die Änderungssatzungen/Neufassungen der folgenden Ordnungen noch im Genehmigungsprozess durch die Aufsichtsbehörde:

- [Fortbildungsordnung](#)
- [Weiterbildungsordnung PP/KJP](#)

Den aktuellen Stand können Sie jederzeit online unter <https://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.

Fotos: PTK Hamburg

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

in den vergangenen Monaten haben wir uns im Vorstand für eine bessere Versorgungssituation und für die Sicherung der psychotherapeutischen Zukunft auf der politischen Bühne in Hessen intensiv eingesetzt. Gemeinsam mit unserem Bündnis Heilen und Helfen konnten wir unsere brennenden Themen gleich während zwei Veranstaltungen platzieren. „Heilberufe fragen – Politik antwortet“ bot uns die Möglichkeit, unsere Anliegen direkt an die gesundheitspolitischen Sprecher*innen der hessischen Landtagsfraktionen zu adressieren. Hier haben wir uns auf die Finanzierung der Weiterbildung, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die drastisch steigenden Fehlzeiten bei

Arbeitnehmer*innen auf Grund von psychischen Belastungen konzentriert.

Kinder und Jugendliche sind nach der Coronapandemie weiterhin sehr stark psychisch belastet und zunehmend psychisch erkrankt. Die bereits angespannte psychotherapeutische Versorgungssituation führt zu durchschnittlichen Wartezeiten für einen Behandlungsplatz von rund fünf Monaten – ein völlig inakzeptabler Zustand. Ganz abgesehen von den individuellen Schicksalen, die damit verbunden sind, können wir uns das als Gesellschaft schlicht volkswirtschaftlich nicht leisten. Wir zerstören ganze Lebensläufe, indem Hilfe zu spät kommt – und das bei Erkrankungen, die durch eine Psychotherapie gut behandelt werden könnten. Um die Situation schnellstmöglich zu verbessern, haben wir eine deutliche Forderung an die Politiker*innen gerichtet: Die Bedarfsplanung muss angepasst werden und akut sollten Ermächtigungen erteilt werden.

Im Rahmen des jährlichen Sommerempfangs lag der Fokus auf „KI im Gesundheitswesen“. Auch in der Psychotherapie wird bereits mit KI geforscht. Valide Ergebnisse liegen allerdings noch nicht vor. Bis dahin schließe ich mich dem

Fazit des Referenten an: Die potenzielle Gefahr der KI liege in dem Umstand, dass Menschen sich nur noch auf sie verlassen und auf ihr eigenes kognitives Potential verzichten.

Gemeinsam mit hessischen Heilberufekammern, Krankenkassen, Verbänden und weiteren Akteur*innen konnten wir einen Pakt für Gesundheit beschließen, um uns mit vereinten Kräften den Herausforderungen des Gesundheitssystems zu stellen und Lösungen zu entwickeln. Wir freuen uns sehr über die Einladung durch Staatsministerin Diana Stolz und die Teilnahme an dieser hochkarätigen und vielfältigen Plattform. Ebenfalls initiiert durch die Ministerin wurde der Runde Tisch „Cannabisprävention“. Dieses Thema liegt uns sehr am Herzen – wir sehen die Legalisierung wegen der potenziellen psychischen Risiken insbesondere für Kinder und Jugendliche weiterhin kritisch. Eine umfangreiche Präventionsstrategie ist aus unserer Sicht unabdingbar.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Projekt PornLoS – Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Pornografie-Nutzungsstörung

2019 wurde die Pornografie-Nutzungsstörung (PNS) als häufigste Form der Störung mit zwanghaften Sexualverhalten neu in die ICD-11 als Diagnose aufgenommen. Ein wichtiger Schritt, um den Menschen Rechnung zu tragen, die die Kontrolle über ihren Pornografiekonsum verloren haben, was schwerwiegende psychische und soziale Konsequenzen für die Betroffenen bedeuten kann. Dies trifft besonders auf Männer

zu: Realistisch kann davon ausgegangen werden, dass circa drei Prozent der erwachsenen männlichen Bevölkerung unter einer PNS leiden. Die Daten zur Prävalenz der PNS bei Frauen lassen keine verlässliche Schätzung zu. Die Zahl dürfte jedoch deutlich unter einem Prozent liegen, was auch daran liegt, dass Pornografie generell von Männern etwa viermal häufiger genutzt wird als von Frauen.

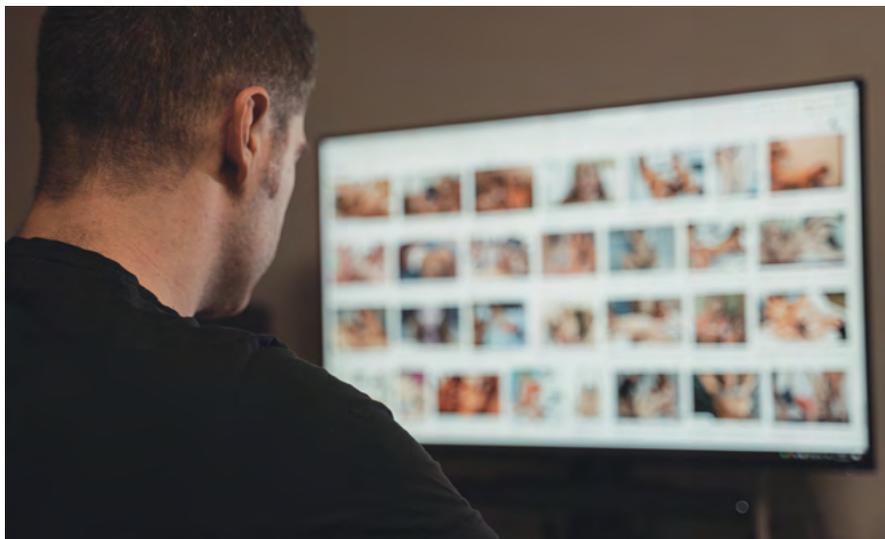
In einer im Februar 2022 durchgeführten Umfrage, in der alle niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland angeschrieben wurden (Rücklaufquote: ca. 20 %), zeigte sich, dass Patient*innen mit diesem Störungsbild seltener in der ambulanten Versorgung in Erscheinung treten, als man es nach den Prävalenzzahlen erwarten dürfte. Zudem behandelten mehr männliche

Psychotherapeuten dieses Störungsbild als ihre weiblichen Kolleginnen. Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, ob die Problematik häufig in der Praxis übersehen wird beziehungsweise gegenüber anderen Problematiken in den Hintergrund rückt. Entsprechend dieser Vermutung berichten viele Kolleg*innen, dass sie sich zur Problematik und Behandlung der PNS schlecht informiert fühlen.

Um die Versorgungssituation für die Betroffenen zu verbessern, wurde das Projekt PornLoS (**P**ornografie-Nutzungsstörung effektiv behandeln – **L**eben ohne **S**uchtdruck) gestartet. PornLoS wird vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Ausgehend von der Konzeption der PNS als Verhaltenssucht, werden erfolgreiche Ansätze aus der Suchtforschung in einer circa halbjährlichen Intensivpsychotherapie zusammengeführt. Kernbestandteile dieser neuen Versorgungsform sind:

- eine sechsmonatige Intensivtherapie mit 24 einzels psychotherapeutischen Sitzungen und 12 begleitenden gruppen psychotherapeutischen Sitzungen,
- eine hochstrukturierte und modularisierte Psychotherapie, die wichtige Themen im Rahmen der PNS (Sexualität, Partnerschaft, Bedeutung der Pornografienutzung, Emotionsregulation, Funktionalität der PNS, Einbindung von Selbsthilfeangeboten, Impulskontrolle etc.) behandelt,
- eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die es z.B. erlaubt, dass Patient*innen ein Beratungsangebot bei pro familia e.V. im Rahmen dieses Projekts in Anspruch nehmen können,
- der Einsatz einer speziell entwickelten digitalen App sowie
- eine Implementierung von sogenannten Koordinierungszentren, die Psychotherapeut*innen bei verschiedenen Aspekten unterstützen (Schulung, Supervision, Instruktion zur Nutzung der App, Vermittlung interdisziplinärer Angebote).

Die App hat vor allem zwei Funktionen: Zunächst erlaubt eine Tagebuchfunktion, dass durch gezielte Fragen mor-



(Foto: M-Production/Adobe Stock)

gens und abends das kritische Konsumverhalten, wichtige Lebensereignisse und Stimmungen protokolliert werden, um so mögliche Auslöser und Begleitumstände des Pornografiekonsums zu identifizieren. Zum anderen besitzt die App einen sogenannten Notfallknopf. Wird dieser betätigt, wird eine Notfallaktion ausgelöst, die dabei helfen soll, Hochrisikosituationen zu bewältigen. Diese Aktionen werden vorab individuell durch die Patient*innen festgelegt und können z. B. das Abspielen einer für die Person bedeutsamen Musik oder einer selbstaufgenommenen Affirmation („Bleib standhaft“) umfassen. Auch der Start eines Computerspiels kann von dem Suchtdruck ablenken.

Die neue Versorgungsform gibt es in zwei Varianten, die sich darin unterscheiden, ob als erklärtes Therapieziel die komplette Abstinenz von Pornografie oder eine reduzierte Nutzung von Pornografie angestrebt wird. In letzterem Fall wird individuell analysiert, wo die persönlichen Kosten der Nutzung anfallen, um für diese kritischen Situationen eine Abstinenz zu vereinbaren, aber für andere Situationen den Konsum nicht komplett zu verbieten. Das Therapieprogramm in seinen zwei Varianten wird in seiner Behandlungseffizienz in einem randomisierten klinischen Trial evaluiert. Dazu werden die beiden Varianten mit einer „therapy as usual“ und einer Wartelistenkontrollgruppe verglichen. Sowohl Psychotherapeut*innen als auch

Patient*innen werden zufällig den verschiedenen Studienarmen zugeteilt.

Das Projekt wird an acht Studienzentren in Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland unter der Studienleitung in Gießen (Prof. Dr. Rudolf Stark) durchgeführt. Die Psychotherapeutenkammern der drei Länder unterstützen das Projekt PornLoS tatkräftig. Die Technikerkrankenkasse und die DAK Gesundheit sind als Konsortialpartner an dem Projekt beteiligt. Inzwischen ist das Projekt PornLoS erfolgreich gestartet. In den nächsten Monaten wird die anvisierte Stichprobe von ca. 320 Patient*innen erreicht sein. Es wurden ca. 100 Psychotherapeut*innen in der Durchführung der neuen Therapieform in einer 20-stündigen Fortbildungsveranstaltung geschult.

Unabhängig von den mit Spannung erwarteten Ergebnissen hat das Projekt PornLoS schon heute wesentlich dazu beigetragen, dass das Störungsbild auch in der Öffentlichkeit ernst genommen wird und die Problematik damit Stück für Stück enttabuisiert wird. Die Berichterstattung verschiedener Leitmedien (u. a. FAZ, SZ, Bild) konnten Betroffene dazu ermutigen, ihre Scham zu überwinden und sich professionelle Hilfe zu suchen. Interessierte können sich unter www.pornlos.de weiter informieren. Betroffene können sich über diese Webseite zudem niederschwellig für eine Teilnahme an der Therapiestudie PornLoS melden.

Psychotherapeutenkammer Hessen tritt dem Pakt für Gesundheit bei



Hessens Gesundheitsministerin Diana Stolz (Mitte) gemeinsam mit Vertreter*innen der hessischen Heilberufe und Gesundheitsbranche nach der Unterzeichnung des Gesundheitspakts (Foto: Freiraum)

Staatsministerin Diana Stolz, Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, hatte am 10. Juli 2024 sektorenübergreifend alle relevanten Akteur*innen in der Gesundheitsversorgung Hessens zum gemeinsamen Austausch eingeladen. Themen waren die Verbesserung der Patient*innenversorgung und -steuerung sowie der Kinder- und Jugendmedizin in Hessen und mögliche Lösungsansätze zu einer Deckung des Fachkräftebedarfs. Als größte Herausforderungen wurden die Alterung der Gesellschaft, eine nachhaltige Fi-

nanzierung des Gesundheitssystems und der Fachkräftemangel benannt. In einer Absichtserklärung hat sich das Gremium verbindlich miteinander darauf verständigt, mit dem Pakt eine Austausch- und Dialogplattform zu etablieren, um gemeinsam die zahlreichen wichtigen und komplexen Gesundheitsthemen zu diskutieren und gemeinsame Entwicklungsstrategien zu erarbeiten. Dabei sollen auch Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen und die Möglichkeiten der Digitalisierung ergänzend in allen Bereichen mitgedacht werden. Für die

Psychotherapeutenkammer Hessen konnte Präsidentin Dr. Heike Winter auf die dringend benötigte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung hinweisen. Insbesondere im Bereich von Kindern und Jugendlichen sowie zusätzliche notwendige Angebote für Arbeitnehmer*innen, die aufgrund psychischer Erkrankungen immer häufiger krankgeschrieben werden.

Den Pakt für Gesundheit haben neben der Psychotherapeutenkammer Hessen folgende hessischen Akteur*innen der Gesundheitsversorgung unterzeichnet:

Die Krankenhausgesellschaft, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Landesärztekammer, der Hausärzteverband, der Verband der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, die Universitätskliniken Gießen und Marburg, der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Landes Zahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Landesapothekerkammer, der Apothekerverband, die AOK, die Barmer, die Techniker Krankenkasse, der Verband der Ersatzkassen, die IKK classic, der BKK-Landesverband Süd, die Knappschaft Bahn See, DAK Gesundheit, das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege sowie die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleg*innen:

Halil Ceylan, Mühlthal
Gabriele Schütz, Bad Arolsen

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

Aktivitäten der Kammer zum Thema Klima

Wie Klimaschutz Gesundheit fördert – Gesundheitsplenum Region Hannover, 24.05.24

Das Gesundheitsplenum der Region Hannover lud am 24. Mai 2024 ins Haus der Region zur Veranstaltung „Wie Klimaschutz Gesundheit fördert“ ein. Auch die PKN war durch Kammerpräsident Roman Rudyk und Gina Briehl, Referentin für Kommunikation in der PKN-Geschäftsstelle, vertreten. Nach Grußworten durch Marlene Graf, Leiterin des Gesundheitsamts der Region Hannover, sowie Thomas Perau, Sprecher des Gesundheitsplenums, durften die rund 250 Teilnehmenden einem Vortrag des Diplom-Meteorologen und Moderators Sven Plöger unter dem Motto „Zieht euch warm an, es wird heiß“ lauschen. Im Anschluss konnten sich die Besucher*innen auf dem Markt der Möglichkeiten an vielen verschiedenen Ständen über die Themen Klima und Gesundheit informieren. Gemeinsam mit ÄKN, KVN und Hausärzterverband stand die PKN für Gespräche und Fragen zur Verfügung.

Online-Workshop „Hitzeschutz in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis“ – Kommission Klima der PKN, 05.06.24

Die Kommission Klima der PKN lud anlässlich des Hitzeaktionstages am 5. Juni 2024 zu einem Online-Workshop ein, der sich mit Maßnahmen zum Hitzeschutz in der psychotherapeutischen



PKN-Präsident Roman Rudyk, Thomas Perau, Sprecher des Gesundheitsplenums, Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer und Julian Elgeti, Geschäftsführer der Bezirksstelle Hannover der KVN (v. l. n. r.) auf dem Markt der Möglichkeiten. Foto: Jessica Weigel/äkn

Praxis beschäftigte. Auf Grundlage des Musterhitzeschutzplans der BPtK wurden den Teilnehmenden – darunter auch Mitglieder anderer Landeskammern – Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie Patient*innen an heißen Tagen bestmöglich in ihrer Praxis vor den Temperaturen der immer häufiger werdenden Hitzeperioden schützen können. Im Anschluss an den ausführlichen Impulsvortrag gab es Raum für Austausch und Fragen, in dem insbesondere die Diskussion über die Effektivität verschie-

dener Hitzeschutzmaßnahmen im Vordergrund stand. Insgesamt wurden die Veranstaltung und der damit verbundene kollektive Austausch als sehr hilfreich empfunden. Durch die vielfältigen Informationen konnte ein Bewusstsein geschaffen werden, wie wichtig die Auseinandersetzung mit dem Thema Hitze auch in der Psychotherapie ist.



Zum Nachlesen und Informieren: Neue Themenseite zum Hitzeschutz online

Für alle Psychotherapeut*innen, die sich mit dem Hitzeschutz in ihrer Praxis auseinandersetzen wollen, haben wir eine neue Seite in unserem Themenportal hinzugefügt. Dort finden Sie umfassende Informationen in Form von Broschüren und weiterführenden Links, die als Hilfestellung für die Umsetzung in der Praxis dienen können – u. a. den Musterhitzeschutzplan sowie zwei neue Informationsflyer der BPtK zum Hitzeschutz.

➔ <https://www.pknds.de/mitglieder/themenportal/hitzeschutz-in-der-psychotherapeutischen-praxis>

Informationsveranstaltung für Studierende zur fachpsychotherapeutischen Weiterbildung

Durch die am 1. September 2020 in Kraft getretene Reform der Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut*innen hat sich vieles grundlegend verändert. Mit großem Engagement wurden die Studiengänge bereits nach der neuen Approbationsordnung ausgerichtet. Parallel dazu haben die Psychotherapeutenkammern die Strukturen geschaf-

fen, damit in den zukünftigen Weiterbildungsstätten mit ihren Ermächtigten die neue fachpsychotherapeutische Weiterbildung angeboten werden kann.

Doch weiterhin bestehen viele offene Fragen zur neuen fachpsychotherapeutischen Weiterbildung. Der Vorstand der PKN ist auf diese in einer Infover-

anstaltung am 9. August 2024 eingegangen. Es wurde u. a. über den Unterschied zwischen der bisherigen Ausbildung und der neuen Weiterbildung sowie über den Stand der Anerkennung von Weiterbildungsstätten gesprochen. Die Studierenden hatten außerdem die Möglichkeit, ihre zukünftige Kammer kennenzulernen.

Wahlen 2025: Chance zur Mitwirkung

Liebe Mitglieder,

haben Sie Interesse daran, aktiv an der Arbeit der Kammer mitzuwirken und sich für die berufspolitischen Interessen unseres Berufsstandes in Niedersachsen einzusetzen?

Dann bietet sich für Sie die Gelegenheit, sich in der Kammerversammlung zu engagieren. Die Aufgaben des „Parlamentes“ der Psychotherapeutenkammer sind vielfältig. Die Mitglieder der Kammerversammlung wählen Vorstand und Präsidium der Kammer, bilden Ausschüsse, treffen Grundsatzentscheidungen in allen Angelegenheiten der Selbstverwaltung, beschließen Satzungen der Kammer und beschäftigen sich mit wesentlichen Finanzangelegenheiten. Auch entsendet die Kammerversammlung Delegierte in den Deutschen Psychotherapeutentag der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie könnten also auch die Berufspolitik auf

Bundesebene mitgestalten.

Seit Gründung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Jahre 2000

haben wir schon viel erreicht. Es gibt aber noch viel zu tun, um Status und Möglichkeiten unseres Berufsstandes zu erhalten und zu verbessern. Die Umsetzung der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung und die damit verbundenen Veränderungen des Berufsbildes sind nur ein Beispiel. Oder auch die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Niedersachsen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Die Vorbereitungen zur 6. Kammerwahl der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Jahr 2025 haben bereits begonnen. Wir würden uns



sehr freuen, auch neue Kolleginnen und Kollegen aus allen Tätigkeitsfeldern der Psychotherapie für die ehrenamtliche Arbeit in der Kammerversammlung gewinnen zu können. Falls Sie Fragen zur Kammerarbeit haben, stehen Ihnen der Vorstand, die Mitglieder der Kammerversammlung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle als Ansprechpartnerinnen und -partner gerne zur Verfügung.

Die Durchführung der Wahl erfolgt auf Grundlage der Wahlordnung für die Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (WO-PKN), die Sie auf unserer Homepage www.pknds.de unter „Satzungen/Ordnungen“ einsehen können.

Nachfolgend informieren wir Sie über den Ablauf der Wahl im Einzelnen.

Ihr Vorstand

Mitteilungen gemäß §§ 8, 9, 11 Wahlordnung PKN (WO-PKN)

Im März des kommenden Jahres werden die Mitglieder der PKN zum sechsten Mal eine Kammerversammlung wählen. Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.

Gemäß § 8 der WO-PKN gebe ich bekannt, dass ich das Ende der Wahlzeit auf den

04. März 2025
16:00 Uhr

festgelegt habe. Die Wahlzeit beträgt mindestens 14 Tage und beginnt mit der Versendung der Wahlunterlagen.

Dem Wahlausschuss gehören an:

Herr Günter Heiß
Wahlleiter
c/o Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
0511 850304 41

Frau RAin Anja Möhring
Stellvertretende Wahlleiterin
c/o ebd.

Beisitzerin: Frau Gertrud Corman-Bergau
Stellvertreterin: Frau Irmgard Schüller

Beisitzerin: Frau Susanne Steinhaus
Stellvertreterin: Frau Dr. Anja Grocholewski

Beisitzer: Herr Volker Brattig
Stellvertreterin: Frau Dr. Ilka Vasterling

Die Wahl wird in einem Wahlkreis abgehalten – getrennt nach den Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und

Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Daher gibt es zwei Wählerverzeichnisse; jedes Mitglied kann nur in einem Wählerverzeichnis eingetragen sein und in der entsprechenden Berufsgruppe wählen.

Nach einem Erlass des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung vom 24.06.2024 gehören Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom 15.11.2019 (BGBl. S. 1604) in der jeweils geltenden Fassung der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten an, soweit sie nicht zusätzlich über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut verfügen.

Nach § 9 Absatz 2 WO-PKN haben Mitglieder der PKN, die beide Approbationen innehaben, die Gelegenheit, sich darüber zu erklären, in welchem Wählerverzeichnis sie geführt werden, und damit die Berufsgruppe zu bezeichnen, an deren Wahl sie teilnehmen möchten. Ich habe festgelegt, dass eine entsprechende Erklärung von den betreffenden Mitgliedern bis zum

07. November 2024
16:00 Uhr

gegenüber der PKN abzugeben ist. Den entsprechenden Vordruck erhalten die betreffenden Mitglieder mit einem gesonderten

Schreiben. Danach werden die Wählerverzeichnisse erstellt. Geht die genannte Erklärung nicht rechtzeitig ein, wird das jeweilige Mitglied nicht in eines der Wählerverzeichnisse eingetragen und ist damit nicht wahlberechtigt.

Die Wählerverzeichnisse werden gemäß § 11 Absatz 1 WO-PKN vom

18. bis 22. November 2024

in der Geschäftsstelle der PKN zur Einsicht ausliegen und können während der Geschäftszeiten Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 16:00 Uhr und freitags von 8:00 bis 13:00 Uhr eingesehen werden.

Kammermitglieder, die die Wählerverzeichnisse für unrichtig oder unvollständig halten, können gemäß § 12 WO-PKN bis zum

29. November 2024

Einspruch dagegen erheben. Der Einspruch ist bei mir, dem Präsidenten der Kammer, schriftlich einzulegen und unter Beibringung von Beweismitteln zu begründen. Über den Einspruch entscheidet der Wahlausschuss; zu der dafür anberaumten Sitzung werden die Beteiligten geladen. Wenn sie nicht erscheinen, kann nach Aktenlage entschieden werden.

gez.
Roman Rudyk
Präsident

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
info@pknds.de
www.pknds.de

11. Sitzung der 5. Kammerversammlung am 24. Mai 2024

Die 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen trat am 24. Mai 2024 in Düsseldorf zum letzten Mal in dieser Wahlperiode zusammen. Kammerpräsident Gerd Höhner begrüßte in seiner Eröffnung der Sitzung die Mitglieder der Kammerversammlung, die PiA-Vertretung (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung) NRW und weitere Gäste.

Verabschiedung von langjährigen Kammerversammlungs- und Vorstandsmitgliedern

Zu Beginn ihrer Sitzung würdigte die Kammerversammlung die Mitglieder, die für die kommende Wahlperiode nicht wieder kandidiert hatten. Petra Adler-Corman, Monika Bormann, Isabel Brantsch, Lars Broszat, Hans-Werner Firmenich, Britta Harter, Dona Regina Jabbour, Franz-Josef Kanz, Dr. Timo Lindenschmidt, Thomas Nachreiner, Dr. Heidi Rudolf, Sonja Schatz, Katharina Schürmann, Robin Siegel, Dr. Sabine Trautmann-Voigt und Britta Worringer scheidet nach fünf bis zehn Jahren der Mitarbeit aus der Kammerversammlung aus, Heidi Rosenow und Annegret Stäwen nach 15 Jahren und Andreas Soljan nach 19 Jahren. Dorothea Dewald, Rita Nowatius, Alfons Bonus, Jürgen Kuhlmann und Anna Michelmann waren bereits 2001 in der 1. Kammerversammlung aktiv; Anna Michelmann war übergangsweise die erste Präsidentin der Kammer. Aus dem Vorstand wurden nach langjähriger Mitarbeit Cornelia Beeking und Hermann Schürmann verabschiedet.

Gerd Höhner dankte ihnen für ihr langjähriges Engagement. Sie alle hätten wichtige berufspolitische Entwicklun-



Dr. Heidi Rudolf, Dona Regina Jabbour, Heidi Rosenow, Britta Harter, Franz-Josef Kanz, Lars Broszat, Gerd Höhner, Hans-Werner Firmenich, Petra Adler-Corman, Thomas Nachreiner und Monika Bormann nahmen in der letzten Sitzung der 5. Wahlperiode persönlich Abschied (v. l. n. r.).



Jürgen Kuhlmann, Gerd Höhner, Anna Michelmann und Alfons Bonus scheidet nach zielstrebigem Engagement bereits in den Anfangszeiten der Selbstverwaltung aus der Kammerversammlung aus (v. l. n. r.).

gen begleitet und die Gründungsmitglieder in bewegten Anfangszeiten wesentlich zur Positionierung der Kammer beigetragen. Hermann Schürmann habe stets den Brückenschlag zwischen den

Fraktionen und Fachrichtungen angestrebt. Menschen wie er, die über Fachgrenzen hinweg denken, seien für das Standing der Profession in der gesundheitspolitischen Landschaft unerlässlich.



Hermann Schürmann & Gerd Höhner

lich. Cornelia Beeking sei konsequent und mit Nachdruck für die Belange von Kindern, Jugendlichen und Familien eingetreten. In der COVID-19-Pandemie habe sie früh auf die Belastung junger Menschen hingewiesen und damit verbundene Aspekte erfolgreich politisch platziert.

Mündlicher Vorstandsbericht

Im mündlichen Bericht des Vorstands ging Gerd Höhner ergänzend zur schriftlich vorliegenden Ausarbeitung auf gesundheitspolitische Aktivitäten der Kammer auf Landesebene ein. Vorstandsmitglieder seien u. a. an Gremien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) beteiligt. Mit seinen Ansprechpersonen im Ministerium stehe der Vorstand in gutem Kontakt und die Kammer werde aktiv einbezogen. So seien Mitglieder des Vorstands beispielsweise auch in die Fortschreibung des Landespsychiatrieplans NRW eingebunden. Mit Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann konnten zentrale Themen wie Versorgungsmängel und Qualitätssicherung erörtert werden, so Gerd Höhner. Auch vom Landtag werde die Kammer zu relevanten Themen angefragt.

Vorstandsmitglied Bernhard Moors erläuterte die am 1. April 2024 in Kraft getretenen Neuerungen der Psychotherapie-Vereinbarung und für die Profession relevante Aspekte im Kabi-

nettsentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) vom 22. Mai 2024. Barbara Lubisch aus dem Vorstand beleuchtete komprimiert Anpassungen bei der anwendungsorientierten Parcoursprüfung, die der Referentenentwurf einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorsieht. Weiterführend stellte sie die Probleme bei der Finanzierung der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin bzw. zum Fachpsychotherapeuten dar. Kammermitglieder aus Nordrhein-Westfalen seien zu diesem Thema u. a. in der Taskforce „Weiterbildungsfinanzierung“ der Bundespsychotherapeutenkammer aktiv. Zum GVSG-Kabinettsbeschluss hielt Barbara Lubisch fest, dass trotz erster Schritte in die richtige Richtung weiterhin Nachbesserungsbedarf an den darin vorgesehenen Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung bestünde.

Hermann Schürmann schilderte den Sachstand bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der nordrhein-westfälischen Kammer und die bundesweiten Planungen zur Einführung eines webbasierten Logbuchs (eLogbuch) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung. Zum Austausch auf Bundesebene und zur Weiterentwicklung der Weiterbildung seien Kammermitglieder aus Nordrhein-Westfalen auch in den



Cornelia Beeking

neu eingerichteten Gremien Beirat und Weiterbildungskommission aktiv, informierte das Vorstandsmitglied.

Die Kammerversammlungsmitglieder dankten dem Vorstand für das vielfältige Engagement und seine Hartnäckigkeit bei zentralen berufspolitischen Themen. Auch das gute Arbeitsklima in den letzten fünf Jahren wurde herausgestellt. Weitere Wortbeiträge bezogen sich u. a. auf die Finanzierung der Weiterbildung, Aspekte der Digitalisierung in der Psychotherapie und die Reform der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Wahlen und Beschlüsse

Des Weiteren wählte die Kammerversammlung in ihrer Sitzung neue Mit-



Vorstandsmitglieder auf der Kammerversammlung in Düsseldorf: Bernhard Moors, Oliver Kunz, Birgit Wich-Knoten, Hermann Schürmann, Barbara Lubisch, Andreas Pichler & Gerd Höhner (v. l. n. r.)



Abstimmung im Plenum

glieder für die Vertreterversammlung des Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Sie befasste sich zudem mit dem Antrag des Vorstands auf Beitritt der Kammer zum Verband Freier Berufe im Lande Nordrhein-Westfalen e. V., der von Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, vorgestellt wurde. Nach Diskussion hierzu stimmte die Kammerversammlung dem Beitritt zu. Ferner beschloss sie Änderungen an Satzung und Geschäftsordnung der Kammer.

Qualitätssicherung

Bernhard Moors ging anschließend auf das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) für die ambulante Psychotherapie ein. Der Kammervorstand halte das von der Politik geplante Vorgehen nicht für geeignet, die Qualität in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu erfassen oder zu verbessern. An der vom Gesetzgeber beschlossenen Erprobungsphase in Nordrhein-Westfalen ab 2025 müssten jedoch alle niedergelassenen Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die Erwachsene behandeln, teilnehmen, betonte er. Oliver Kunz aus dem Kammervorstand ergänzte, dass sogar eine Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung zu befürchten sei. Allein die Umsetzung des QS-Verfahrens erfordere viel Zeit. Der Vorstand lehne zudem ein „Benchmarking“ psychotherapeutischer Praxen über ein Qualitätsportal ab, in dem alle Ergebnisse des QS-Verfahrens

einrichtungsvergleichend veröffentlicht werden sollen. Oliver Kunz erläuterte, dass die Kammer bei der Umsetzung des QS-Verfahrens nicht zuständig sei, aber die diesbezüglichen Entwicklungen kritisch begleiten werde. Mit der BPTK erarbeite der Vorstand derzeit eine Strategie, wie die Kammermitglieder in Nordrhein-Westfalen während des Testlaufs unterstützt werden können. Ziel sei, die Politik zu überzeugen, dass das geplante Vorgehen und das damit zum Ausdruck gebrachte Misstrauen gegenüber der Profession unnötig seien. In der Kammer werde sich auch eine neue Kommission „Qualitätssicherung“ mit diesem Arbeitsthema befassen. In der Aussprache wurde große Einigkeit in der Kritik an dem geplanten QS-Verfahren deutlich.

Resolutionen

Die Kammerversammlung verabschiedete mit jeweils großer Mehrheit oder einstimmig die Resolutionen „Hass, Hetze, Rassismus und Diskriminierung machen psychisch krank: Für Menschlichkeit, Toleranz und Vielfalt!“, „Cannabislegalisierung: Präventionsangebot systematisch etablieren! Psychotherapeutische Behandlungsangebote ausbauen!“, „Psychisch kranke Geflüchtete nicht 3 Jahre von Psychotherapie ausschließen!“, „Ökologische Krisen spitzen sich zu: Verstärkte Anstrengungen unter Berücksichtigung psychischer Gesundheitsschäden dringend erforderlich!“, „Kinder und Jugendliche krisenfest machen – Psychotherapeutische Präventionsangebote verstetigen“.

gen“, „Qualitätssicherung muss dem Wohl der Patientinnen und Patienten dienen – Erprobung des Modellprojekts ‚QS ambulante Psychotherapie‘ angemessen finanzieren und evaluieren!“ und „Reform vollenden!“.

Rück- und Ausblick

Nach Berichten aus den Ausschüssen und Kommissionen blickte Gerd Höhner auf eine ereignisreiche 5. Wahlperiode zurück. Neben wichtigen berufspolitischen Entwicklungen hätten sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den letzten Jahren vermehrt auch mit ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auseinandersetzen müssen. Der Berufsstand besitze die Expertise, um beispielsweise aufzuzeigen, welche psychischen Faktoren zu Phänomenen wie Hetze oder Gewalt führen können. Er bringe sich auch zum Einfluss des Klimawandels auf die seelische Gesundheit ein und positioniere sich gegen die Tendenz, vorschnelle Lösungen für existenzielle gesellschaftliche Probleme vorzugeben. Seinen Kolleginnen und Kollegen im Vorstand dankte Gerd Höhner für die gute Kooperation und die erfolgreiche Zusammenarbeit. Man habe Erfahrung und Kompetenz gebündelt und auch in der Pandemie Wege des Miteinanders gefunden. In der Kammerversammlung sowie den Ausschüssen und Kommissionen habe er große Produktivität und persönliches Engagement erlebt. Bei der Geschäftsstelle bedankte Gerd Höhner sich für die konstruktive und wertschätzende Zusammenarbeit. Abschließend skizzierte er auf die Kammer in der neuen Wahlperiode zukommende Herausforderungen und Aufgaben. Zum Ende ihrer Sitzung verabschiedeten die Kammerversammlungsmitglieder Gerd Höhner nach zehn Jahren im Amt des Präsidenten mit Dank und Standing Ovationen.

Im Juni 2024 wurde das Ergebnis der Kammerwahl zur 6. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen veröffentlicht. Die konstituierende Sitzung fand (nach Redaktionsschluss) am 24. August 2024 statt.

„Tag der Neuapprobierten“ am 29. Juni 2024



Andreas Pichler

Der „Tag der Neuapprobierten“ der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen am 29. Juni 2024 fand mit über einhundert Anmeldungen großen Zuspruch. Erstmals wurde die renommierte Veranstaltung in der Geschäftsstelle in Düsseldorf durchgeführt. Die Teilnehmenden erhielten in fünf Vorträgen einen Einblick in die Aufgaben und Aktivitäten der Kammer und in die Leistungen des berufsständischen Versorgungswerkes. Des Weiteren wurden Informationen zu den Wegen in die vertragspsychotherapeutische Versorgung und Perspektiven der Berufstätigkeit in Anstellung und in der Niederlassung vermittelt. Während der ganztägigen Veranstaltung stand ein Beratungsangebot der Kammer, des Versorgungswerkes und der Kassenärztlichen Vereinigungen von Nordrhein-Westfalen zur Verfügung.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, begrüßte die Neuapprobierten im Namen des Kammervorstandes und gratulierte ihnen herzlich zur Approbation. Mit der Informationsveranstaltung wolle der Vorstand ihnen ihre berufliche Selbstverwaltung näherbringen und sie anregen, das Kammerleben aktiv mitzugestalten. In seinem Vortrag ordnete Andreas Pichler die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in der berufspolitischen Landschaft ein und erläuterte ihre rechtlichen Grundlagen, Aufgaben und Aktivitäten. Um zu aktuellen Themen auf dem Laufenden zu bleiben, empfahl er, sich auf der Website www.ptk-nrw.de für den E-Mail-Verteiler für Kammermitglieder anzumelden.



Barbara Lubisch

Jens Mittmann, Leiter der Abteilung Mitgliederbetreuung/Leistungsverwaltung im Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, informierte über Leistungen und Angebote der berufsständischen Altersversorgung. Alexander Konrad und Oliver Pellarin von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) stellten die Kassenärztlichen Vereinigungen, das System der vertragspsychotherapeutischen Versorgung und die Bedingungen der Zulassung vor. Ihren Vortrag rundeten sie mit praktischen Hinweisen auf wichtige Schritte, Bekanntmachungen, Fristen und Beratungsangebote ab.

Elisabeth Dallüge, Psychologische Psychotherapeutin und stellvertretendes

Mitglied im Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation“ der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, erläuterte die Bandbreite der Berufstätigkeit in Anstellung. Sie ermutigte nachdrücklich, sich für diesen Bereich zu interessieren. Er biete attraktive Möglichkeiten und in Bezug auf Vergütung, Autonomie und Entwicklungsperspektiven oft mehr Gestaltungsräume als erwartet.

Vorstandsmitglied Barbara Lubisch beleuchtete die Grundlagen und Perspektiven der Berufstätigkeit in der Niederlassung. Sie ging dabei auch auf Besonderheiten der selbstständigen Arbeit ein und gab Tipps für die Portfolioentwicklung und das Praxismarketing.

Die Anwesenden folgten den Vorträgen interessiert und nutzten rege die Gelegenheit, Fragen an die Referentinnen und Referenten zu richten oder sich beraten zu lassen. In den Pausen kamen sie in entspannter Atmosphäre untereinander und mit dem Kammervorstand in den Austausch. Andreas Pichler bedankte sich in seinem Schlusswort bei den Vortragenden für ihre informativen und lebendigen Darstellungen und bei der Geschäftsstelle



Teilnehmende am „Tag der Neuapprobierten“ vor der Geschäftsstelle



Angeregte Pausengespräche

für die gelungene Organisation der Veranstaltung. Die Neuapprobieren lud er herzlich ein, offen für die Informations-

kanäle der Kammer zu bleiben und die Beratungsangebote zu nutzen. Für den Weg in den Beruf wünschte der Vize-



Viele Neuapprobierende nutzten das Beratungsangebot.

präsident ihnen viel Erfolg und Freude in dem spannenden Tätigkeitsfeld der Psychotherapie.

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

Bekanntmachungen des Hauptwahlleiters der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Tom Pawlak, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Psychodynamische Liste“ hat am 27.06.2024 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Gabriele Oelmann, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Psychodynamische Liste“

Frau Gabriele Oelmann hat am 17.07.2024 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Jochen Kehr, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Psychodynamische Liste“

Gez.

*Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

Überblick zu den Veranstaltungen zur stationären und institutionellen Weiterbildung im Juni

Die Umsetzung der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist weiterhin eines der zentralen Themen in der OPK. Daher hatte der OPK-Vorstand im Juni wieder zu Veranstaltungen zur neuen Weiterbildung eingeladen. In bewährter Weise, nun schon zum vierten Mal, fand die Fachkonferenz zur stationären Weiterbildung und erstmalig ein Fachgespräch zur institutionellen Weiterbildung statt. Insgesamt nahmen online etwa 150 Mitglieder teil. Durch die Veranstaltung führten der Präsident Dr. Gregor Peikert und die Vizepräsidentin Dr. Sabine Ahrens-Eipper.

Fachkonferenz zur stationären Weiterbildung am 5. Juni

Mittlerweile sind über 15 Anträge für stationäre Weiterbildungsstätten bei der OPK eingegangen, davon wurden bisher gut die Hälfte zugelassen. Erste Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konnten so schon ihre Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten beginnen.

Daher lag der Schwerpunkt dieses Jahr auf dem Antragsprozedere für Weiterbildungsstätten und -befugte. Das allgemeine Vorgehen und häufige Fragen zu ebendiesem wurden erläutert. In den anschließenden bundeslandspezifischen Workshops fand ein reger Austausch zwischen den Teilnehmenden statt, sodass Themen vertieft beraten und offene Fragen beantwortet werden konnten.

Abschließend wurde deutlich, dass neben den nun schon bestehenden Weiterbildungsstätten in vielen stationären

Einrichtungen die Überlegungen zur Umsetzung der neuen Weiterbildung Schritt für Schritt keimen. Dennoch bieten die aktuell teils noch schwierigen Rahmenbedingungen durchaus auch Chancen, neue Prozesse und Strukturen zu etablieren, um die Psychotherapie bzw. die Position der PP, KJP und der neuen Kolleginnen und Kollegen zu stärken.

Fachgespräch zur institutionellen Weiterbildung am 18. Juni

In der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung ist ein Jahr berufliche Tätigkeit auch im institutionellen Versorgungsbereich möglich. Dazu zählen unter anderem Einrichtungen der Sucht-, Behinderten- und Jugendhilfe, der Sozialpsychiatrie, der Sozialpädiatrie, der Gemeindepsychiatrie und des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie psychosoziale Fachberatungsstellen und -dienste. Da der Bedarf an Weiterbildungsplätzen nun kontinuierlich steigt, ist es wichtig, auch diese Einrichtungen in den Fokus zu rücken.

Nach der Darstellung der Eckpunkte der Weiterbildungsordnung, referierte Wolfgang Schreck (Beisitzer im Vorstand der BPTK) über die Umsetzung, Herausforderungen und Möglichkeiten der neuen Weiterbildung im institutionellen Bereich. Vor allem war uns daran gelegen, mit den Teilnehmenden darüber ins Gespräch zu kommen, wie die Weiterbildung bei ihnen vor Ort umgesetzt werden könnte. Denn für den institutionellen Versorgungsbereich, mit seinen besonderen Strukturen und Aufgabenfeldern, bedarf es spezifischer Überlegungen.

In den anschließenden Diskussionsgruppen war der Konsens, dass relevante fachpsychotherapeutische Handlungskompetenzen auch im institutionellen Bereich erworben werden können. Zudem bietet es die Chance, alternativen Tätigkeitsfeldern für Fachpsychotherapeutinnen und Fachtherapeuten wieder mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Allerdings sind die formalen Anforderungen der Weiterbildung für viele Einrichtungen ungewohnt. Auch hier bedarf es neuer Überlegungen und kreativer Ideen.

Obwohl wir in der Umsetzung der neuen Weiterbildung ein großes Stück vorgekommen sind, bestehen weiterhin viele strukturelle und praktische Herausforderungen, welche in den kommenden Monaten und Jahren überwunden werden müssen, um ausreichend Weiterbildungsplätze – im stationären und institutionellen Bereich – zu schaffen. Dafür können wir auf viele motivierte und engagierte Kammermitglieder zählen, die bereit sind, sich in der Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses zu engagieren.

Eine weiterhin zentrale Frage war in beiden Veranstaltungen nach wie vor die Finanzierung. Neben dem berufspolitischen Einsatz für diese muss weiterführend noch viel getan werden, z. B. Informieren von Studierenden, Gespräche mit Krankenhäusern, Landeskrankenhausgesellschaften und Mitgliedern. Für Letztere soll daher am 4. Dezember 2024 eine Veranstaltung speziell für (zukünftige) Weiterbildungsbeauftragte in Leipzig stattfinden.

Treffen mit den OPK-Vertreterinnen und -Vertretern in den Kassenärztlichen Vereinigungen – Fortbildung mit Psychosozialen Versorgungszentren (PSZ) in Sachsen und Sachsen-Anhalt

Am 12. Juni 2024 fand der regelmäßige Austausch des OPK-Vorstandes mit den OPK-Vertreterinnen und Vertretern in den Kassenärztlichen Vereinigungen von Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in digitaler Form statt. Dieses Forum bietet allen Beteiligten die Möglichkeit, sich über die aktuellen Entwicklungen in der OPK und den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen auszutauschen. Insgesamt diskutierten in diesem Jahr 28 Teilnehmende über den Umsetzungsstand der ambulanten fachpsychotherapeutischen Weiterbildung sowie die ambulante Versorgung in den fünf Bundesländern.



Ein Blick auf Teilnehmende des KV-Vertretertreffens (Foto: N. Mahnecke-Windhövel)

Nach einer kurzen Darstellung des aktuellen Standes der Umsetzung der fachpsychotherapeutischen Weiterbildungsordnung durch das Vorstandsmitglied Herrn Dr. Schröder, diskutierten die Teilnehmenden über die dargelegten Inhalte. Es kristallisiert sich heraus, dass die nicht geregelte Finanzierung der ambulanten fachpsychotherapeutischen Weiterbildung das größte Hemmnis für die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist, um sich in der ambulanten fachpsychotherapeutischen Weiterbildung zu engagieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der OPK-Bundesländer gehen dabei unterschiedliche Wege. In Sachsen haben neben Ärztinnen und Ärzten auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Zugriff auf bereitgestellte Gelder zur Unterstützung der Weiterbildung in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen. Andere Kassenärztliche Vereinigungen stehen

diesem Weg kritisch gegenüber. Einige waren sich alle Teilnehmenden, dass die politischen Akteure auf Bundes- und Landesebene die Hauptansprechpartner sein müssen, um eine auskömmliche Regelung zu erreichen.

Beim Thema der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung standen Themen wie Praxisassistentinnen/-assistenten und Flexibilisierung bei der Ausgestaltung des Kassensitzes im Mittelpunkt der Diskussion.

Der regelmäßige Austausch mit den OPK-Vertreterinnen und Vertretern in den Kassenärztlichen Vereinigungen von Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen wird eine Fortsetzung finden.

Fortbildung mit Psychosozialen Versorgungszentren (PSZ)

In den vergangenen zwei Jahren hat die OPK ihre Zusammenarbeit mit den PSZ in ihren Bundesländern intensiviert. Ein Ergebnis daraus ist, dass gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden. Schwerpunkte der bisher durchgeführten Fortbildungen in Leipzig und Halle/Saale waren die „Aspekte kultursensibler Psychotherapie“ sowie die psychotherapeutische Arbeit mit Sprachmittlung.

Die vielen positiven Rückmeldungen der PSZ und der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zeigen, dass hier ein hoher Bedarf an Wissensvermittlung und gegenseitigem Kennenlernen besteht. Eine Fortsetzung des Formats ist in Sachsen-Anhalt und Brandenburg aktuell in Planung.

Online-Informationsveranstaltung für Studierende: schon jetzt guten Kontakt zu zukünftigen Kolleginnen und Kollegen knüpfen

Psychotherapie-Studierende aus den OPK-Ländern machen sich mit ihrer Studienwahl auf den Weg, Angehörige unseres akademischen Heilberufes

und unserer Kammer zu werden. Aus diesem Grund ist es dem Vorstand der OPK ein wichtiges Anliegen, mit den zukünftigen Kolleginnen und Kollegen

bereits jetzt in den Austausch zu treten und über die Kammer und aktuelle Entwicklungen zu informieren. Im letzten Jahr fand die Premiere dieses Veran-

staltungsformats statt. Als Fortsetzung lud der Vorstand auch in diesem Jahr alle Studierenden aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen zu einer Online-Informationsveranstaltung am 13. Juni ein. Wir sind erfreut, dass dieses Angebot von rund 130 Studierenden angenommen wurde.

Nach einem herzlichen Willkommen durch den Präsidenten, Dr. Gregor Peikert, wurden die verschiedenen Themen durch die Vorstandsmitglieder Dr. Sabine Ahrens-Eipper, Margitta Wonneberger, Christoph Bosse und Dr. Dietmar Schröder präsentiert. Zunächst wurde die Kammer vorgestellt sowie eine Einführung in die Kammerarbeit gegeben, wobei z. B. die Bedeutung der Selbstverwaltung hervorgehoben und die Kammerstruktur erläutert wurde. Anschließend erhielten die Studierenden Informationen und Hinweise zu ihrer zukünftigen Mitgliedschaft und den damit einhergehenden Aufgaben. Diesbezüglich wurde auch auf die Berufspolitik eingegangen und eine Auswahl an aktuellen

Themen präsentiert. Zuletzt erläuterte Herr Dr. Schröder als für die Weiterbildung zuständiges Vorstandsmitglied die Grundzüge und den aktuellen Stand der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung. Vor allem zu diesem letzten Teil war der Gesprächsbedarf der Teilnehmenden groß.

Viele Fragen zur praktischen Gestaltung der Weiterbildung

Bereits im vergangenen Jahr konnte die OPK, knapp drei Monate nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am 1. Januar 2023, die erste Weiterbildungsstätte nebst Weiterbildungsbefugten sowie Weiterbildungsinstitute zulassen. Der aktuelle Stand beläuft sich mittlerweile auf 24 Stätten im Gebiet für Psychotherapie für Erwachsene und 16 im Gebiet Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Dieser Zuwachs zeugt davon, dass auch seitens der (potenziellen) Weiterbildungsstätten ein ausgeprägtes Interesse an der neuen Weiterbildung besteht.

Weitere Themen neben der großen Sorge der Studierenden über einen drohenden Mangel an Weiterbildungsstellen, die in der anschließenden Fragerunde Raum einnahmen, waren die Entlohnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung, die Durchführung der Weiterbildung in Teilzeit sowie die Möglichkeit, eine Weiterbildung in mehreren Gebieten abzuschließen. Das große Interesse und die vielen Nachfragen seitens der Studierenden verdeutlichen noch einmal die Relevanz einer frühen Interaktion mit der OPK, die – selbstverständlich – auch nach der Veranstaltung für die Klärung individueller Fragen und weitere Beratung zur Verfügung steht.

Als Nachfolge zum Termin im Juni 2023 stellte sich auch die diesjährige Informationsveranstaltung als äußerst erfolgreich heraus, was nicht zuletzt an einer steigenden Teilnehmerzahl auszumachen ist. Es freut uns, dass dieses Format gut angenommen wird und wir den Kontakt zu unseren zukünftigen Kolleginnen und Kollegen frühzeitig knüpfen können.

Wiederaufforstung des Harzes: Gemeinschaftsaktion aller Heilberufekammern Sachsen-Anhalts: OPK zum ersten Mal dabei

Ziel ist es, aktiv zum Umweltschutz beizutragen und das Bewusstsein für den Klimawandel zu stärken. Die Baumpflanzaktion geht in diesem Jahr bereits in die dritte Runde und wurde von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt ins Leben gerufen. Zum ersten Mal werden nun am 18. und 19. Oktober 2024 auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dabei sein. „Die Idee ist klasse, dass sich alle Heilberufekammern in Sachsen-Anhalt zusammentun und ihre Mitglieder aufrufen, sich an der Aufforstung des Harzes zu beteiligen“, ist OPK-Präsident Dr. Gregor Peikert begeistert. „Wir werden unter unseren Mitgliedern rege dafür werben, informieren und auch der Vorstand der OPK wird natürlich im Stadforst Wernigerode im Oktober mit anpacken“, so Peikert weiter. Durch das Orkantief Friederike 2018 und den Borkenkäferbefall hat der Harz

zwei Drittel seines Baumbestandes eingebüßt.

Hier alle Informationen, wenn Sie mitmachen möchten: **Eingeladen sind alle interessierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Familienangehörige oder Freunde, die die Pflanzaktion tatkräftig unterstützen möchten.**

Anmeldung: Bitte melden Sie sich per E-Mail mit Angabe zur Anzahl der teilnehmenden Personen, Datum und Zeit der Teilnahme **bis zum 14. Oktober 2024, 15 Uhr**, unter harzwald@aeksa.de an.

Termine der Aktion:

Freitag, 18.10.2024, 12 Uhr bis 16 Uhr
Samstag, 19.10.2024, 10 Uhr bis 14 Uhr

Wo wird gepflanzt: Stadforst Wernigerode

Den Lageplan der Pflanzfläche inklusive Anfahrtsskizze und Parkmöglichkeiten erhalten Sie nach Ihrer Anmeldung per E-Mail.

Hinweis: Wir bitten Sie, Handschuhe, festes Schuhwerk und wetterangepasste Kleidung zu tragen! Und bringen Sie – falls vorhanden – gern Ihre persönliche Spitzhacke oder Ihren Spaten mit. Für einen Imbiss vor Ort ist gesorgt. Die Aktion wird medial begleitet; es werden Bild- und Tonaufnahmen gefertigt.

Was wird gepflanzt: Baumsetzlinge (z. B. Douglasien, Hainbuchen, Roterle)

Die Mitarbeitenden des Stadforstes Wernigerode wählen die Bäume im Vor-

Heilberufe helfen dem Harz



feld sorgfältig aus, um die ökologische Vielfalt zu fördern. Sie stellen ebenfalls sicher, dass die Bäume an den richtigen Standorten gepflanzt werden und langfristig gedeihen können.

Das Projekt der Wiederaufforstung des Harzes kann auch mit Geldspenden gefördert werden.

Spendenkonto der Stadt Wernigerode – Stadtforst:

IBAN: DE 21 8105 2000 0100 0008 86,
BIC: NOLADE21HRZ

Verwendungszweck: Heilberufe Harzwald 2024

Spendenquittungen können ab 50,- Euro ausgestellt werden. Dafür bitte Namen und Vornamen angeben! Sämtliche Gelder fließen 1:1 in das Umweltprojekt.

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleg*innen,

am 27. Juni 2024 hat der Bundestag die geplante Krankenhausreform im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) beraten. Leider wurde in diesem Verfahren eine entscheidende Chance für unseren Berufsstand verpasst: die Regelung einer soliden und unbürokratischen Finanzierung der Weiterbildung in Kliniken. Ohne eine angemessene Refinanzierung stehen die praktische Umsetzung der Weiterbildung und die Verfügbarkeit von Weiterbildungsplätzen vor großen Herausforderungen. Es besteht die Gefahr, dass Psychotherapeut*innen in Weiterbildung erneut den Großteil anfallender Theorie, Supervision und Selbsterfahrung ohne Unterstützung selbst finanzieren müssen.

Diese Entwicklung fällt zusammen mit weiteren Herausforderungen für Psychotherapeut*innen und die Kliniken, in denen sie tätig sind: Die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, ein spürbar gestiegener Aufnahmepressure insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die Diskussion um die Einführung von Bereitschafts- und Hintergrunddiensten für Psychotherapeut*innen, unzureichende psychosoziale Angebote im ländlichen Raum und nach wie vor zu lange Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz. Diese Faktoren erhöhen den Druck auf die Kliniken zunehmend.

Angesichts dieser Umstände ist es für uns Psychotherapeut*innen wichtiger denn je, eine aktive Rolle in den Entwicklungsprozessen innerhalb der Kliniken zu übernehmen. Es ist an der Zeit, dass wir uns nicht nur als Ideengeber*innen, sondern auch als Organisator*innen und Gestalter*innen einbringen. Wir haben die historische Chance, die Weiterbildung aktiv mitzugestalten – als Befugte, Supervisor*innen, Dozent*innen und Führungskräfte. So sichern wir, dass die Weiter-



Marcel Hünninghaus

bildung in unserem Sinne geformt wird und nicht anderen überlassen bleibt.

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ist sehr gut aufgestellt, um ihre Mitglieder bei diesem Prozess zu unterstützen. Ein erfahrenes Team aus Jurist*innen und Sachverständigen steht bereit, um Kolleg*innen bei der Ausgestaltung der neuen Weiterbildung zu beraten und zu unterstützen.

Mit kollegialen Grüßen

Marcel Hünninghaus
Mitglied des Vorstandes der LPK RLP

Neue Praxis-Tipps der LPK-Juristinnen: Social Media & politische Meinung

Die Juristinnen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, **Saskia Kollarich** und **Tamina Bühner**, haben zwei neue Texte für die beliebte Serie „Praxis-Tipps der LPK-Juristinnen“ verfasst: Praxis-Tipp Nr. 22 widmet sich dem Thema „**Psychotherapeut*innen**

und Soziale Medien“, Praxis-Tipp Nr. 23 trägt den Titel „**Dürfen Psychotherapeut*innen eine politische Meinung haben?**“. Die Praxis-Tipps beantworten kompakt häufige juristische Fragen der Kammermitglieder aus dem Praxisalltag.

Alle bisher erschienenen Texte der Reihe finden Sie auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de in der Rubrik Psychotherapeut*innen unter **Alles was Recht ist / Praxis-Tipps der LPK-Juristinnen**.

123 Bewerbungen auf 9,5 psychotherapeutische Sitze – Bedarfsplanung muss reformiert werden



Das Interesse an neuen psychotherapeutischen Sitzen ist sowohl unter Patient*innen als auch unter Psychotherapeut*innen riesig. Das macht die Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) deutlich. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hatte im Februar zwölf neue psychotherapeutische Sitze für Rheinland-Pfalz genehmigt. 9,5 davon wurden ausgeschrieben (2,5 Versorgungsumfänge waren aufgrund von Jobsharing bereits besetzt worden). 123 Psychotherapeut*innen haben sich auf die neuen Sitze beworben, wie die KV RLP nun berichtete. Die derzeitige Bedarfsplanung lässt aktuell nicht mehr Sitze zu und muss daher aus Sicht der KV RLP und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) dringend reformiert werden.

Bewerbungen gingen auch für ländliche Gebiete ein, in denen die psychotherapeutische Versorgung dringend verbessert werden muss. Neu geschaffen wurden je 1,5 Sitze in den Regionen Neuwied, Trier-Saarburg und dem Westerwaldkreis, je ein Sitz in der Vulkaneifel und in Birkenfeld sowie je ein halber Sitz in den Gebieten Altenkirchen im Westerwald, Bad Kreuznach, Cochem-Zell, Germersheim, Kusel und dem Rhein-Hunsrück-Kreis.

Die Genehmigung der zwölf neuen Sitze durch den Landesausschuss hatten KV RLP und Landespsychotherapeutenkammer sehr begrüßt, allerdings deutlich gemacht, dass dies nur ein „ersten Schritt“ sein könne. Nach Kenntnisstand der KV RLP fehlen in Rheinland-Pfalz rund 200 psychotherapeutische Sitze.

„Der Bedarf von Seiten der Patientinnen und Patienten ist enorm. Und wenn wir nun die überaus hohe Anzahl an Bewerbungen sehen, ist für die Bürgerinnen und Bürger in keiner Weise nachvollziehbar, warum hier nicht mehr Kolleginnen und Kollegen beginnen dürfen zu praktizieren“, so **Peter Andreas Staub**, Mitglied des Vorstandes der LPK RLP und der KV RLP. Anders als bei Ärzt*innen, wo seit Jahren Nachwuchsmangel herrscht, möchten sich viele Psychotherapeut*innen mit einer Kassenzulassung niederlassen und gesetzlich Versicherte behandeln.

Das Problem ist die aktuelle Bedarfsplanung, deren Reformierung KV RLP und Landespsychotherapeutenkammer seit Langem fordern. Peter Andreas Staub: „Die Bedarfsplanung in ihrer jetzigen Form ist ein Zulassungsverhinderungsinstrument und muss grundlegend reformiert werden. Der aktuelle Zuschnitt der Planungsbereiche entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität. Die langen Wartezeiten von häufig mehr als einem Jahr sind für die hilfesuchenden Menschen unzumutbar – gerade in Krisenzeiten.“

KV RLP und LPK RLP werden sich daher weiterhin dafür einsetzen, den Gesetzgeber auf den dringenden Reformbedarf der Bedarfsplanung hinzuweisen, um die Versorgung psychisch kranker Patient*innen zu verbessern.

Umzug des Fortbildungspunkte-Kontos in neues Serviceportal

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz freut sich, den Kammermitgliedern mitteilen zu können, dass sie nun eine verbesserte Version ihres digitalen Fortbildungspunkte-Kontos nutzen können. Damit macht die Kammer einen ersten Schritt auf dem Weg zur Digitalisierung von Antragsverfahren und Serviceleistungen.



(Abbildung: iStock/bsd555)

Das Fortbildungspunkte-Konto wurde optimiert und hat ein völlig neues,

klarer strukturiertes und ansprechenderes Erscheinungsbild erhalten. Auch die Druckansicht wurde verbessert, so dass Sie sich selbst jederzeit einen übersichtlichen PDF-Auszug Ihrer Fortbildungspunkte im aktuellen Fristzeitraum ausdrucken können.

Da zukünftig Schritt für Schritt immer mehr Antragsverfahren über das neue

Mitglieder-Serviceportal abgewickelt werden sollen, wird die Menge der zu verarbeitenden Daten größer und die Anforderungen an den Datenschutz komplexer. Daher haben wir einen neuen Anbieter für unsere Plattform gewählt und bieten Ihnen einen Zugang, der selbstverständlich den aktuellen, sehr sicheren Standards entspricht. Dadurch wird ein neues Log-in-Verfahren nötig.

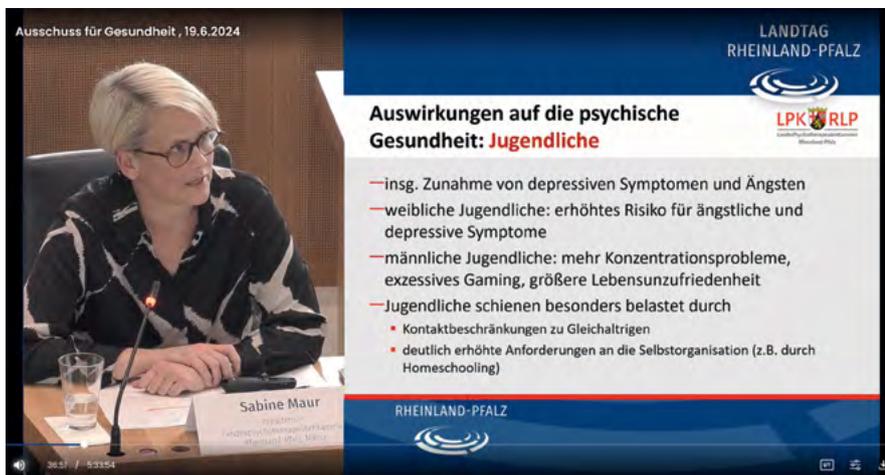
Bitte beachten Sie: Seit dem 16. Juli 2024 ist der Zugang über die alten Log-in-Daten nicht mehr möglich!

Für das Log-in zum neuen Fortbildungspunkte-Konto ist nach wie vor eine Anmeldung mit Ihrer Mitgliedsnummer und einem Passwort nötig, neu sind die Sicherheitsanforderungen an das Passwort. Über das genaue Procedere bei der Anmeldung haben wir alle Kammermitglieder per E-Mail am 15. Juli 2024 informiert. Sie finden

die Schritt-für-Schritt-Anleitung außerdem auf unserer Homepage unter Psychotherapeut*innen / Fortbildung / Fragen und Antworten zur Fortbildung bei der Frage „Wie erhalte ich Zugang zu meinem Fortbildungspunkte-Konto?“

Sollten Fragen offenbleiben, können Sie sich gerne per E-Mail an it@lpk-rlp.de oder unter der Telefonnummer **06131/93055-22** an den zuständigen Kollegen Herrn Kleubler wenden.

Management der Corona-Pandemie: Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz gibt Stellungnahme im Landtag ab



Screenshot: Video-Übertragung der Stellungnahme der LPK-Präsidentin aus dem Landtag

Die Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, **Sabine Maur**, wurde vom Ausschuss für Gesundheit des Landtages Rheinland-Pfalz zu einer öffentlichen Anhörung eingeladen, um dort eine Stellungnahme der Kammer abzugeben. Thema war das Management der Corona-Pandemie in Rheinland-Pfalz. Die Anhörung fand am 19. Juni 2024 im Plenarsaal des Landtages statt und wurde am 20. Juni 2024 per Videokonferenz fortgesetzt. Neben der LPK-Präsidentin wurden auch verschiedene andere Repräsentant*innen von Einrichtungen des Gesundheitswesens angehört, unter anderem **Prof. Dr. med. Lars Schaade**, Präsident des Robert Koch-Instituts in Berlin.

Die Landespsychotherapeutenkammer ist der Auffassung, dass die Landesregierung – und federführend das Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit – das Management der Corona-Pandemie verantwortungsvoll, engagiert und gut bewältigt hat. Im Nachhinein und mit dem Wissen von heute müssen nach Ansicht der Kammer allerdings die einschränkenden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche kritisch bewertet werden. Dies führte die Kammerpräsidentin in ihrer Stellungnahme näher aus.

Eingangs berichtete Frau Maur, es habe aufgrund der Umstellung auf videogestützte Psychotherapie in der Corona-Pandemie keinen bedeutsamen Einbruch der ambulanten Versorgung gegeben. Dieses Beispiel für gelungene

Digitalisierung im Gesundheitswesen erleichterte den Zugang zu Psychotherapie und wurde deshalb auch nach der Pandemie beibehalten, vor allem in Form von blended therapy, also einer Kombination aus Präsenz- und Videotherapie. Sie betonte, dass die reine Online-Therapie unter anderem aufgrund fehlender Privatheit eher kritisch zu sehen ist und zudem keine Lösung der Versorgungsprobleme darstellt, da der Zeitaufwand für die Behandlung dem der Therapie in Präsenz entspricht.

Die Lockdown-Maßnahmen seien zwar akut psychisch belastend gewesen, diese Belastungen endeten aber mit Aufhebung des Lockdowns. Während der Pandemie erlebten die Menschen im Durchschnitt mehr Ängste, mehr depressive Symptome und mehr Stress, berichtete Frau Maur. Dies habe sich besonders bei vulnerablen Gruppen niedergeschlagen: bei Jugendlichen, Schwangeren und Menschen mit Neugeborenen sowie Menschen, die wegen Covid-19 stationär behandelt wurden. Nach der Pandemie sei eine Zunahme von Ängsten und depressiven Symptomen im Vergleich zum vorpandemischen Zustand zu beobachten.

Dann ging die Kammerpräsidentin gesondert auf Jugendliche ein: Sie seien durch Kontaktbeschränkungen zu Gleichaltrigen und die deutlich erhöhten Anforderungen an die Selbstorganisation (z.B. durch Homeschooling) besonders belastet ge-

wesen. Bei weiblichen Jugendlichen sei vor allem das Risiko von ängstlichen und depressiven Symptomen erhöht gewesen, bei männlichen Jugendlichen waren vermehrt Konzentrationsprobleme, exzessives Gaming und größere Lebensunzufriedenheit zu beobachten.

Im Nachhinein seien daher die Notwendigkeit von Beschränkungen der Sozialkontakten und Hobbies, die Kindern und Jugendlichen auferlegt wurden, kritisch zu sehen. Für zukünftige vergleichbare Situationen seien außerdem Verbesserungen bezüglich der Hygienemaßnahmen in Schulen und der Struktur und Qualität von Homeschooling wünschenswert, sagte Frau Maur vor dem Ausschuss. Wichtig sei vor allem die Aufrechterhaltung von Jugendhilfe, Schulsozialarbeit, psychosozialer Unterstützung sowie Freizeit- und Vereinsangeboten. Risikofamilien sollten besonders und gezielt unterstützt werden.

Bedeutsam sei darüber hinaus, psychologische und psychotherapeutische Expertise in Entscheidungsgremien

und Kommunikation miteinzubeziehen – wie es in Rheinland-Pfalz auch schon praktiziert wurde. So wurde die Kammer in das „Corona-Bündnis“ der Landesregierung berufen, Kammerpräsidentin Sabine Maur sprach im Rahmen der Expert*innen-Anhörung vor der Enquete-Kommission „Corona-Pandemie“ des Landtags und die Landespsychotherapeutenkammer ist Mitglied des Runden Tisches „Post-Covid“ der Landesregierung.

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat bereits früh darauf hingewiesen, dass Post-Covid ein wichtiges Thema für die psychotherapeutische Versorgung nach der Pandemie werden wird und bereits mehrere Veranstaltungen für die Kammermitglieder zu diesem Thema organisiert. Eine weitere interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung ist in Planung. Nicht selten geht eine Post-Covid-Erkrankung, insbesondere schwere Verläufe mit ME/CFS, mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einher. Zudem kann eine Post-Covid-Erkrankung

schon vorab bestehende psychische Erkrankungen verschlimmern oder erneut aufkommen lassen. Frau Maur betonte in der Anhörung, dass es sich jedoch bei Post-Covid selbst nicht um eine psychische Krankheit handelt und warnte davor, zu psychologisieren – also die Symptome als rein psychisches Problem der Patient*innen einzuordnen. Die Grunderkrankung ist neuroimmunologischer Natur, psychische Erkrankungen können dann als Folge der Beeinträchtigung auftreten.

Die LPK-Präsidentin berichtete, dass die Kammer den fünf Post-Covid-Ambulanzen in Rheinland-Pfalz eine Liste mit ca. 50 Psychotherapeut*innen zur Verfügung gestellt hat, die bereit sind, zeitnah psychotherapeutische Sprechstunden für Betroffene zu ermöglichen. Sie machte dabei deutlich, dass die Corona-Pandemie und ihre Folgen sowie weitere Krisen den Bedarf an Psychotherapie erhöht haben und die ambulante psychotherapeutische Versorgung dringend ausgebaut werden muss, um die langen Wartezeiten zu reduzieren.

LPK-Veranstaltungsreihe „Berufsrecht zum Frühstück“ erfolgreich beendet



Saskia Kollarich, Sabine Maur und Tamina Bührer bei der Veranstaltung am 19. Juni 2024

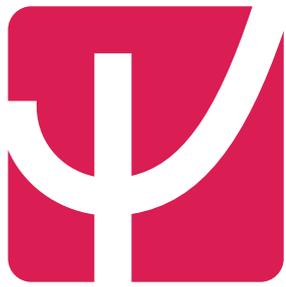
Am 19. Juni 2024 ging die beliebte LPK-Veranstaltungsreihe „Berufsrecht zum Frühstück“ mit einem interessanten Online-Seminar zum Thema „Berichte, Stellungnahmen und Co.“ zu Ende. Die Kammerjuristinnen **Saskia Kollarich** und **Tamina Bührer** erläuterten

die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Auskunftserteilung, insbesondere mit Blick auf die Schweigepflicht. Sie erklärten, warum Ladungen als Zeug*in vor Gericht keinesfalls ignoriert werden sollten und was bei Anfragen von Strafgerichten, Staatsanwaltschaften oder

Polizei zu beachten ist. Auch Auskunftsgesuche von Krankenkassen, dem medizinischen Dienst, Ämtern und der Agentur für Arbeit waren Thema. Ein Schwerpunkt war zudem die Erstellung von Bescheinigungen und Berichten in Konstellationen mit strittigen Sorgeberechtigten. Abschließend wurden verschiedene Praxisbeispiele vorgestellt, zu denen auch Kammerpräsidentin **Sabine Maur** Stellung bezog. Das Feedback zur Veranstaltung fiel sehr positiv aus und die Referent*innen freuen sich bereits auf die nächsten berufsrechtlichen Veranstaltungen.

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

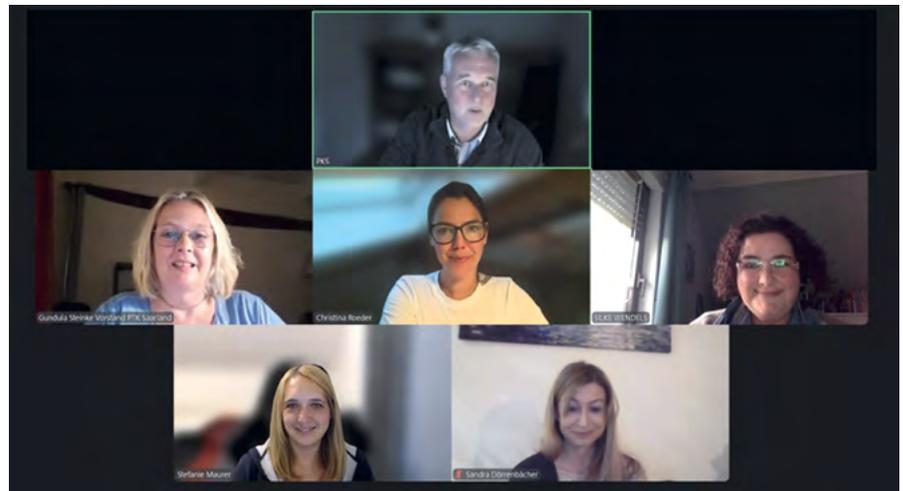


pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Beschluss und Genehmigung der neuen Weiterbildungsordnung für das Saarland im Rahmen der zweiten Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Am 3. Juli 2024 trat die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) zusammen, um unter anderem über die von der temporären, vom PKS-Vorstand gebildeten, Weiterbildungskommission in den vergangenen Monaten erarbeitete Weiterbildungsordnung (WBO) für unseren psychotherapeutischen Nachwuchs im Saarland abzustimmen. Mit Stolz und Freude können wir hiernach berichten, dass die neue WBO für das Saarland, die sich bewusst eng an der kammerübergreifenden Muster-WBO orientieren sollte, von der Vertreterversammlung in besagter Sitzung einstimmig beschlossen wurde. Am 8. August 2024 hat die Aufsichtsbehörde, das Ministerium für



Die temporäre Weiterbildungskommission (v. l. n. r.: Gundula Steinke, Christina Roeder, Silke Wendels, Stefanie Maurer, Sandra Dörrenbächer), zusammen mit PKS-Geschäftsführer Christian Lorenz, im fachlichen Austausch zur Adaption der neuen WBO für das Saarland.



Einblicke in die zweite Sitzung der Vertreterversammlung der aktuellen Legislatur am 03.07.24 mit Mitgliedern der VV und Gästen: einstimmige Wahl der neuen WBO für das Saarland durch die anwesenden VV-Mitglieder, einschließlich Kammerpräsidentin Stefanie Maurer (unten rechts).

Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, die von der Vertreterversammlung beschlossene WBO für das Saarland genehmigt. Neben dieser Weiterbildungsordnung wurde der Vertreterversammlung zudem nun die überarbeitete Fassung der WBO für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (PP/KJP) vorgestellt. Diese liegt der saarländischen VV zu PTJ-Redaktionschluss noch zur Beschlussfassung vor. Vorbehaltlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde werden beide Ordnungen zusammen im kommenden FORUM der PKS veröffentlicht werden.

Gesundheitspolitisches Engagement der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes auf Bundesebene

Teilnahme der PKS an Kundgebung und 44. DPT in Würzburg

Am 12. und 13. April 2024 fand der 44. DPT in Würzburg statt. Der 44. DPT stand u. a. im Zeichen der Kernthemen „Finanzierung der Weiterbildung“, „Antidiskriminierung“ und „Qualitätssicherung“ und wurde von einer Kundgebung zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung eingeleitet, an der wir uns gerne beteiligten. In diesem Jahr reisten aus dem Saarland Dr. Sandra Dörrenbächer (PKS-Vizepräsidentin und stellvertretende Bundesdelegierte PP der PKS), Gundula Steinke (PKS-Vorstandsmitglied und Bundesdelegierte

PP der PKS) und Susanne Drewes (VV-Mitglied und Bundesdelegierte KJP der PKS) zum 44. DPT nach Würzburg.

Teilnahme der PKS an Demonstration vor dem Deutschen Bundestag

Die Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo) organisierte am 6. Juni 2024 in Berlin eine Demonstration mit dem Hashtag „Psychotherapie ist unersetzlich“. An der Demonstration nahmen über 500 Personen teil. Unsere PKS-Vertreter*innen, PKS-Kammerpräsidentin und Bundesdelegierte PP der PKS



Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes inmitten von Demonstrant*innen für die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Von links: PKS-VV-Mitglied Philipp Schulz, PKS-Kammerpräsidentin Stefanie Maurer.



Bundesdelegierte der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes auf dem 44. Deutschen Psychotherapeutentag in Würzburg. Von links: Dr. Sandra Dörrenbächer, Gundula Steinke und Susanne Drewes.

Stefanie Maurer sowie VV-Mitglied und stellvertretender Bundesdelegierter PP der PKS Philipp Schulz, demonstrierten für unsere (insbesondere auch saarländischen) Weiterbildungskandidat*innen in spe mit.

Gesundheitspolitisches Engagement der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes auf Landesebene

Am 27. Juni 2024 kam der Vorstand der PKS mit verschiedenen Vertreter*innen der Ärztekammer des Saarlandes (ÄKS) zusammen. Nebst einem gegenseitigen Kennenlernen wurden verbindende gesundheitspolitische Themen für Medizin und Psychotherapie diskutiert.

Insbesondere soll eine kooperative Zusammenarbeit von ÄKS und PKS in den beiden saarländischen gesundheitspolitischen Initiativen, über die wir bereits in der letzten PTJ-Ausgabe auszugswise

berichteten – das „Aktionsbündnis Gesundheit Saarland“ und das „Netzwerk für Patientensicherheit im Saarland“ –, ihren Ausdruck finden.

Im „Aktionsbündnis Gesundheit Saarland“ haben sich erstmals verschiedene Akteur*innen des saarländischen Gesundheitswesens mit an sich unterschiedlichen Interessen mit Patient*innenvertreter*innen zusammengeslossen – in der einenden Erkenntnis, dass die Gesundheitsversorgung

im Land einer grundsätzlichen Reformierung bedarf. Das Bündnis verhandelt mit der saarländischen Landesregierung ein Modellprojekt, mit dem neue Konzepte der Gesundheitsversorgung erprobt werden können, um zukunftsfeste Strukturen zu schaffen. Die PKS als Bündnispartnerin setzt sich hierbei insbesondere für die Schaffung einer auskömmlichen Finanzierungsgrundlage für den psychotherapeutischen Nachwuchs, für eine Verbesserung des Übergangs zwischen stationä-



Logo des Aktionsbündnisses Gesundheit Saarland
(Quelle: Aktionsbündnis Gesundheit)

rer und ambulanter Behandlung sowie für eine sachgerechte Reform der Bedarfsplanung ein.

Das „Netzwerk für Patientensicherheit im Saarland“ vereint Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens im Saarland, die ihre Absicht bekräftigen, die stationäre und ambulante Versorgung im Saarland „noch sicherer zu machen“ und Patient*innen so „noch stärker vor Mängeln und Fehlern zu bewahren“. Mittlerweile ist das Netzwerk Patientensicherheit für das Saarland auf 21 Partner*innen angewachsen. Durch den partnerschaftlichen Zusammenschluss sollen regionale Verbesserungsbedarfe in den verschiedenen medizinischen Bereichen



Logo des Netzwerks Patientensicherheit für das Saarland (Quelle: Netzwerk Patientensicherheit für das Saarland)

besser erkannt und Maßnahmen passgenauer umgesetzt werden.

Kostenlose Fortbildungsreihe für unsere Mitglieder zum 20-jährigen Bestehen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes besteht in diesem Jahr seit 20 Jahren. Um diesen Anlass gebührend zu feiern, kommen wir am Freitag, den 30. August 2024 ab dem späten Nachmittag im Haus der Ärzte in Saarbrücken zusammen, worüber wir in der nächsten Ausgabe gerne weiter berichten werden.

Weiterhin „schenken“ wir unseren Mitgliedern zu diesem besonderen Anlass eine vielfältige Fortbildungsreihe mit mindestens 20 kostenlosen akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen (online und in Präsenz) zu varianten Themenfeldern unter dem Veranstaltungs-Tag „20 Jahre PKS“, die nach unserer Auftaktfeier zum 20-jährigen Jubiläum der PKS (also ab September 2024) beginnen werden. Einige der Veranstaltungen sind bereits gelistet; diese Veran-

staltungsliste wird in den kommenden Wochen kontinuierlich aktualisiert.

09.10.2024: Praxisseminar: Sozialrechtliche Befugnisse (Referentin: Susanne Münnich-Hessel)

07.11.2024: Selbstfürsorge in Krisenzeiten – Was kann ich tun, um persönliche Ressourcen zu aktivieren? (Referentin: Prof. Dr. Monika Equit)

18.11.2024 & 25.11.2024: Extremistische Einstellungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/ Erwachsenenpsychotherapie: Erkennen – Einordnen – Handeln (Referentin: Susanne Münnich-Hessel)

10.12.2024: Beratungsangebot für Menschen mit FASD (Fetale Alkoholspektrumstörung; in Kooperation mit

BINE – Beratungs- und Informationsnetzwerk für FASD und der LPK RLP)

08.01.2025: Frühe und späte Weichenstellungen: dysfunktionaler Mediengebrauch im Säuglings- und Jugendalter (Referent: Dr. Frank Paulus)

Redaktion

Sandra Dörrenbächer

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 alltäglichen 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.

In den letzten Monaten gab es personelle Veränderungen im Vorstand und in der Kammerversammlung, von denen ich heute berichten möchte.

Gleichzeitig ist das auch ein Anlass, generell mal allen dankzusagen, die sich hauptberuflich in der Geschäftsstelle oder im Ehrenamt für die Kammer engagieren.

Daniela Herbst hat zum 30. Juni 2024 ihr Amt als Vizepräsidentin aus persönlichen Gründen niedergelegt. Sie hat dieses Amt unter schwierigen Bedingungen angenommen und es über knapp vier Jahre auf ihre Art geprägt. Sie hat sich um die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen gekümmert, war auf Bundesebene im Finanzausschuss und im Fortbildungsbeirat tätig. Und sie hat sich im Vorstand vielfältig ein-

gebracht und als Mitglied des Präsidiums unterschiedlichste Aufgaben übernommen. Ganz herzlichen Dank dafür!

Daniela Herbst bleibt Mitglied der Kammerversammlung und auch Mitglied im PTI-Ausschuss.

Auf ihrer Sitzung am 5. Juli 2024 wählte die Kammerversammlung eine Nachfolgerin. Mit großer Mehrheit wurde Dipl.-Psych. Birte Ernst als neue Vizepräsidentin in das Amt gewählt. Sie wird sich auf diesen Länderseiten allen Mitgliedern vorstellen. Vor dem Hintergrund des vielfältigen Engagements von Birte Ernst ist es umso erfreulicher, dass sie sich zur Wahl gestellt hat und sich aktiv in ihre neuen Aufgabenfelder einarbeitet. Ganz herzlichen Dank dafür!

Marie Cop wird Schleswig-Holstein verlassen und damit auch für die Kammerarbeit nicht mehr zur Verfügung stehen. Über sechs Jahre hat sie sich in der PKSH engagiert: im PTI-Ausschuss und als Mitglied der Kammerversammlung und dann auch im Versorgungswerk, seit Frühjahr 2021 sogar als deren Vorsitzende im Aufsichtsausschuss. Ganz herzlichen Dank dafür!

Wenn ich schon dabei bin: Ich bedanke mich auch ganz herzlich beim Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, vor allem bei der Ministerin Frau Prof. von der Decken und beim Staatssekretär Herrn Dr. Grundeis sowie bei allen anderen beteiligten Mitarbeitenden des Ministeriums für die konstruktive Unterstützung bei der Umsetzung der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen auch auf Bundesebene.

Ihnen einen schönen Herbst!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. phil. Clemens Veltrup
Präsident

Umgang mit Traumatisierungen – Reger Austausch beim Norddeutschen Psychotherapietag 2024

Traumatisierte Patient*innen begegnen uns in der psychotherapeutischen Arbeit stetig, wobei deren Behandlung besondere Herausforderungen mit sich bringt. Dieses Thema hat die PKSH bei ihrem inzwischen 9. Norddeutschen Psychotherapietag (NPT24) am 1. Juni 2024 in Lübeck aufgegriffen. Der NPT24 schlug dabei den Bogen von

der transgenerationalen Weitergabe von Traumatisierungen über die aktuelle leitliniengerechte Therapie bis hin zu Behandlungsansätzen in speziellen Anwendungsgebieten. Bereits frühzeitig waren alle verfügbaren Plätze ausgebucht und es wurde bei schönstem Wetter und guter Verpflegung ein bereichernder Fortbildungstag an der Trave.

Den Auftakt machte die bekannte Autorin Sabine Bode, die mit ihren Büchern über Kriegskinder und deren folgende Generationen Bestseller veröffentlicht hat, die einen wesentlichen Beitrag zur Wahrnehmung und zur Debatte der Folgen des Zweiten Weltkriegs geleistet haben. In ihrem Vortrag stellte Frau Bode Fallgeschichten dar, präsentierte



Sabine Bode (Foto: Björn Riegel)

aber auch Anregungen zum Verständnis von Fremdenfeindlichkeit vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit Flucht und Vertreibung im vergangenen Jahrhundert in Deutschland. Der Vortrag hat erkennbar große Teile des Auditoriums bewegt. Am Nachmittag hat Frau Bo-

de das Thema in einem gut besuchten Workshop fortgesetzt.

Die zweite Key-Note-Speakerin war Prof. Dr. Annett Lotzin, die maßgeblich an den Leitlinien zur Traumabehandlung mitgewirkt hat und diese in einem lebendigen Vortrag nahebringen konnte.

Der Nachmittag war der praktischen Auseinandersetzung mit verschiedenen Schwerpunkten vorbehalten. So fand ein Workshop zu Interventionen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie statt (Dipl.-Psych. Ralph Kortewille), während sich die anderen Dozentinnen dem Erwachsenenbereich widmeten: Die Teilnehmer*innen konnten zum Vorgehen bei komplexen Traumatisierungen (PD Dr. Andrea Moldzio) ebenso wie bei einem beziehungs-fokussierten Ansatz in VT und TP (Dipl.-Psych. Annelie Sachs) das praktische Vorgehen reflektieren. Ein weiterer Workshop

befasste sich mit einem Baukasten aus verschiedenen Tools in der Traumatherapie und wurde aufgrund eines kurzfristigen Ausfalls online nachgeholt.

Insgesamt entstand beim NPT24 eine angenehme Arbeitsatmosphäre mit vielen Möglichkeiten zum persönlichen Austausch. So konnte man alte Bekanntschaften auffrischen und mit neuen Kolleg*innen ins Gespräch kommen. Da auch dem Vorstand der PKSH diese Möglichkeit des direkten Kontakts zu den Mitgliedern ein großes Anliegen ist, sind die Planungen zum NPT25 bereits angelaufen. Die dann 10. Auflage des Norddeutschen Psychotherapie-tags wird – wie inzwischen gewohnt – am ersten Samstag im Juni erneut in Lübeck stattfinden.

Dr. Björn Riegel
Vorstandsmitglied

Bericht über die 66. Kammerversammlung

Am 5. Juli 2024 kamen die Mitglieder der Kammerversammlung zu ihrer 66. Sitzung zusammen. Nachdem zum 30. Juni 2024 Daniela Herbst ihr Amt als Vizepräsidentin aus persönlichen Gründen niedergelegt hatte, bedankte sich Herr Dr. Veltrup bei ihr für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung im Vorstand. Sodann stand die Wahl einer neuen Vizepräsidentin bzw. eines neuen Vizepräsidenten gleich zu Beginn auf der Tagesordnung.

Kandidatinnen für das Amt waren Birte Ernst und Dagmar Schulz-Wüstenberg, sie stellten sich den Anwesenden kurz vor. In dem wie immer geheim durchgeführten Wahlgang entschied sich die Kammerversammlung mit großer Mehrheit für Frau Ernst, sie nahm die Wahl an und komplettiert damit den fünfköpfigen Vorstand der PKSH (siehe auch gesonderte Vorstellung von Frau Ernst weiter unten).

Nach kurzen Berichten des Vorstands, des Geschäftsführers, aus den Ausschüssen und von Beauftragten ging es um die neue Weiterbildung von Psychotherapeut*innen: Herr Dr. Veltrup gab einen Überblick zum aktuellen Stand. Er ging zum einen auf die vielen Veranstaltungen der AG „Psychotherapeutische Weiterbildung“ im Pakt für Gesundheits- und Pflegeberufe des Gesundheitsministeriums ein. Diese seien für das Anliegen sehr hilfreich. Sodann führte er aus, dass die Finanzierung der Weiterbildung leider immer noch nicht gesichert sei, und teilte mit, dass erste Anträge von potenziellen Weiterbildungsbefugten und -stätten bereits eingegangen seien. Zudem gebe es vielfach Anfragen an die Abteilung Weiterbildung der PKSH, die auch bei der Antragstellung behilflich ist.

In einem weiteren TOP diskutierte die Kammerversammlung über das Thema „Klima und psychische Gesundheit“,

dabei wurden Ideen eines Vortrags von Frau Macha, klimapolitische Beauftragte der LPK Rheinland-Pfalz, mit einbezogen. Einstimmig beschloss die Kammerversammlung, einen Ausschuss für Klima und psychische Gesundheit bei der PKSH einzurichten. Der Vorstand wurde beauftragt, einen Vorschlag für das Aufgabenportfolio eines solchen Ausschusses auszuarbeiten und mögliche Interessenten zu suchen.

Am Ende der Sitzung wurde ausgehend von der gehäuften Meldung potenzieller neuer Mitglieder alle mit der Praxisadresse eines niedergelassenen Kammermitglieds und der Vermutung, dass überwiegend videogestützte Psychotherapie ausgeübt werden solle, der Berufsordnungsausschuss einstimmig damit beauftragt, zu prüfen, ob die Regelungen in § 10 Abs. 5 Berufsordnung der PKSH anzupassen sind.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Neu im Vorstand: Vizepräsidentin Birte Ernst

Geboren und aufgewachsen am Meer, entschied ich mich für das Studium der Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Schon während meines Studiums habe ich nebenberuflich und nach meinem Diplom (2005) hauptberuflich bei der Brücke Schleswig-Holstein, einem großen, gemeindepsychiatrischen Träger gearbeitet. Dort war ich im Qualitätsmanagement und in einem EU-Projekt zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation tätig. 2008 begann ich die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin für Erwachsene (VT) beim IFT-Nord. Ich habe zwei Jahre tagesklinisch bei der Brücke SH in Preetz und der dort angegliederten psychiatrischen Institutsambulanz gearbeitet, bevor ich 2010 bei meinem heutigen Arbeitgeber, dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster das PT 1 antrat. Mit der Approbation 2013 schloss ich auch meine Weiterbildung zur zertifizierten DBT-Therapeutin ab. Seit 2017 bin ich leitende Psychotherapeutin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik des Friedrich-Ebert-Krankenhauses in Neumünster und leite seit 2021 eine Stationseinheit nach der DBT. Die Behandlung von/mit Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung nach der DBT (DBT-S, DBT-PTSD) erlebe ich als sinnstiftend und insbesondere durch die Aspekte der Achtsamkeit und des Selbstmitgefühls als sehr bereichernd. Nebenberuflich arbeite ich als Dozentin und bin zertifizierte Supervisorin (IFT München).

Seit meinem Studium bin ich im Berufsverband der deutschen Psycholog*innen Mitglied. Berufspolitisch habe ich mich bei meinem Arbeitgeber für unsere Berufsgruppe stark gemacht und viel erreicht. Seit 2020 bin ich in der PKSH aktiv. Zunächst als Mitglied im PTI-Ausschuss und seit Sommer 2020 als Kammerversammlungsmitglied und Sprecherin des PTI-Ausschusses sowie als Delegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag.

Insbesondere engagiere ich mich für die Umsetzung der neuen Fachweiterbildung. Dringend benötigt sind Weiter-



Dipl.-Psych. Birte Ernst (Foto: Birte Ernst)

bildungsplätze, selbstverständlich entsprechend einer Approbation vergütet. Zahlreiche solcher potenziellen Stellen sind aktuell in vielen Kliniken durch Psychologische Psychotherapeut*innen besetzt. Das bisherige Ausbildungssystem führte zu hundertprozentig refinanzierten PiA-Stellen mit 1000,- Euro brutto im Monat die „on top“ sind und somit nicht für PTWs frei werden. Meiner Meinung nach müssen dringend auch neue Stellen geschaffen und (re)finanziert werden. Nur so können wir die Zukunft unseres Berufsstandes und die Versorgung von Patient*innen sicherstellen.

Im Zuge dessen benötigt es auch eine Anpassung der gehaltlichen Eingruppierungen. Insbesondere zur fachlichen, qualitativen Unterscheidung von approbierten Psychotherapeut*innen und Fachpsychotherapeut*innen/ Psychologischen Psychotherapeut*innen. Die Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen nach der alten Ausbildung dürfen monetär nicht gleichwertig wie nicht Fachpsychotherapeut*innen honoriert werden. Dazu wurden bereits Vorschläge bei ver.di gemacht.

Die Patient*innen liegen mir insbesondere am Herzen. Mit Bedauern stelle ich in der täglichen Arbeit immer wieder fest, dass es viel zu wenige Psychotherapieminuten im akuten psychiatrischen

Setting gibt und keine leitliniengerechte Behandlung für alle Patient*innen erfolgen kann. Dieses Thema hängt auch mit den oben beschriebenen Weiterbildungsstellen zusammen. Es muss dringend eine angemessene Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie in der PPP-RL geben, was dann auch mit einem höheren Personalbedarf (PTW) einhergeht. Es wäre auch erstrebenswert, wenn unsere Berufsgruppe in dem Bereich exklusiv und nicht neben Psycholog*innen aufgeführt würde.

Es gibt einen erheblichen Mangel an ambulanten Psychotherapieplätzen. Dies führt bei Patient*innen oft zur Zuspitzung ihrer Symptomatik und akuten Krisen, sodass ein stationärer Aufenthalt nötig wird, der durch ambulante Psychotherapie verhindert werden könnte. Gleichzeitig chronifizieren viele Patient*innen, da es aufgrund von fehlenden Kapazitäten keine adäquate ambulante Weiterbehandlung gibt. Auch präventive Angebote, Möglichkeiten zur Abrechnung von Vernetzungsarbeit mit dem Hilfesystem sowie Möglichkeiten für leitliniengerechte Diagnostik, um dann entsprechende Behandlungswege zu bahnen, müssen dringend aufgebaut werden. All diese Bereiche gehören meiner Meinung nach in unseren Kompetenzbereich der psychotherapeutischen Versorgung, die unterrepräsentiert und bisweilen vor allem in ländlichen Regionen sehr lückenhaft und zudem jeweils mit langen Wartezeiten verbunden ist. Zugleich möchte ich anmerken, dass alle Menschen Zugang zu Psychotherapie haben sollten, egal welchen (Aufenthalts-)Status sie haben. Menschen mit Kriegs- und Fluchterfahrung benötigen mehr als psychosoziale Beratung, sondern Zugang zu Richtlinienpsychotherapie. Die niedergelassen arbeitenden Kolleg*innen müssen bessere monetäre und inhaltliche Arbeitsbedingungen bekommen. Viele gesetzliche Vorgaben gehen mit einem erhöhtem Bürokratieaufwand einher und engen den Handlungsspielraum und somit die Kapazitäten für die Arbeit mit den Patient*innen unnötig und zum Nachteil dieser ein.

In unserer Berufspolitik müssen wir auch übergeordnet denken. Was bedeutet es, dass Menschen in zunehmender Angst leben müssen? Ständige Krisen, Kriege und ein voranschreitender Klimawandel führen dazu, dass

unser Berufsstand mehr gefragt ist denn je.

Für meine Work-Life-Balance bieten mir das Meer und die Stille in dem Land „zwischen den Meeren“ einen

Ausgleich. Hier kann ich mich jederzeit an die Ost- oder Nordsee begeben. Frischer Wind und klare Luft machen den Kopf frei und geben mir Kraft.

Birte Ernst
Vizepräsidentin

Zusammenarbeit der PKSH und des Paktes für Gesundheits- und Pflegeberufe in Schleswig-Holstein und weitere Entwicklungen der neuen Weiterbildung

Die PKSH hat im letzten Jahr das Projekt „Neue Weiterbildung für Psychotherapeut*innen“ beim Gesundheits- und Pflegepakt des Ministeriums für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein eingereicht. Seitdem unterstützt der Pakt die Weiterbildung für Psychotherapeut*innen weiterhin tatkräftig durch Informationsveranstaltungen und Workshops.

Am 15. Mai 2024 erfolgte nun die Informationsveranstaltung zur Weiterbildung von Fachpsychotherapeut*innen im Bereich der Rehabilitation. Es meldeten sich insgesamt zehn Vertreter*innen (Direktor*innen, Ltd. Psychotherapeut*innen, Chefärzt*innen) aus acht Reha-Kliniken an. Nach einer ausführlichen Information gab es viele Fragen zur konkreten Umsetzung der neuen Weiterbildung. Begrüßt wurde seitens der Kliniken, dass die Deutsche Rentenversicherung vermutlich bereit sein wird, Psychotherapeut*innen in Weiterbildung als approbierte Psychotherapeut*innen in vollem Umfang für die Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Rehabilitation und der Suchtrehabilitation (Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen) anzuerkennen.

Für die Vertreter*innen der institutionellen Hilfe fand eine solche Informa-

tionsveranstaltung am 6. Juni 2024 statt. Obwohl die Einladungen an viele Vertreter*innen versandt wurden, stellte sich diese Veranstaltung als eine kleine Runde dar. Dennoch und vielleicht gerade deswegen ist es der PKSH und der Leiterin des Paktes gelungen, mit den Teilnehmenden ein vertieftes informatives Gespräch zu führen. Diese verstehen sich nun als Multiplikatoren für Informationen rund um die Weiterbildung in den eigenen Reihen. Kritisiert wurden auch hier die Gebühren für das Beantragungsverfahren der Weiterbildung. Die PKSH wird weiterhin Kontakt halten.

Am 3. Juli 2024 fand dann eine Mitgliederversammlung des Paktes unter dem Motto „Zusammenarbeit stärken“ statt, an dem die PKSH durch den Präsidenten und die Leiterin der Abteilung Weiterbildung vertreten war. Aspekte der Zusammenarbeit wurden in Impulsvorträgen zum einen in Bezug auf die Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe und zum anderen hinsichtlich der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit der interprofessionellen Ausbildungsstation in Lübeck (LIP-STA) aufgegriffen.

Die PKSH hat zusätzlich zu den informativen Veranstaltungen ein regelmäßiges Netzwerktreffen für alle Mit-

glieder eingerichtet, die Interesse an Weiterbildungsstätte bzw. Weiterbildungsbefugte bekundet haben. Dieses hat bereits am 11. Juli 2024 im Rahmen einer Videokonferenz erstmals getagt und bietet für die Teilnehmenden eine Plattform, sich über aktuelle Themen und Fragen auszutauschen. Die PKSH steht dabei vor allem für Auskünfte rund um die Akkreditierung zur Verfügung. Ein weiteres Netzwerktreffen im zweiten Halbjahr ist bereits in Planung.

Insgesamt konnte das Interesse an der Weiterbildung durch die Veranstaltungen sicher etwas gesteigert werden. Zwei Anträge von Weiterbildungsstätten liegen bereits vor. Die PKSH geht deshalb weiter davon aus, bis zum Ende des Jahres Weiterbildungsstätten und -befugte akkreditieren zu können. Jedoch lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht garantieren, dass zukünftig für alle approbierten Psychotherapeut*innen auch Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die Abteilung Weiterbildung der PKSH steht weiterhin mit Rat und Tat zur Seite, um potenziellen Weiterbildungsbefugten und -stätten bei der Beantragung zu helfen. Die Anträge sowie Begleitinformationen finden sich auf der Internetseite der PKSH.

Dr. jur. Christina Bern
Leitung Weiterbildung

Gedenken

Wir gedenken der
verstorbenen Kolleginnen:

Kastner, Irene
geb. 11.10.1946, verst. 23.04.2024,

Ockert, Ute
geb. 28.10.1946, verst. 23.06.2024

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5

Mo., Mi. und Fr.: 09.30–11.30 Uhr
Di.: 08.00–10.00 Uhr
Do.: 12.00–14.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

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,
Matthias Schmid M. A., Redakteur
C.v.D. (V.i.S.d.P.)
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 3/2024

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 1/2025 ist der 13. Dezember 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 Psychotherapeutenkammer Bayern unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



www.psychotherapeutenjournal.de

