

# Psychotherapeuten journal

- Zwangsstörungen: Die Revision der deutschen S3-Leitlinie
- Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen
- Erfahrungen queerer Menschen in Beratung und Psychotherapie
- Cannabislegalisierung: Gedanken eines analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Thema
- Die Pathologie des Zeitgeistes – Annäherungen aus Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie



**Liebe Leserinnen und Leser,  
wir wünschen Ihnen besinnliche  
Weihnachtstage und ein gesundes  
und erfreuliches neues Jahr!**

Die Redaktion des  
Psychotherapeutenjournals und der  
medhochzwei Verlag

# Editorial

## Liebe Kolleg\*innen,

Weihnachten steht unmittelbar vor der Tür – eine Zeit der Besinnung, des Friedens und der Hoffnung. Gerade in einer Welt, die von globalen Krisen, Pandemien sowie politischen und wirtschaftlichen Spannungen geprägt ist, sehnen sich viele von uns nach Momenten der Ruhe und des Miteinanders. Es ist die Zeit, in der wir für kurze Augenblicke dem hektischen Alltag entfliehen, den Stress und das allgegenwärtige Gefühl von Bedrohung ablegen können, um neue Kraft zu schöpfen. Dabei können wir uns bewusst darauf besinnen, wie wertvoll ein respektvoller und konstruktiver Austausch miteinander ist – nicht nur im persönlichen Umfeld, sondern auch in der breiten Gesellschaft. Eine Fähigkeit, die mit Blick auf das ständige Rauschen der digitalen Welt zunehmend zu schwinden scheint. Die sozialen Medien, die für viele von uns längst Teil des täglichen Lebens geworden sind, spielen bei der Auseinandersetzung mit den Krisen unserer Zeit eine entscheidende Rolle.

Die Kommunikation im Netz kann als Spiegel des gesellschaftlichen Klimas betrachtet werden: Hass, aggressive Inhalte und Mangel an Respekt dominieren vielerorts die Gespräche. Vor allem Algorithmen der sozialen Medien verstärken Beiträge mit sogenannter „Hate-Speech“, welche Beleidigungen, Bedrohungen und Demütigungen enthalten, da diese eine höhere Aufmerksamkeit erregen. Es ist dabei oft zweitrangig, ob die Nutzer\*innen diesen Inhalten zustimmen oder sie ablehnen – allein die Interaktion mit oder das längere Verweilen auf den aggressiven Beiträgen sorgt dafür, dass diese weiterverbreitet werden. Besonders



alarmierend sind die offen geäußerten Gewaltandrohungen, die nicht selten so weit gehen, dass Mord- oder Vergewaltigungsankündigungen gegenüber betroffenen Personen oder deren Familien ausgesprochen werden.

Doch diese Form aggressiver Kommunikation bleibt nicht auf das Internet beschränkt. Auch in der politischen Auseinandersetzung hat sich ein rauerer Ton eingeschlichen. Persönliche Angriffe und feindselige Rhetorik prägen zunehmend den öffentlichen Diskurs. Es entsteht der Eindruck, dass ein solches Auftreten als Ausdruck von Stärke interpretiert wird – und dass Stärke angesichts der gegenwärtigen gesamtpolitischen Herausforderungen notwendig sei. Dies schafft eine Atmosphäre der Angst, die viele Menschen einschüchtert und ihnen das Gefühl gibt, ihre Meinung nicht mehr frei äußern zu können, ohne selbst zur Zielscheibe von Hass zu werden.

Diese allgegenwärtige aggressive Kommunikationsweise hat tiefgreifende Folgen: Sie führt zu einer Verrohung des Miteinanders, bei der Empathie und Respekt verloren gehen. Der gesellschaftliche Dialog, der von einem offenen Meinungs austausch und dem gegenseitigen Zuhören geprägt sein sollte, verengt sich zunehmend. Die Bereit-



schaft, konstruktiv zu streiten und unterschiedliche Positionen auszutauschen und auch zu akzeptieren, schwindet.

Es ist daher dringlicher denn je, einen respektvollen Umgang im Miteinander wieder mehr in den Vordergrund zu rücken. Wir müssen uns darum bemühen, Aggressionen im öffentlichen Diskurs aktiv zurückzudrängen und stattdessen konstruktive Auseinandersetzungen zu fördern. Nur so kann ein Dialog entstehen, der Raum für verschiedene Meinungen bietet und das Recht auf freie Meinungsäußerung ohne Angst vor Repressalien gewährleistet. Dies gelingt allerdings nur mit gegenseitigem Respekt, Empathie und der Fähigkeit, einander zuzuhören.

Wir wünschen Ihnen allen friedvolle Feiertage, eine erholsame Zeit und den Mut, auch im kommenden Jahr für einen respektvollen Dialog einzutreten.

*Heike Winter & Regina Steil (Hessen)  
Mitglieder des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

## Originalia 350

*Norbert Kathmann, Andreas Wahl-Kordon, Angelica Staniloiu, Antonie Rubart, Matthias Favreau, Bartosz Zurowski & Ulrich Voderholzer*

### **Zwangsstörungen evidenzbasiert behandeln: Die Revision der deutschen S3-Leitlinie**

Die Neufassung der S3-Leitlinien Zwangsstörungen empfiehlt als Therapie der ersten Wahl die KVT und betont die Wichtigkeit von Exposition mit Unterlassung der Neutralisierungsrituale und Vermeidungsversuche. Tiefenpsychologische Verfahren und andere verbreitete Psychotherapieverfahren sind weiterhin zu wenig untersucht. Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ist wirksam, aber nur in bestimmten Fällen als Monotherapie zu bevorzugen. Wissenslücken und Ausblicke werden diskutiert.

## 359

*Nele Knott & Betteke Maria van Noort*

### **Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen. Chancen und Herausforderungen aus der Perspektive von Psychotherapeut\*innen**

In dieser qualitativen Untersuchung betonten die befragten Psychotherapeut\*innen, dass Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen machbar und erfolgreich sein kann. Wichtig ist, dabei Bedürfnisse, Hürden und kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen. Mehr Bereitschaft der approbierten Psychotherapeut\*innen sowie eine stärkere Einbindung dieses Themas in die Aus- und Weiterbildung sind dringend nötig.

## 366

*Agostino Mazziotta & Sonja Bröning*

### **Hilfreich oder schwierig? Erfahrungen queerer Menschen in Beratung und Psychotherapie**

Die Studie untersucht, welche beraterischen und therapeutischen Ansätze queere Personen als hilfreich oder schwierig erleben, und bietet wertvolle Einblicke für eine diversitätssensible Praxis.

## 380

*Carsten Caesar*

### **Die Legalisierung von Cannabis – einige Gedanken aus Sicht eines analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Der Autor geht der Frage nach, welche Bedeutung die Legalisierung von Cannabis durch das am 1. April 2024 in Kraft getretene Gesetz für Jugendliche/junge Erwachsene haben könnte. Die öffentliche Diskussion ist geprägt von der Besorgnis, dass die Gefahren des Cannabiskonsums nun weiter bagatellisiert werden und es zu einer Steigerung des Konsums kommen könnte. Fachleute stellen dagegen fest, dass Cannabis bereits ein leicht verfügbarer Teil der Lebenswelten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist.

## 385

*Anna Kalender & Eric Pfeifer*

### **Die Pathologie des Zeitgeistes und ihre kollektiven Fehlhaltungen. Eine Annäherung aus Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankls**

Das Modell der „Pathologie des Zeitgeistes“ von Viktor E. Frankl (1955) beschreibt vier kollektive Fehlhaltungen (provisorische Daseinshaltung, fatalistische Lebenseinstellung, Kollektivismus, Fanatismus), die auf individueller Ebene die Psychopathiegefahr und auf gesellschaftlicher Ebene die Kriegsgefahr erhöhen können. Die Psychotherapie kann einen entscheidenden Beitrag zur Prävention und Modulation dieser Fehlhaltungen leisten.

## Rezensionen

**393**

### **Liebe, Enthemmung und Selbstkontrolle im digitalen Zeitalter**

Eine Rezension von Jürgen Golombek: Degen, J. L. (2024). Swipe, like, love. Intimität und Beziehung im digitalen Zeitalter; Johanssen, J. (2024). Zwischen Eskalation und Selbstkontrolle. Zur Ent/Hemmung im Digitalen.

**394**

### **Ein großer Gewinn für die praktische Arbeit mit Hypnose in der Psychotherapie**

Eine Rezension von Juliana Matt: Revenstorf, D., Peter, B. & Rasch, B. (Hrsg.). (2023). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. 4. Aufl.

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

**403**

**Bundespsychotherapeutenkammer**

**411**

**Baden-Württemberg**

**415**

**Bayern**

**420**

**Berlin**

**424**

**Bremen**

**428**

**Hamburg**

**433**

**Hessen**

**437**

**Niedersachsen**

**443**

**Nordrhein-Westfalen**

**447**

**Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer**

**450**

**Rheinland-Pfalz**

**454**

**Saarland**

**459**

**Schleswig-Holstein**

**347**

**Editorial**

**396**

**Leserbriefe und Repliken**

**401**

**Artikelverzeichnis 2024**

**463**

**Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern**

**464**

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

# Zwangsstörungen evidenzbasiert behandeln: Die Revision der deutschen S3-Leitlinie

Norbert Kathmann, Andreas Wahl-Kordon, Angelica Staniloiu, Antonie Rubart, Matthias Favreau,  
Bartosz Zurowski & Ulrich Voderholzer

**Zusammenfassung:** Die aktualisierte Fassung der S3-Leitlinien Zwangsstörungen, die mit hoher Systematik den derzeitigen Forschungsstand zur Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen zusammenfasst und daraus evidenzbasierte Empfehlungen ableitet, wird hier in Auszügen vorgestellt. Als Therapie der ersten Wahl wird die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen, mit Betonung der Wichtigkeit von Exposition bei gleichzeitiger Unterlassung der Neutralisierungsrituale und Vermeidungsversuche. Intensivformate der KVT und internetbasierte Anwendungen erscheinen vielversprechend. Sogenannte „Dritte Welle“-Verfahren (z. B. ACT) können ebenfalls eingesetzt werden, sind aber nicht durchgängig gleichwertig mit KVT. Tiefenpsychologische Verfahren, Gesprächspsychotherapie und weitere humanistische Verfahren sind zu wenig untersucht, um dazu Empfehlungen zu geben. Psychopharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) oder Clomipramin ist wirksam, aber nur in bestimmten Fällen als Monotherapie zu bevorzugen. Wissenslücken und Ausblicke werden diskutiert.

## Zwangsstörungen als klinische Herausforderung

Die Zwangsstörung, im DSM-5 (Falkai et al., 2018) und in der ICD-11 (WHO, 2019) in eigenen Kapiteln jenseits der Angststörungen eingeordnet, ist eine zur Chronifizierung neigende, relativ häufige und schwere psychische Störung (ausführlich in: Voderholzer et al., 2024 a<sup>1</sup>). Im Kern stehen wiederkehrende intrusive Gedanken und Vorstellungen, die sich um die Themen Gefahr für Gesundheit und Sicherheit anderer oder der eigenen Person, Schmutz und Ekel, die Korrektheit eigener Handlungen oder moralische Bedenken bzw. mögliche Tabubrüche drehen. Auf die dadurch ausgelösten starken Befürchtungen, Spannungen und andere aversive Gefühle wird häufig mit ritualisierten Gedanken und Handlungen (z. B. Zählen, Handlungen wiederholen, positive Gedanken „dagegen denken“, mehrfaches Waschen und Reinigen, Kontrollieren, Ordnen etc.) reagiert, in der irrationalen Überzeugung, damit die Bedrohungen quasi neutralisieren zu können. Zwangsstörungen werden inzwischen zu den am meisten beeinträchtigenden Störungen gezählt, da sie zu einer erheblich eingeschränkten Lebensqualität führen können, nicht selten auch zu Arbeitsunfähigkeit und schweren Problemen in persönlichen Beziehungen (Ruscio et al., 2010; Macy et al., 2013). Es ist davon auszugehen, dass die Funktionsbeeinträchtigungen im Durchschnitt ähnlich stark sind wie bei depressiven Störungen und Schizophrenien. Zwangsstörungen werden dennoch, selbst im medizinischen Versorgungsbereich, häufig nicht oder erst sehr spät erkannt. Das hat zu tun mit der

großen Scham, die Patient\*innen aufgrund ihrer Symptome empfinden, aber auch der Unkenntnis von Betroffenen, die Symptome als solche zu identifizieren und dafür eine Behandlung nachzufragen. Es wird geschätzt, dass in westlichen Ländern maximal 30–40 Prozent der Erkrankten irgendwann wegen dieser Störung in Behandlung sind, in China z. B. gehen Schätzungen von einem Anteil von maximal 10 Prozent aus. Und selbst im psychiatrischen Kontext werden tatsächliche Fälle von Zwangsstörung erstaunlich selten korrekt diagnostiziert, nicht zuletzt, weil nicht spezifisch genug nachgefragt wird (Wahl et al., 2010). Zu diesen Problemen der Versorgungsrealität kommt hinzu, dass selbst bei korrekter Diagnose und daraufhin eingeleiteter Therapie die Wahl des Therapieverfahrens und der wesentlichen Techniken häufig nicht evidenzbasiert erfolgt, sondern Patient\*innen je nachdem, zu welchen Behandelnden sie gehen, deren grundsätzlich favorisierte Therapien erhalten. Zwangsstörungen galten lange als schwer zu behandeln, was bis zur Einführung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement als psychotherapeutisches Verfahren und von Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) als pharmakologische Option wohl auch zutreffend war. Inzwischen muss aber nicht selten von einer schlechten Zuordnung von korrekten Diagnosen und effektiven Behandlungen zu betroffenen Patient\*innen ausgegangen werden. Diese unbefriedigende Versorgungssituation, die bei Zwangsstörungen, aber auch bei vielen ande-

<sup>1</sup> Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

ren psychischen Störungen zu beobachten ist, ist eine wichtige Begründung für die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien für die Diagnose und Behandlung bestimmter Störungen.

## Was sind Leitlinien, was sollen sie bewirken – und was sind sie nicht?

Leitlinien im Bereich der Medizin und Psychotherapie sollen Entscheidungshilfen für Praktiker\*innen erarbeiten und bereitstellen (Lincoln & Härter, 2024). Auf der Basis vorliegender Forschungsergebnisse werden gestufte Empfehlungen ausgegeben für die Auswahl von diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei gegebenen Indikationen und spezifischen Situationen. Es werden verschiedene Entwicklungsstufen von Leitlinien unterschieden, die den Grad der Evidenzbasierung und die Systematik der Evidenzaufbereitung widerspiegeln: S1-Leitlinien sind Zusammenstellungen von Expertenmeinungen, ohne systematischen Bezug zur empirischen Literatur. Bei S2-Leitlinien werden empirische Studien zusammengestellt und bewertet, ohne dass eine formale Systematik beim Einbezug und der Auswertung der Literatur verfolgt wird. S3-Leitlinien erheben den höchsten Qualitätsanspruch bei der Ableitung von Empfehlungen, indem sie eine vollständige Sichtung der Literatur vornehmen und diese dann nach festgelegten Kriterien auswerten und zusammenfassen (vgl. Tabelle 1). Jeder als relevant identifizierten Studie wird ein Evidenzgrad zugeordnet, der von 1a (= systematisches Review von randomisierten klinischen Studien mit homogenen Ergebnissen) bis 5 (= Expertenmeinung) reicht. Je nach Vorliegen von Studien und deren Evidenzgraden wird zu jeder vorab formulierten Fragestellung (z. B. „Wirkt Akzeptanz- und Commitment-Therapie, ACT, besser als Kontrollbedingungen bei Patient\*innen mit der Diagnose Zwangsstörung?“) eine Zusammenfassung der Evidenzlage und eine daraus abgeleitete Empfehlung erarbeitet. Bei hohen Evidenzgraden wird eine starke Empfehlung (A = Soll), bei mäßigen Evidenzgraden eine Empfehlung (B = Sollte) oder bei schwachen Evidenzgraden eine offene Empfehlung (0 = Kann) ausgesprochen. Die Evidenzgrade aller Empfehlungen werden vor der Verabschiedung von einer Konsensusgruppe, die aus Delegierten möglichst aller relevanten Experten- und Interessengruppen (inklusive Patient\*innenvertreter\*innen) besteht, diskutiert und bei vorliegenden Zusatzinformationen eventuell auch auf- oder abgewertet. Weiterhin können sogenannte Klinische Konsenspunkte (KKP) formuliert werden, die bei ungenügender formaler Evidenz, aber konsensueller Expertenmeinung Hilfestellung geben sollen. Schließlich werden auch sogenannte Statements konsentiert, die als Darlegungen oder Erläuterungen spezifischer Sachverhalte zu verstehen und plausibel sind, und/oder auf relevanten Forschungsbedarf hinweisen sollen. Der Prozess der Leitlinienerstellung wird meist durch eine Projektgruppe aus Expert\*innen auf dem Feld initiiert, dann wird die Expertengruppe erweitert, sodass Expertise für alle Verfahren und Anwendungsbereiche repräsentiert ist.

Leitlinien sollen die in der Versorgung eingesetzten Behandlungen effektiver gestalten und langwierige Fehlbehandlungen vermeiden helfen. In der Aus- und Weiterbildung können sie eine wichtige Rolle spielen, um die bestmögliche Wissensgrundlage zu vermitteln und rationale Entscheidungsfindungen zu fördern. Aufgrund der nicht mehr überschaubaren Menge an verfügbaren Informationen kann es für in der Versorgung Tätige sehr hilfreich sein, die empirische Literatur aufbereitet vorzufinden und begründete Bewertungen von Expert\*innen an der Hand zu haben. Leitlinien sind aber keine Vorschriften, d. h., es kann im klinischen Einzelfall davon abgewichen werden, wenn Behandelnde dafür gute Gründe sehen. Sie beeinträchtigen also nicht die klinische Entscheidungsfreiheit.

Empfehlungsgrad	Grundlage
A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene Ia, Ib oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind.
Expertenkonsens	Klinischer Konsenspunkt (KKP): Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.
Statement	Keine Evidenz für praktische Behandlungs- oder Vorgehenshinweise vorhanden, aber aus Expertensicht plausibel; oder es soll auf fehlende Evidenz und entsprechenden Forschungsbedarf hingewiesen werden.

Tabelle 1: Empfehlungsgrade in S3-Leitlinien und deren Grundlage (gemäß Oxford Kriterien und GRADE Methodik; siehe Leitlinienreport online)

## Leitlinien zur Zwangsstörung

Die ersten deutschsprachigen S3-Leitlinien zur Behandlung von Zwangsstörungen im Erwachsenenalter erschienen online 2013 und in Buchform 2015 (Hohagen et al., 2015). Die Erstellung erfolgte gemäß den Vorgaben und methodischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Als Referenzleitlinien wurden die Guideline des britischen National

Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) „Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment clinical guideline [CG31]“ (2005) sowie die Guideline der American Psychological Association (APA) (2007) herangezogen. Die NICE-Leitlinie wird durch periodische Updates fortlaufend aktualisiert und erweitert, entsprechend wurde auf die Aktualisierungen Bezug genommen. Da AWMF-Leitlinien nach fünf Jahren überarbeitet werden sollen, wurde 2018 mit der Revision begonnen. Fast 1000 seit der Erstfassung erschienene Forschungsarbeiten wurden als relevant einbezogen und ausgewertet. Die Steuergruppe überarbeitete die Hintergrundtexte und machte Vorschläge für neue und zu verändernde Empfehlungen. In zwei Konsensuskonferenzen unter Moderation der AWMF wurden die Empfehlungen vorgestellt und nach Diskussion und eventuellen Modifikationen wurde über die Aufnahme in den Empfehlungskatalog abgestimmt. An diesen Konsensuskonferenzen nahmen Vertreter\*innen aus insgesamt 31 Fachgesellschaften (einschließlich der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, DGP) und weitere Interessensvertretungen teil. Die verabschiedete Neufassung wurde am 30. Juni 2022 auf der Homepage der AWMF publiziert und ist dort kostenfrei abrufbar.<sup>2</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hatte die Rolle der federführenden Fachgesellschaft. Die revidierte Version der Langfassung der Leitlinie steht auch in Buchform zur Verfügung (Voderholzer et al., 2024 b), zusammenfassend vorgestellt wurden die Leitlinien bereits in Voderholzer et al. (2022) und Kathmann und Exner (2024).

## Kernempfehlungen der aktuellen S3 Leitlinie

Die Leitlinie enthält Empfehlungen zur Diagnostik und Klassifikation, zu psychotherapeutischen Verfahren, ergänzenden psychosozialen Therapien, Psychopharmakotherapie, zur Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, biologischen nichtpharmakologischen Verfahren, Behandlungszielen und Einbeziehung von Patient\*innen und Angehörigen, speziellen Behandlungsaspekten, Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität sowie zur Versorgungskoordination. Im vorliegenden Artikel sollen daraus nur ausgewählte Aspekte dargestellt und erläutert werden.

### Diagnostik

Systematische Studien zur Diagnostik liegen derzeit nicht vor, aber es besteht Expertenkonsens für eine eng an die ICD- oder DSM-Kriterien angelehnte, möglichst strukturierte Datenerhebung, um reliable Diagnosen inklusive bestehender Komorbiditäten zu erhalten. Infrage kommen dafür v. a. die Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SKID bzw. SCID) oder das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) oder auch diagnostische Checklisten. Für Schweregradbestimmung und Verlaufsmessung empfiehlt sich in erster Linie die Yale-Brown Obsessive Compulsive

Scale (Y-BOCS) in der Selbstbeurteilungsversion, besser noch in der Fremdbeurteilungsversion durch Kliniker (siehe Fricke, 2016). In der Primärversorgung z. B. durch Hausärzte dürfte der Aufwand dafür zu hoch erscheinen. Deshalb wird dafür das Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen (ZF-OCS) empfohlen (siehe Tabelle 2).

1.	Waschen und putzen Sie sehr viel?
2.	Kontrollieren Sie sehr viel?
3.	Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?
4.	Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?
5.	Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Tabelle 2: Ausschnitt aus? Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen (ZF-OCS; Fineberg und Roberts, 2001)

Zur Verbesserung der Genauigkeit wird empfohlen, eine 6. Frage zu stellen, nämlich „Beeinträchtigen Sie diese Probleme?“. Das Screening ist positiv und legt eine vertiefte Diagnostik nahe, wenn wenigstens eines der Items 1–5 und das Item 6 bejaht werden. Es bietet vernünftig hohe Sensitivität und Spezifität (Kühne et al., 2021). Ebenfalls als wichtig erachtet wird die zusätzliche Erfassung von Lebensqualität und der Grad der Teilhabe. Schließlich sollte bei älteren Betroffenen auch eine hirnorganische Diagnostik mittels entsprechender Testverfahren und biologischer Messungen durchgeführt werden.

### KVT: Psychotherapie der ersten Wahl

Bereits in der Vorgängerversion der Leitlinie war die KVT als Behandlungsverfahren der ersten Wahl mit der höchsten Empfehlungsstufe A bewertet worden. Seitdem hat weitere Forschung diese Einschätzung erhärtet und in Metaanalysen bestätigt (Öst et al., 2015; Skapinakis et al., 2016). Kritisch wird an den darin eingegangenen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) häufig gesehen, dass sie die Situation in der Praxisrealität schlecht abbilden könnten, einerseits aufgrund restriktiver Einschlusskriterien (z. B. keine Komorbidität, untypische Patient\*innen, die sich auf RCTs einlassen), aber auch wegen der Manualisierung und damit verbundenen geringen Individualität des therapeutischen Vorgehens. Daher war es wichtig zu sehen, welche Ergebnisse nichtmanualisierte und nicht der RCT-Logik folgende sogenannte Effektivitätsstudien unter routinenahen Bedingungen erbringen. Die Besserungsraten in solchen, teils großen Studien fielen erfreulicherweise ähnlich hoch aus wie in den RCTs (z. B. Kathmann et al., 2022), sodass die Praxistauglichkeit des KVT-Verfahrens eindrucksvoll bestätigt wurde. Allerdings ist es wichtig, hier darauf hinzuweisen, dass in diesen Studien KVT lege artis, d. h. mit ausführlichen angeleiteten und selbstständigen Expositionsübungen durchgeführt wurde, was in der Routinepraxis

<sup>2</sup> AWMF Register Nr. 038/017; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>

leider häufig nicht geschieht (Schwarz et al., 2013). KVT mit ausreichend und korrekt durchgeführter Exposition ist damit uneingeschränkt und nachhaltig zu empfehlen. Etwa die Hälfte der so behandelten Patient\*innen ist nach der Behandlung remittiert, und zumindest für ein Jahr sind die Besserungen weitgehend stabil. Angesichts geringer Placeboeffekte bei Zwangsstörungen und typischerweise eher chronischen Verläufen sind solche Therapieerfolge als sehr hoch zu werten. Es zeigte sich zudem, dass für die Stabilität des Erfolgs das Erreichen der Remission zum Therapieende eine wichtige Voraussetzung ist und daher in jedem Fall das Therapieziel sein sollte (Elsner et al., 2020). Die längerfristige Stabilität ist allerdings weiterhin zu wenig geklärt, was generell für alle Therapieverfahren gilt – nicht zuletzt, weil bei längerfristiger Nachverfolgung der Patient\*innen kaum Kontrolle über evtl. zusätzlich in Anspruch genommene Therapien besteht.

**Die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement (KVT) ist die Therapie der ersten Wahl bei der Zwangsstörung (Empfehlungsgrad A).**

#### Durchführungsmodalitäten von KVT

Es wurde schon erwähnt, dass das Erreichen der Remission unter KVT die Aufrechterhaltung des funktionalen Zustandes unterstützt. Daher sollte (Empfehlungsgrad B) KVT bei grundsätzlichem Ansprechen auf diese Therapie bis zur Remission fortgesetzt werden. Damit sind in der Praxis auch entsprechende Fortsetzungsanträge gut zu begründen. Remission wird gemäß internationalem Konsensus als erreicht betrachtet, wenn die Diagnose nicht mehr zu stellen ist oder wenn der Y-BOCS Gesamtwert bei  $< 12$  liegt und zugleich eine Verbesserung der Lebensqualität eingetreten ist (Mataix-Cols et al., 2016).

Oft wird gefragt, ob man Zwangsstörungen auch im Gruppensetting erfolgreich behandeln könne. Die Evidenzlage spricht dafür, allerdings sind die Effekte weniger gut belegt und in der Tendenz etwas geringer. Daher wird das Gruppensetting mit Empfehlungsgrad B („sollte“) bewertet. Gruppentherapie bei Zwangsstörungen kann eine gute Ergänzung zur Einzeltherapie sein oder sie bei fehlender Verfügbarkeit von Einzeltherapie auch ersetzen. Nicht zuletzt sprechen auch ökonomische Gründe dafür, diese Form häufiger einzusetzen, um bei begrenzten Ressourcen möglichst viele Betroffene effizient behandeln zu können.

Ein innovatives und potenziell sehr bedeutendes Forschungsergebnis ist, dass KVT bei hochfrequenter und intensiver Durchführung die höchsten Besserungsraten erzielen kann. Dieses Intensivformat wurde von einer norwegischen Arbeitsgruppe entwickelt und evaluiert und sieht eine über vier ganze Tage andauernde KVT im Gruppen- und Einzelformat

mit enger Begleitung durch Psychotherapeut\*innen vor (Launes et al., 2019). Derzeit wird das Format auch an anderen Standorten überprüft. Die Empfehlung (Empfehlungsgrad B) lautet, dass Exposition mit Reaktionsmanagement hochfrequent (Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapietagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche) angewendet werden sollte, wenn die organisatorischen Voraussetzungen dazu vorhanden sind oder geschaffen werden können. Allerdings besteht noch ein erhöhter Aufwand für die Genehmigung dieses Intensivformats als Kasernenleistung. Es gibt Forderungen und Bestrebungen, diese Hürden angesichts der Evidenzlage abzubauen.

Gelegentlich ist KVT in Präsenz nicht oder schwer umzusetzen (z. B. Wohnortferne zu nächster Behandlungsmöglichkeit, Pandemie etc.). In solchen Fällen wird empfohlen, die Therapie, zumindest teilweise, in Form von Videosprechstunden/Videobehandlung durchzuführen. Allerdings gibt es dazu bisher keine methodisch hochwertige Forschung, die Praxiserfahrungen der Expert\*innen sind allerdings so positiv, dass in der Leitlinie ein Expertenkonsens formuliert wurde.

Ebenfalls ein Expertenkonsens ist, dass in der KVT Expositionen initial in Begleitung von Psychotherapeut\*innen angeboten und dann nach und nach in das Selbstmanagement der Patient\*innen überführt werden sollen. Zudem sollen Expo-

**— Ein innovatives und potenziell sehr bedeutendes Forschungsergebnis: KVT kann bei hochfrequenter und intensiver Durchführung die höchsten Besserungsraten erzielen. —**

sitionen, wenn irgendwie möglich, auch außerhalb der Praxis und im häuslichen bzw. alltäglichen Umfeld durchgeführt werden. Dies gilt v. a. für solche Symptome, die innerhalb der Praxis/Klinik gar nicht oder nur schwach aktualisierbar sind. Generell soll damit auch ein besserer Transfer in den Alltag erreicht werden. In der klinischen Routine ist zudem sorgfältig darauf zu achten, dass Expositionsübungen, die als Hausaufgaben durchgeführt werden sollen, auch zielführend umgesetzt werden. Nicht selten benötigen Patient\*innen hier weitere Unterstützung, um einen guten Therapieerfolg zu erzielen (Konsens von 100 Prozent der Expert\*innen).

Das stationäre Angebot zur Behandlung von Zwangsstörungen ist in Deutschland relativ gut ausgebaut. Die in KVT-orientierten Kliniken angebotenen Therapieprogramme enthalten die auch im ambulanten Setting üblichen Interventionen (also Expositionen und Reaktionsmanagement, kognitive Techniken), darüber hinaus oft noch zusätzliche Bausteine wie indikationsspezifische Gruppen, Selbstsicherheitstraining, körperorientierte Interventionen u. a. (vgl. z. B. Voderholzer et al., 2013). Solche stationären Programme erwiesen sich als erfolgreich, allerdings gibt es wenige hochwertige Studien,

die diese Fragestellung direkt adressieren (Veale et al., 2016). Die klinischen Eindrücke der Expertenkommission wurden in dem Statement zusammengefasst, dass stationäre Therapie, die KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement im Rahmen multimodaler, für Zwangsstörungen spezialisierter Therapieprogramme anbietet, bei Zwangsstörungen wirksam ist und hohe Effektstärken erzielt. Wann aber soll eine stationäre Therapie, die höhere Kosten verursacht, einer ambulanten Behandlung vorgezogen werden? Hierzu wurde im Expertenkonsens (97,5 Prozent Zustimmung) festgestellt, dass folgende Kriterien für die Bevorzugung einer stationären Therapie gegeben sein sollen:

- Eine leitliniengerechte störungsspezifische ambulante Therapie ist nicht verfügbar.
- Es besteht aktuell Gefahr für das Leben (Suizidalität).
- Es besteht eine schwerwiegende Vernachlässigung oder Verwahrlosung.
- Das Zwangs- und Vermeidungsverhalten ist so schwerwiegend oder so gewohnheitsmäßig, dass ein normaler Tagesablauf und das Wahrnehmen einer ambulanten Therapie nicht mehr möglich sind.
- Es bestehen starker Leidensdruck und starke Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit.
- Es liegen psychische oder somatische Komorbiditäten vor, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren.
- Es besteht ein ausgeprägtes krankheitsförderndes häusliches Umfeld.

Eine neuere Entwicklung im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten sind digitale Therapieangebote. Es wurde in Studien geprüft, inwieweit internetbasierte Anwendungen ausreichende Therapieeffekte bewirken können (Pearcy et al., 2016; Lundström et al., 2022). Die Angebote reichen von systematischer Informationsvermittlung, die zur Selbsthilfe eingesetzt werden kann, bis hin zu komplex aufgebauten Programmen, die auch den Einbezug von Therapeuten (über Online-Chats oder Telefonrückmeldungen) vorsehen. Es zeigten sich relativ ermutigende Ergebnisse, die umso besser zu sein scheinen, je mehr persönlicher therapeutischer Kontakt zur Unterstützung dabei angeboten wird. Mit Empfehlungsgrad B wurde verabschiedet, dass bei begrenztem Versorgungsangebot bzw. langen Wartezeiten digitale KVT-basierte Therapiemodule inklusive Selbsthilfeformaten angeboten werden sollten. Praktisch begrenzend wirkt aber derzeit noch die Tatsache, dass bisher keines der existierenden digitalen Programme in das Verzeichnis der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) aufgenommen worden ist, sodass die Angebote nur innerhalb von Studien zur Verfügung stehen.

Angehörige und signifikante Bezugspersonen können eine wichtige Rolle für die erfolgreiche Behandlung von Zwangsstörungen spielen (Thomson-Hollands et al., 2014). Dieser klinische Eindruck verdichtet sich zunehmend und findet auch seinen Niederschlag in der Leitlinie. Allerdings ist die Studienlage noch relativ dürrig. Der eindeutige Expertenkonsens geht aber dahin, dass Angehörige (immer das Einverständnis

der Betroffenen vorausgesetzt) in die Befunderhebung eingebunden werden, über die Störung umfassend aufgeklärt und in ihrem Interaktionsverhalten mit Betroffenen angeleitet werden sollen. Letzteres ist deshalb wichtig, weil nicht selten zwar gut gemeintes, aber dysfunktionales und therapiebehinderndes Verhalten von den Bezugspersonen gezeigt wird, wie etwa das Ausführen von Zwangshandlungen für die Betroffenen, das Geben von exzessiven Rückversicherungen etc. Diese abzubauen und damit Therapiefortschritte der Betroffenen zu erleichtern, kann ein integraler Bestandteil der Behandlung sein, was aber häufig einiger Motivationsarbeit bedarf. Für die Versorgung wurde generell empfohlen (B-Empfehlung), dass Bezugspersonen und Angehörige soweit wie möglich in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.

Einen Überblick über die Empfehlungen gibt Tabelle 3.

Empfehlungsgrad	Empfehlung
B	KVT sollte bei grundsätzlichem Ansprechen bis zum Erreichen des Remissionsziels fortgesetzt werden.
B	KVT ist auch im Gruppensetting wirksam und sollte auch in diesem Format angeboten werden.
B	Wenn möglich, sollte KVT im hochfrequenten/intensiven Format angeboten werden.
B	Bezugspersonen und Angehörige sollten wenn möglich in den Behandlungsprozess einbezogen werden.
Expertenkonsens	Stationäre Behandlung ist wirksam und dann der ambulanten vorzuziehen, wenn ambulant Behandlung nicht verfügbar oder der Schweregrad sehr hoch und/oder die medizinischen Risiken der Patient*innen hoch sind.
Expertenkonsens	Wenn nötig ist KVT auch im Videoformat durchführbar.
Expertenkonsens	Expositionen sind initial in Begleitung von Behandelnden und danach zunehmend selbständig durchzuführen.
Expertenkonsens	Expositionen sind auch im Alltagskontext der Betroffenen durchzuführen, insbesondere, wenn die Symptome nicht in der Praxis/Klinik aktualisierbar sind.
Expertenkonsens	Die Adhärenz der Patient*innen bei der Behandlung, insbesondere die Umsetzung vereinbarter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen als Hausaufgaben soll gefördert und überprüft werden, um ein gutes Therapieergebnis sicherzustellen.
Expertenkonsens	Digitale KVT-basierte Therapiemodule sind zu empfehlen bei Versorgungsengpässen und zur Überbrückung langer Wartezeiten.

Tabelle 3: Empfehlungen zu Durchführungsmodalitäten der Kognitiven Verhaltenstherapie

## Neuere Varianten der KVT (sogenannte Dritte-Welle Verfahren)

Weiterentwicklungen der KVT werden oft als Dritte-Welle-Verfahren bezeichnet und sind mit der Hoffnung verbunden, dass sie eine Verbesserung gegenüber der klassischen KVT erbringen, zumindest bei bestimmten Indikationen. In der Behandlung von Patient\*innen mit Zwangsstörungen werden diese Verfahren eingesetzt und sind auch in Studien evaluiert worden. Zusammenfassend kann man sagen, dass sie zum Teil ermutigende Ergebnisse zeigen, eine generelle Überlegenheit bisher allerdings nicht erkennbar ist. Da sie wirksam sind, können sie aber für Patient\*innen, die auf klassische KVT nicht oder ungenügend ansprechen oder diese ablehnen, eine Behandlungsalternative darstellen. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al., 1999) betont einen offenen, annehmenden Umgang mit Gedanken und Gefühlen sowie wertegeleitetes Handeln. Erste randomisiert kontrollierte Studien zeigen ihre prinzipielle Wirksamkeit (Twohig et al., 2010), die derjenigen von SSRI überlegen zu sein scheint (Vakili et al., 2015). In der Leitlinie wurde festgestellt, dass ACT in Erwägung gezogen werden kann (Empfehlungsgrad 0). Die Datenbasis ist derzeit noch klein, und es ist nicht belegbar, dass zusätzliche ACT-basierte Interventionen zu einer Steigerung der Wirksamkeit oder der Akzeptanz KVT-basierter Behandlung führen (Twohig et al., 2018). Ähnliches gilt für die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), die ursprünglich für die Behandlung von Depressionen entwickelt worden ist. Die bisherigen randomisiert kontrollierten Studien der für Zwangsstörungen adaptierten Version der MBCT zeigen eher moderate Symptombesserungen, v. a. im Selbstbericht der Betroffenen (Kütz et al., 2019). Gemäß Leitlinien kann sie als ergänzendes Gruppenprogramm für Patient\*innen, die bereits mit KVT behandelt wurden, angeboten werden. Das Gruppenkonzept kann durch die kompakte Vermittlung kognitiver Aspekte einerseits und achtsamkeitsorientierter Übungen andererseits eine Option darstellen. Die Inferenzbasierte Therapie (IBT) (O'Connor et al., 2009) erhielt erstmals auch eine „Kann“-Empfehlung. Dieser kognitiv orientierte Ansatz behandelt v. a. anhaltende Zweifel und ungünstige Inferenzen als Auslöser für Zwangssymptome. Die Studien zeigen am ehesten für Patient\*innen mit wenig Einsicht eine Überlegenheit. Patient\*innen mit wenig Distanz zu ihren Zwangsgedanken haben oft Schwierigkeiten, von der klassischen KVT zu profitieren, sodass diese Option erwägenswert ist. Metakognitive Ansätze haben ebenfalls eine „Kann“-Empfehlung erhalten. Diese Verfahren identifizieren und modifizieren ungünstige Annahmen über mentale Prozesse und zwangstypische Denkverzerrungen. Erste Studien wurden vorgelegt zu Metakognitivem Training bei Zwängen in der Gruppe (Z-MKT) (Miegel et al., 2021) und zu Metakognitiver Therapie (MCT) nach Wells (Papageorgiou et al., 2018). Diese Ansätze haben eine gute Akzeptanz und sind zeitökonomisch einsetzbar. Starke Wirknachweise fehlen allerdings bisher. Dysfunktionale Metakognitionen nehmen nach allgemeiner Auffassung eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung von Zwängen ein, sodass diese Therapiefor-

men weiterhin verfolgt werden sollten und möglicherweise eine nützliche Erweiterung der KVT-orientierten Behandlung darstellen.

**Achtsamkeitsbasierte sowie metakognitive Verfahren sind mögliche Behandlungsalternativen oder -ergänzungen für Patient\*innen, die bei KVT nicht kooperieren oder erfolglos bleiben. Die Verfahren sind derzeit aber nicht Erste-Wahl-Therapien.**

## Andere Richtlinienverfahren und weit verbreitete Psychotherapieverfahren

Hier muss mit Bedauern und auch Überraschung festgestellt werden, dass die seit Langem beklagte schlechte bis nicht vorhandene Evidenzbasierung für andere Verfahren weiterhin besteht. Dies ist besonders eklatant bei den psychoanalytischen und den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren, die relativ häufig auch bei Zwangsstörungen zum Einsatz kommen. Es existieren weiterhin keine randomisiert kontrollierten Studien, die belegen könnten, dass diese Verfahren bei Zwangsstörungen überhaupt besser wirken als Placebo, und ebenso wenig gibt es valide Vergleichsstudien, die einen relativ stärkeren oder zumindest gleichwertigen Nutzen dieser Verfahren gegenüber der etablierten KVT oder der Pharmakotherapie gezeigt haben. Die Stichproben vorhandener Studien umfassen zumeist gemischte Diagnosen und es werden nur selten etablierte Outcomemaße wie die Y-BOCS verwendet. Die einzige kontrollierte Studie mit Zwangserkrankten verglich psychodynamische Kurzzeittherapie in Kombination mit Pharmakotherapie mit psychopharmakologischer Monotherapie und konnte keine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung zeigen. Für die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie gibt es ebenfalls keine Vergleichsstudien, die deren Nutzen bei der Behandlung der Zwangsstörung belegen. Somit verabschiedete die Leitlinienkommission ein Statement mit 97,2 Prozent Zustimmung und 2,8 Prozent Enthaltungen, dass für die vorgenannten Verfahren keine Evidenz für ihre Wirksamkeit aus randomisierten kontrollierten Studien vorliegt. Eine Empfehlung zum Einsatz der Verfahren kann demgemäß nicht ausgesprochen werden. Es besteht Hoffnung, dass sich die Evidenzlage mittelfristig verbessern könnte, da derzeit an Therapievergleichsstudien, zumindest für tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, gearbeitet wird. Ganz ähnlich ist die Lage bei weiteren humanistisch orientierten Verfahren wie etwa der Gestalttherapie. Auch diese können derzeit nicht zur Behandlung empfohlen werden. Das gilt analog auch für die Schematherapie und das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

**Angesichts der Verfügbarkeit evidenzbasierter Therapieverfahren ist anzuraten, auf nicht in ihrer Wirksamkeit belegte Verfahren in der Behandlung von Zwangsstörungen zu verzichten.**

## Zusammenfassung zur Psychotherapie

Die Empfehlungen betonen mit besonderem Nachdruck die Wichtigkeit aktiver, neuer Lernerfahrungen durch Expositionen und Reaktionsmanagement, die in kritischen, d.h. symptomauslösenden Situationen stattfinden sollen, dabei anfänglich eine kompetente Unterstützung durch Psychotherapeut\*innen benötigen und in wiederholten Hausaufgaben eigenständig konsolidiert werden sollen. Die Empfehlungen sind deshalb von hoher Relevanz, weil gemäß einiger Patient\*innen- und Therapeutenbefragungen auch in der KVT nicht immer ausreichend auf diese Kernerfordernisse geachtet wird.

## Pharmakotherapie

Zur psychopharmakologischen Behandlung der Zwangsstörung werden wie in der 1. Auflage SSRI (in Deutschland zugelassen sind: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) mit Empfehlungsgrad A empfohlen. Die Wirksamkeit dieser Substanzen gegenüber Placebo ist eindeutig nachgewiesen (*Skapinakis et al., 2016*). Allerdings wird in der Leitlinie gemäß Expertenkonsens aufgrund der besseren Wirkung von KVT eingeschränkt, dass eine Pharmakotherapie als Monotherapie nur dann indiziert ist, wenn KVT abgelehnt wird, aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht durchgeführt werden kann, wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder wenn damit die Bereitschaft der Patient\*innen, sich auf weitere Therapiemaßnahmen (insbesondere KVT) einzulassen, erhöht werden kann. Ferner sind sich die Expert\*innen einig, dass eine Monotherapie mit SSRI auf Wunsch/Präferenz der Patient\*innen und/oder bei positiver Erfahrung der Patient\*innen mit gutem Ansprechen auf eine frühere medikamentöse Therapie angeboten werden kann. Es sollte bedacht werden, dass die Wirkung von SSRI in der Regel unter der Wirkung leitliniengerecht durchgeführter KVT liegt. Individuell kann sie deutlich stärker sein oder auch völlig fehlen, weswegen eine Evaluation der Wirkung nach drei Monaten sinnvoll ist. Clomipramin, ein schon früh eingesetztes Pharmakon gegen Zwangsstörungen, das nicht nur die Wiederaufnahme von Serotonin, sondern auch die von Noradrenalin hemmt, ist ähnlich wirksam wie die SSRI, wegen der stärker ausgeprägten Nebenwirkungen aber zweite Wahl in der Pharmakotherapie. Empfehlungen zur korrekten Anwendung und Dosierung der SSRI und von Clomipramin werden in der Leitlinie gegeben und begründet. Eine wichtige Empfehlung ist, dass bei Ansprechen auf einen SSRI die Behandlung für ein bis zwei Jahre fortgeführt werden sollte. Ein Absetzen einer wirksamen SSRI-Therapie sollte langsam und über mehrere Monate unter kontinuierlicher Symptombeobachtung erfolgen. Als medikamentöse Augmentation bei unbefriedigender Wirkung der SSRI sollten (Empfehlungsgrad B) die Antipsychotika Aripiprazol und Risperidon eingesetzt werden (*Zhou et al., 2019*), ohne dass aber bisher geklärt werden konnte, für welche spezifischen Untergruppen dies besonders effektiv sein könnte. Tritt keine Wirkung dieser Augmentation

auf, so sollten die Antipsychotika nach sechs Wochen wieder abgesetzt werden. Erwähnenswert ist zudem, dass gemäß Expertenkonsens eine Monotherapie mit Antipsychotika nicht empfohlen werden kann.

Andere Psychopharmaka bzw. Substanzklassen haben sich bisher nicht als wirksam erwiesen bzw. sind nicht genügend untersucht. Für die Klasse der Benzodiazepine wird sogar mit hoher Empfehlungsstärke (A) vom Einsatz bei Zwangsstörungen wegen ungenügender Wirksamkeit und einem erhöhten Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung abgeraten.

Weitere Details zur Psychopharmakotherapie finden sich in der Langfassung der Leitlinie.

## Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie

Es wurde bereits erwähnt, dass bei entsprechendem Angebot eine KVT gegenüber der medikamentösen Therapie aufgrund der tendenziell besseren Wirksamkeit vorzuziehen ist (Empfehlungsgrad B). Oftmals besteht aber die Ansicht, dass die Kombination beider Therapieansätze die besten Ergebnisse erbringen müsste. Bisher ist die Evidenzlage dazu recht lückenhaft, was angesichts der häufigen Verwendung dieser Kombinationstherapien in der klinischen Routineversorgung als sehr unbefriedigend angesehen werden muss. Am besten belegt ist, dass eine medikamentöse Therapie mit SSRI/Clomipramin bei zusätzlicher KVT zu besseren Ergebnissen als die Monotherapie mit SSRI führt (*Skapinakis et al., 2016*). Daher sollte eine zusätzliche KVT, wenn möglich, stets parallel angeboten werden (Empfehlungsgrad A). Insbesondere aber soll KVT zusätzlich (auch nachfolgend) angeboten werden, wenn sich die Reaktion auf die Psychopharmaka im Verlauf als nicht ausreichend darstellt (*Simpson et al., 2008*). Ist von Beginn an eine leitliniengerechte KVT möglich, so wirkt sich die Hinzunahme von Pharmakotherapie nicht generell positiver aus (*Foa et al., 2005; Öst et al., 2015*). Am ehesten kann das der Fall sein, wenn Patient\*innen mittelgradig bis schwer depressiv sind oder ein schnellerer initialer Therapiefortschritt angestrebt wird (0, Kann-Empfehlung). Für den letztgenannten Effekt gibt es aber nur relativ schwache Belege. Einen Überblick über die Empfehlungen zur Kombinationstherapie gibt Tabelle 4.

■ Wenn sowohl KVT als auch Pharmakotherapie verfügbar und akzeptiert sind, ist KVT der Pharmakotherapie vorzuziehen.
■ Eine zusätzliche Medikation bei durchgeführter KVT ist nicht sinnvoll bzw. notwendig, außer in Fällen schwerer Depressivität.
■ Eine zusätzliche KVT bei laufender Pharmakotherapie ist zu empfehlen zur Verbesserung des Therapieerfolges und dessen Stabilität.
■ Erzielt Pharmakotherapie nur ungenügende Besserung, kann eine nachfolgende KVT noch weitere deutliche Symptomreduktionen erreichen.

Tabelle 4: KVT und Pharmakotherapie

## Somatische nichtpharmakologische Verfahren

Hier sind die Hirnstimulationsverfahren zu nennen, die entweder als Elektrokonvulsionstherapie (EKT), Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS), Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) oder Tiefenhirnstimulation (DBS) etabliert sind. Es kann an dieser Stelle nicht auf Details dieser Verfahren eingegangen werden. Zum Teil haben sie sich in anderen Indikationen als wirksam erwiesen. Bei Zwangsstörungen sind sie derzeit allenfalls als ergänzende oder alternative Therapieansätze in der Diskussion.

Als Empfehlungen wurden festgehalten, dass:

- rTMS bei Patient\*innen mit Zwangsstörung mit unzureichendem Ansprechen auf Verfahren der ersten Wahl mit dem Ziel einer kurzfristigen Symptomlinderung angewendet werden können (Empfehlungsgrad 0). Anzumerken ist, dass es keine klaren Belege für eine längerfristige Wirksamkeit gibt.
- tDCS wegen unzureichender Wirksamkeitsnachweise bei Patient\*innen mit Zwangsstörung nicht durchgeführt werden sollte (Empfehlungsgrad B).
- EKT zur Behandlung von Patient\*innen mit therapieresistenter Zwangsstörung nicht angewendet werden sollte (Empfehlungsgrad B).
- Die beidseitige DBS unter kritischer Nutzen-/Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patient\*innen mit Zwangsstörung mit fehlendem Ansprechen auf mehrere leitliniengerechte Therapien durchgeführt werden kann (Empfehlungsgrad 0), wobei die Indikation dazu nur psychiatrische Zentren mit Expertise stellen sollten und die Behandlung nur an spezialisierten neurochirurgischen Zentren erfolgen sollte.

Des Weiteren gibt es noch ablative neurochirurgische Verfahren, diese sollten aber wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen bei Patient\*innen mit therapieresistenter Zwangsstörung nicht durchgeführt werden (Empfehlungsgrad B).

## Resümee und Ausblick

Die aktualisierten S3-Leitlinien Zwangsstörungen haben den derzeitigen Wissensstand zur Diagnostik und Behandlung anhand einer sorgfältigen und systematischen Auswertung der Forschungsliteratur zusammengefasst und daraus praxisrelevante Empfehlungen abgeleitet.<sup>3</sup>

Die Therapie der ersten Wahl bei der Behandlung von Zwangsstörungen ist weiterhin die KVT. Integraler Bestandteil dieses Verfahrens ist die Exposition gegenüber den befürchteten

Gedanken und Vorstellungen bei gleichzeitiger Unterlassung der Neutralisierungsrituale und Vermeidungsversuche. Psychopharmakotherapie (SSRI, Clomipramin) ist ebenfalls wirksam, schneidet aber im direkten Vergleich eher schwächer ab und ist nur in bestimmten Fällen als Monotherapie zu bevorzugen.

**Wesentlich ist letztlich, dass in der Versorgung evidenzbasierte Behandlung als die bestmögliche akzeptiert und implementiert wird.**

Andere psychotherapeutische Verfahren (darunter tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, Gesprächspsychotherapie und systemische Therapie) sind entweder zu wenig untersucht, um eine Empfehlung aussprechen zu können, oder die existierenden Studien liefern keine Evidenz dafür, dass sie bei Patient\*innen mit Zwangsstörungen einen Zugewinn oder zumindest Gleichwertigkeit hinsichtlich des therapeutischen Effekts gegenüber der klassischen KVT mit Exposition erbringen. Bei therapieresistenten Fällen trotz leitliniengerechter Therapien der ersten und zweiten Wahl sind bestimmte Antipsychotika sowie Stimulationsverfahren erwägenswert, unter strenger Abwägung der Nebenwirkungen.

Unsicherheiten bleiben, weil einige sehr wichtige Aspekte noch unzureichend erforscht sind, wie etwa Langzeitwirkungen und Rückfallursachen sowie das Zusammenwirken von Psychotherapie und Medikation. Prinzipiell wirksame Therapien wie die KVT können wahrscheinlich durch Feinanpassungen der Indikation und der Durchführungsmodalitäten noch optimiert werden. Bisher unzureichend beforschte Verfahren müssten ihre Wirksamkeit erst noch belegen, bevor sie in der Versorgung angewendet werden. Letztlich ist wesentlich, dass in der Versorgung der Patient\*innen evidenzbasierte Behandlung als die bestmögliche akzeptiert und implementiert wird.

**Die Umsetzung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und die fachgerechte Anwendung evidenzbasierter Therapieverfahren hat das Potenzial, die Versorgung von Betroffenen mit Zwangsstörungen erheblich zu verbessern.**

## Literatur

*Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Elsner, B., Wolfsberger, F., Srp, J., Windsheimer, A., Becker, L., Jacobi, T. et al. (2020). Long-term stability of benefits of cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder depends on symptom remission during treatment. *Clinical Psychology in Europe*, 2 (1), 1–18.

<sup>3</sup> Wir danken Frau Dr. Monika Nothacker und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF e.V.) für die gemeinsame Arbeit an der revidierten Leitlinie und der DGPPN für ihre Rolle als federführende Fachgesellschaft und für ihre finanzielle Förderung der Erstellung der S3-Leitlinie.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E. et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 151–161.

Kathmann, N., Jacobi, T., Elsner, B. & Reuter, B. (2022). Effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy and predictors of outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91 (2), 123–135.

Kühne, F., Paunov, T. & Weck, F. (2021). Recognizing obsessive-compulsive disorder: How suitable is the German Zohar-Fineberg obsessive-compulsive screen? *BMC Psychiatry*, 21(1), 450.

Launes, G., Hagen, K., Sunde, T., Öst, L. G., Klovning, I., Laukvik, I. L. et al. (2019). Randomized controlled trial of concentrated ERP, self-help and waiting list for obsessive-compulsive disorder: The Bergen 4-day treatment. *Frontiers in Psychology*, 15 (10), 2500.

Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z. et al. (2022). Effect of internet-based vs. face-to-face cognitive behavioral therapy for adults with obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5 (3), e221967.

Mataix-Cols, D., Fernandez de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K. & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15 (1), 80–81.

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169.

Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W. & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63.

Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Ledley, D. R., Huppert, J. D., Cahill, S. et al. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 621–630.

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P. et al. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3 (8), 730–739.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H. et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 705–716.

Voderholzer, U., Kathmann, N. & Reuter, B. (2024 a). *Praxishandbuch Zwangsstörungen und verwandte Störungen* (1. Aufl.). München: Elsevier.

Voderholzer, U., Kathmann, N., Wahl-Kordon, A., Zurowski, B., Rubart, A. & Staniloiu, A. (2024 b). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen* (2. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.



### Prof. Dr. Norbert Kathmann

#### Korrespondenzadresse:

Humboldt-Universität zu Berlin  
Institut für Psychologie  
Rudower Chaussee 18  
12489 Berlin  
kathmann@hu-berlin.de

Prof. Dr. phil. Norbert Kathmann ist langjähriger Leiter der Spezialambulanz für Zwangsstörungen der Humboldt-Universität zu Berlin und war dort Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie. Er forscht zu den psychologischen und biologischen Grundlagen von Zwangsstörungen und der Verbesserung von deren psychotherapeutischer Behandlung.

### Dr. Andreas Wahl-Kordon

Privatdozent Dr. Andreas Wahl-Kordon ist als Ärztlicher Direktor der Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Medical Lead der Oberbergkliniken im Südwesten und als Dozent an der Universität Freiburg tätig. Er war Projektleiter der 1. Auflage der Leitlinie Zwangsstörungen.

### Dr. Angelica Staniloiu

Privatdozentin Dr. med. Angelica Staniloiu ist Oberärztin an der Oberberg Fachklinik Schwarzwald und Dozentin an der Universität Bielefeld. Wissenschaftlich beschäftigt sie sich vor allem mit funktionellen Gedächtnisstörungen.

### Antonie Rubart

Antonie Rubart, M. Sc., ist als Psychologische Psychotherapeutin in Hamburg in eigener Praxis tätig. Im Rahmen ihrer Tätigkeit am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hat sie im Bereich Angst-, Zwangsstörungen und Depression geforscht und an der Revision der S3-Leitlinie Zwangsstörungen mitgewirkt.

### Matthias Favreau

Matthias Favreau, M. Sc., ist als Psychologe in klinischer Tätigkeit in den kbo Lech-Mangfall-Kliniken am Standort Landsberg am Lech beschäftigt. Die Schwerpunkte seiner Tätigkeit im allgemeinpsychiatrischen Bereich liegen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Angst- und Zwangserkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

### Dr. Bartosz Zurowski

Dr. med. Bartosz Zurowski leitet am Zentrum für Integrative Psychiatrie der Universität Lübeck den Behandlungsbereich Affektive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen und forscht insbesondere zu Zwangsstörungen.

### Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer leitete die Kommission für die Revision der S3 Leitlinie Zwangsstörungen. Er forscht seit Langem zur Versorgungslage und deren Verbesserung von Patient\*innen mit psychischen Störungen, insbesondere Zwangsstörungen.

# Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen

Chancen und Herausforderungen aus der Perspektive von Psychotherapeut\*innen

Nele Knott & Betteke Maria van Noort

**Zusammenfassung:** Die befragten Psychotherapeut\*innen berichteten, dass die Psychotherapie von gehörlosen Patient\*innen mit und ohne Gebärdensprachdolmetschende grundsätzlich erfolgreich sein kann. Dabei ist jedoch wichtig, die Bedürfnisse, Hürden, Herausforderungen und Voreinstellungen sowohl seitens der Patient\*innen als auch der Psychotherapeut\*innen zu berücksichtigen und zu beachten. Hierbei kommen unterschiedliche Themen auf, wie etwa das Verständnis für die Gehörlosenkultur, die gemeinsame Gestaltung der therapeutischen Beziehung trotz sprachlicher und sozialer Barrieren sowie die Anpassung des Therapiesettings, z. B. die Platzierung der Sitze oder die Lichtverhältnisse. Insgesamt wird dringend eine höhere Bereitschaft unter approbierten Psychotherapeut\*innen benötigt, mit gehörlosen Patient\*innen zu arbeiten. Dies könnte unter anderem durch eine verstärkte Berücksichtigung dieses Themas in der Aus- und Weiterbildung sowie durch die Förderung von Gebärdendolmetschenden erreicht werden.

## Einleitung

Schätzungsweise sind in Deutschland circa 84.400 Menschen von einer Gehörlosigkeit betroffen (*Deutscher Gehörlosen-Bund, 2019*).<sup>1</sup> Es existiert jedoch keine offizielle Statistik, die alle in Deutschland lebenden Personen mit einer Hörbeeinträchtigung erfasst. Auf nationaler und internationaler Ebene wird im Allgemeinen von einem Gehörlosen-Anteil von 0,1 Prozent der Gesamtbevölkerung gerechnet (*Deutscher Gehörlosen-Bund, 2019*). Das Wort „gehörlos“ wurde bereits 1830 eingeführt, dennoch wird in Deutschland häufig noch der Begriff „taubstumm“ für gehörlose Menschen verwendet (Clarke, 2016). Sprachgeschichtlich gesehen ist das Wort „stumm“ jedoch verwandt mit „dumm“ und das Wort „Taub“ mit dem Wort „doof“. Somit ist diese Bezeichnung für Personen, die sich der Gehörlosengemeinschaft zugehörig fühlen, abwertend und diskriminierend (*Cüre, 2020; Dietl & Gmeiner, 2023*) und es wird der Begriff „gehörlos“ präferiert.

## Medizinische Definition von Gehörlosigkeit

Der Begriff „gehörlos“ kann aus zwei Perspektiven definiert werden: medizinisch und kulturell. Die medizinische Definition von „Gehörlosigkeit“ bezieht sich immer auf die Schwere der Ausprägung des Hörverlustes (*Fellinger et al., 2005 b*). Dabei wird der Hörverlust in Dezibel angegeben und bezieht sich auf den Verlust im besser hörenden Ohr. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1991) teilt schwerhörige Personen bezüglich ihres vorliegenden Hörverlustes in verschiedene Schweregrade ein, siehe Tabelle. Diese Einteilung ist mit eini-

gen Einschränkungen verbunden. Als größter Kritikpunkt wird von der „Global Burden of Disease Expert Group on Hearing Loss“ der fehlende Bezug zur Alltagsbeeinträchtigung mit unterschiedlichen Geräuschkulissen genannt, zudem findet die einseitige Hörbeeinträchtigung keine Berücksichtigung (*Stevens et al., 2013*).

Hörverlust in Dezibel	Grad der Hörbeeinträchtigung	Verständnis und Maßnahmen
0 dB – 25 dB	keine oder kaum Hörbeeinträchtigung	Flüstern wird verstanden.
26 dB – 40 dB	leichtgradige Hörbeeinträchtigung	Umgangssprache wird auf 1 m Abstand verstanden, ggf. Hörgerät.
41 dB – 60 dB	mittelgradige Hörbeeinträchtigung	Lautes Sprechen wird auf 1 m Abstand verstanden, Hörgerät empfohlen.
61 dB – 80 dB	hochgradige Hörbeeinträchtigung	Einige Worte werden bei lautem Schreien verstanden, Hörgerät essenziell.
81 dB und mehr	sehr hochgradige Hörbeeinträchtigung	Sprache wird auch bei maximaler Lautstärke nicht verstanden, kein Gehör.

*Tabelle: Einteilung von Hörschädigungen inklusive Beispiele (angelehnt an WHO, 1991)*

Aus medizinischer Sicht erfolgt zudem eine Einteilung der Gehörlosigkeit nach dem Zeitpunkt des Hörverlustes. Es wird von

<sup>1</sup> Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

*prälingualer Gehörlosigkeit* gesprochen, wenn das Hörvermögen von Geburt an oder innerhalb der ersten drei Lebensjahre verloren geht (Fellinger et al., 2005 a). Diesbezüglich können mögliche Ursachen beispielsweise eine Folge von Infektionskrankheiten, genetische Faktoren oder Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft sein (Eckel et al., 1998; Weidenfeller, 2021). Wenn das Kind schon gehört hat, bevor die Hörschädigung eintritt, spricht man von einer *postlingualen Gehörlosigkeit* (Clarke, 2016). Ursachen hierfür können beispielsweise Infektionen, Stoffwechselerkrankungen und Schädelverletzungen sein (Clarke, 2016). Zu dieser Gruppe gehören auch Jugendliche und Erwachsene, bei denen die Gehörlosigkeit entweder langsam durch eine Erkrankung, unmittelbar durch eine Infektion, durch Unfall/Verletzung oder durch extreme Lärmexposition eintritt (Weidenfeller, 2021). Des Weiteren gibt es noch von *Altersschwerhörigkeit* betroffene Menschen. Diese fühlen sich oft nicht der Gehörlosenwelt zugehörig, da sie auch häufig nicht die Gebärdensprache beherrschen (Höcker, 2010). Insgesamt zeigt sich, wie heterogen die Gruppe der gehörlosen Personen ist (Ruhren, 2021).

## Gehörlosenkultur und -gemeinschaft

Anhand des Hörverlustes lassen sich aus medizinischer Sicht Personen mit einer Hörschädigung eindeutig in die Gruppen der Schwerhörigen und in die Gruppe der Gehörlosen einteilen (Kurzenberger, 2013). Unter Berücksichtigung weiterer Aspekte stellt sich die Situation jedoch komplexer dar (Kurzenberger, 2013). Dabei wird der Begriff „Gehörlosigkeit“ von Betroffenen, die vor allem vor ihrem Spracherwerb ertaubt sind, kulturell definiert (Fellinger et al., 2005 b). Sie identifizieren sich mit der Gehörlosenkultur und -gemeinschaft und sehen ihre Hörbeeinträchtigung, anders als viele Mediziner\*innen, *nicht als Defizit* an (Fellinger et al. 2005 b; Höcker, 2010). Hier spielt der Hörstatus eher eine untergeordnete Rolle und bezieht Personen mit verschiedenen stark ausgeprägten Hörbeeinträchtigungen mit ein (Kurzenberger, 2013; Fellinger et al., 2005 b). Dazu werden schwerhörige Personen, hörende Kinder von gehörlosen Eltern und Träger\*innen eines Cochlea-Implantats gezählt (Martinakt & Terhorst, 2021). Im vorliegenden Artikel wird die breiter gefasste, kulturelle Definition von Gehörlosigkeit verwendet.

In der hörenden Gesellschaft bilden gehörlose Personen eine Minderheit (Zante, 2011). Zwischen Gehörlosen und anderen Minderheiten wie Rollstuhlfahrenden oder Blinden gibt es einen zentralen Unterschied, denn diese Minderheiten sind prinzipiell in sozialen und kommunikativen Situationen nicht auf andere Mitglieder der eigenen Minderheit angewiesen (Zante, 2011). Sie können aufgrund der gemeinsamen deutschen Sprache jederzeit kommunizieren, neue Bekanntschaften schließen oder sich leicht austauschen (Zante, 2011). Dies trifft für gehörlose Personen nicht zu (Zante, 2011), weshalb sie sich oft immer in den gleichen Kreisen bewegen und die Struktur der Gehörlosengemeinschaft stark der einer Dorfgemeinschaft ähnelt (Zante, 2011; Terhorst, 2021).

Aufgrund dessen, dass viele gehörlose Personen gemeinsame Sozialisierungserfahrungen gemacht haben, wie etwa der Besuch von Gehörlosenschulen und Gehörlosenvereinen – und dadurch andere als hörende Personen – entstand eine eigene Kultur (Fellinger et al., 2005 a; Martinakt & Terhorst, 2021). Diese ist durch die gemeinsam verwendete und präferierte Gebärdensprache als Art der Kommunikation charakterisiert (Fellinger et al., 2005 a; Martinakt & Terhorst, 2021). Einer der wichtigsten Aspekte der Gehörlosenkultur stellt die starke Gemeinschaftlichkeit innerhalb der Gruppe dar (Fellinger et al., 2005 b; Martinakt & Terhorst, 2021). Dadurch können ihre Mitglieder eine gemeinsame Kultur (er)leben, ohne Hindernisse kommunizieren und sich frei austauschen (Zante, 2011). Insgesamt verwenden in Deutschland circa 200.000 Menschen die Deutsche Gebärdensprache (Bundesfachstelle Barrierefreiheit, 2023).

## Bedarf an Psychotherapie

Im Vergleich zur deutschsprachigen Allgemeinbevölkerung zeigt die Gruppe der gehörlosen Menschen eine deutlich höhere Prävalenzrate für psychische Störungen auf (Fellinger & Fellinger, 2015). Beispielsweise zeigte sich in einer Untersuchung von Kvam et al. (2007), dass die Gruppe der gehörlosen Menschen eine signifikant höhere Rate depressiver Symptome aufwies als die hörende Vergleichsgruppe. Eine rezentere Studie kam zu ähnlichen Ergebnissen (Cieśła et al., 2016). Dabei wiesen sowohl Proband\*innen mit einer prä- als auch jene mit einer postlingualen Gehörlosigkeit eine signifikant geringere Lebensqualität sowie erhöhte Depressions- und Angstsymptome auf (Cieśła et al., 2016). Dabei stellt die Hörbeeinträchtigung selbst einen Vulnerabilitätsfaktor für mögliche psychische Erkrankungen dar (Tretbar et al., 2018).

Hierbei ist ein wichtiger zu berücksichtigender Faktor, dass ca. 90 Prozent der gehörlosen Kinder hörende Eltern haben, die vorher oft keine Berührungspunkte mit Gehörlosigkeit oder der Gehörlosenkultur hatten (Fellinger et al., 2005 a; Kurrer, 2013). Diese Eltern beherrschen meist die Gebärdensprache nicht und die Kinder verstehen die Lautsprache nicht, was anfangs zu einem erheblichen kommunikativen Defizit führen kann (Fellinger et al., 2005 a; Kurrer, 2013). Selbst wenn die Eltern die Gebärdensprache lernen, stehen diese Kompetenzen nicht sofort in ausreichendem Maße zur Verfügung (Hintermair, 2014). Eine mangelnde gemeinsame Kommunikationsbasis kann dazu führen, dass Bedürfnisse nicht mitgeteilt werden können, was die emotionale sowie kognitive Entwicklung und Sozialisation der gehörlosen Kinder negativ beeinflusst (Fellinger & Fellinger, 2015; Hintermair, 2014). Zu den familiären Kommunikationsbarrieren kommen außerhalb der Familie erlebte Barrieren hinzu (Weidenfeller, 2021). Gehörlose Menschen berichten häufig, von hörenden Arbeitskolleg\*innen und hörenden Freund\*innen aus Gesprächen ausgeschlossen und isoliert zu werden, was negative Gefühle verstärkt und depressive Symptome begünstigt (Sheppard, 2013).

## Psychotherapeutische Versorgungslage

Auch der Zugang zu Gesundheitsdiensten, wie etwa einer psychologischen Beratung oder Psychotherapie, sind für gehörlose Menschen mit erheblichen Barrieren verbunden (Fellinger & Fellinger 2013). Das Risiko, eine falsche Diagnose im Bereich psychischer Erkrankungen zu erhalten – sowie infolge falscher Behandlungen und verlängerte Krankenhausaufenthalte –, ist laut Studienlage deutlich erhöht (Landsberger et al., 2014). Gründe dafür sind das teilweise unvollständige Wissen und die fehlende Sensitivität für die Gehörlosenkultur (Gill & Fox, 2012; Hintermair, 2007). Zum Beispiel kann aufgrund fehlender Verständigungsmöglichkeiten laut Studienlage fälschlicherweise auf eine psychotische Erkrankung geschlossen werden, wenn gehörlose Patient\*innen versuchen, sich mit Laut- oder Schriftsprache zu äußern (Martinakt, 2021). Zudem besteht die Problematik, dass viele der für die Diagnostik zur Verfügung stehenden psychometrischen Testverfahren die Besonderheiten von gehörlosen Menschen nicht berücksichtigen (Martinakt, 2021; Fellinger & Fellinger, 2015). Die Testergebnisse sind dann nur eingeschränkt interpretierbar (Martinakt, 2021). Ein Lösungsansatz ist das Hinzuziehen von Gebärdensprachdolmetschenden während anamnestischer Gespräche oder klinischer Interviews (Schmidt & Metzner, 2019).

Seit 2001 haben gehörlose Deutsche Bürger\*innen laut SGB IX § 78 das Recht, die Gebärdensprache bei ärztlichen Besuchen aller Art, darunter fallen auch psychotherapeutische Behandlungen, zu verwenden oder eine Kostenrückerstattung durch die Krankenkassen zu bekommen (SGB I § 17 Abs. 2), wenn sie dabei auf Gebärdensprachdolmetschende angewiesen sind (Haase, 2001). Hierbei kann es sich auch um Bezugspersonenstunden mit gehörlosen Elternteilen handeln, die im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung von hörenden Kindern und Jugendlichen stattfinden (SGB IX § 78 Abs. 3). Es ist zu empfehlen, dass die Versicherten diese Assistenzleistung in Form einer Gebärdensprachdolmetschenden selbst in Auftrag geben.

Die psychotherapeutische Versorgungslage von gehörlosen Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist in Deutschland flächendeckend nicht zufriedenstellen. So sind dem Deutschen Gehörlosen-Bund (2024) bundesweit nur 45 ambulant tätige Kolleg\*innen bekannt, die Psychotherapie für gehörlose Menschen anbieten. Dabei handelt es sich um eine heterogene Behandler\*innengruppe von Personen mit oder ohne eigene Kenntnisse der deutschen Gebärdensprache oder lautsprachbegleitenden Gebärden, die teilweise mit Gebärdensprachdolmetschenden arbeiten.

## Qualitative Befragung

Es stellt sich die Frage, warum die Anzahl öffentlich gelisteter und ambulant tätiger Psychotherapeut\*innen, die Psychotherapie für Menschen mit Gehörlosigkeit anbieten, so gering scheint. Das Ziel unserer Studie war es, Erkenntnisse über

das ambulante Setting mit gehörlosen Patient\*innen zu gewinnen. Diese sollten dazu beitragen, Chancen und Herausforderungen aus Sicht von Psychotherapeut\*innen zu identifizieren und die Bereitschaft, Psychotherapie für gehörlose Menschen anzubieten, unter Kolleg\*innen zu erhöhen.

## Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurde ein leitfadengestütztes Experteninterview mit Psychotherapeut\*innen geführt, die Erfahrungen mit gehörlosen Patient\*innen gemacht haben. Für die Identifikation dieser Kolleg\*innen wurden unterschiedliche Auflistungen von ambulant tätigen Psychotherapeut\*innen herangezogen. Während der Recherche wurde klar, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur eine Landespsychotherapeutenkammer (Berlin) in Deutschland eine spezielle Beauftragung für Menschen mit Behinderungen/Inklusion hat.

Insgesamt konnten 39 Psychotherapeut\*innen deutschlandweit identifiziert und per Telefon oder E-Mail kontaktiert werden, siehe Abbildung 1 (S. 362). Von diesen stimmten acht Kolleg\*innen einer Teilnahme zu. Die Stichprobe bestand aus vier weiblichen und drei männlichen Psychotherapeut\*innen, deren durchschnittliches Alter 58,25 Jahre betrug. Eine weitere Person wollte aus Datenschutzgründen Geschlecht und Alter nicht angeben. Es handelte sich um Psychologische Psychotherapeut\*innen, von denen drei Kolleg\*innen die Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hatten. Folgende Fachkunden waren vertreten: analytische Psychotherapie (25 %), tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (75 %) und Verhaltenstherapie (63 %); einige Kolleg\*innen hatten mehrere Fachkunden.

Alle befragten Psychotherapeut\*innen waren hörend. Sechs Teilnehmende (75 %) hatten Erfahrung in der Behandlung von gehörlosen Patient\*innen unter Einsatz von Gebärdensprachdolmetschenden. Eine weitere Person konnte interviewt werden, die Erfahrung in der Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen, jedoch keine mit Gebärdensprachdolmetschenden hat (13 %). Darüber hinaus konnten Erfahrungsberichte einer weiteren Person erhoben werden, die im Rahmen von Forschung mit gehörlosen Patient\*innen Kontakt hatte.

Die Interviews fanden von Juni bis August 2023 statt. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 40 Minuten. Anschließend wurden die Einzelinterviews mittels der Software f4transkript laut dem Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2018) transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022) analysiert.

## Ergebnisse: Erfahrungen aus Sicht der Psychotherapeut\*innen

Für die Analyse wurden sechs Hauptkategorien deduktiv konzipiert, während 14 Subkategorien induktiv entstanden. In Abbildung 2 ist eine Auswahl der Kategorien zu sehen, wobei die Hauptkategorien dunkelgrau und die Subkategorien hell-

grau hinterlegt sind. Es werden einige Erkenntnisse im Folgenden hervorgehoben.

### Besonderheiten

In Bezug auf die aufkommenden Besonderheiten in der Psychotherapie von gehörlosen Patient\*innen konnten die Subkategorien „Verwendete Sprache“ und „Therapeutisches Setting und zeitlicher Rahmen“ erarbeitet werden.

Betreffend der verwendeten Sprache äußerten die befragten Kolleg\*innen, dass es für sie eine Besonderheit darstelle, nicht direkt und in der gleichen Sprache wie ihre Patient\*innen kommunizieren zu können – weshalb es wichtig sei, sich mit der Gebärdensprache auseinanderzusetzen, um zu verstehen, dass diese sich zur deutschen Lautsprache unterscheidet. Beispielsweise ist ihre Syntax einfacher aufgebaut, wodurch es zu Missverständnissen kommen kann (Proband\*in 4; Proband\*in 8). Um Missverständnisse zu reduzieren und von den Patient\*innen besser verstanden zu werden, musste zum einen die gewohnte Art zu Sprechen angepasst und eine konkrete Ausdrucksweise gewählt werden (P4; P8). Zum anderen wurde die Wichtigkeit der Rückversicherung im Gespräch genannt (P7; P8).

In Bezug auf das therapeutische und zeitliche Setting äußerten die Kolleg\*innen, dass unter anderem auf die Platzierung der Sitze sowie die Lichtverhältnisse im Therapieraum zu achten sei (P4; P5). Darüber hinaus wurde darauf eingegangen, dass es bei der Gebärdensprachdolmetsch-Situation wichtig sei, dass die dolmetschende Person dicht neben dem\*der Therapeut\*in sitze. So könne gewährleistet werden, dass zum einen der\*die Patient\*in die dolmetschende Person sowie den\*die Therapeut\*in richtig sehe und zum anderen die Aufmerksamkeit des\*der Therapeut\*in bei dem\*der Patient\*in bleiben könne (P4; P5). „Sowas ganz Simple wie, wir sitzen uns gegenüber statt jetzt nebeneinander. Also weil es braucht einen guten Sichtkontakt, es braucht ein helles Zimmer, damit man die Mimik gut sehen kann.“ (P2)

Des Weiteren wurde berichtet, dass die Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen mehr Zeit in Anspruch nehme

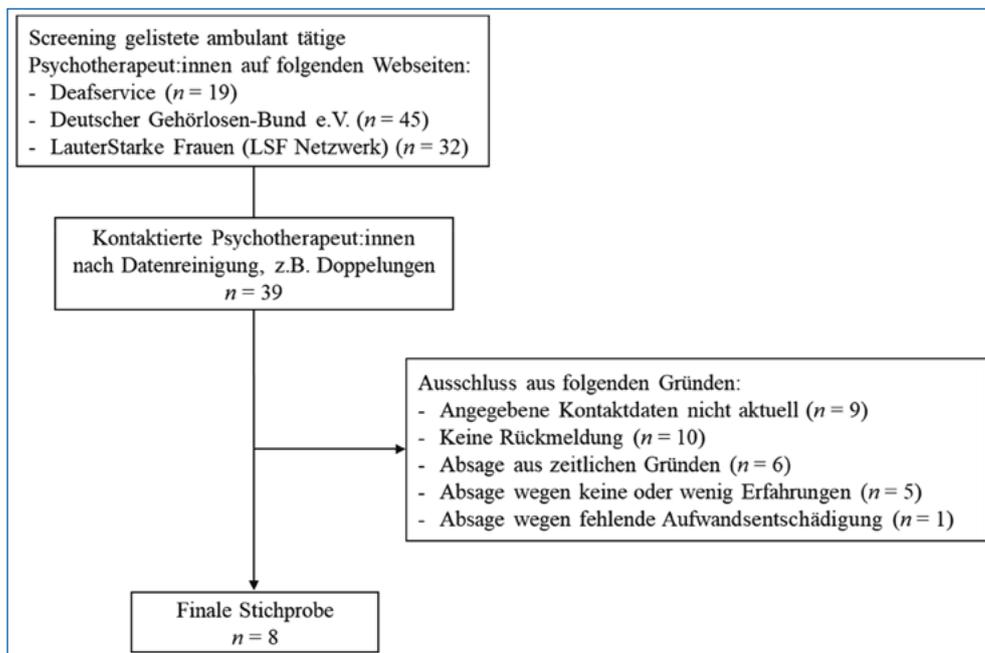


Abbildung 1: Flowchart zu den kontaktierten Psychotherapeut\*innen



Abbildung 2: Kategoriensystem, entstanden aus den Interviews (n = 8)

als mit hörenden Patient\*innen (P3; P5). Dabei gingen die Kolleg\*innen darauf ein, dass die Kommunikationssituation sowie die sprachliche Barriere wesentliche Zeitfaktoren ausmachten. Bei der Gebärdensprache komme eine hohe Redundanz auf, um zu prüfen, ob das Kommunizierte wirklich verstanden wurde, und um die Gefahr für Missverständnisse so klein wie möglich zu halten (P7). Zudem wurde geäußert, dass oftmals mehr Psychoedukation stattfinde, da viel an Wissen bezüglich Psychotherapie, psychischer Krankheit/Gesundheit, Emotionen, Wirkmechanismen, Selbstverantwortung und der Möglichkeit, Gelerntes umzulernen, fehle (P1; P3; P4; P5; P6). „Aber es braucht wesentlich mehr Zeit. (...) Das geht bei den sogenannten vorbereitenden Sitzungen los. Also normalerweise ist da ein Erstgespräch mit drinnen und ungefähr vier probatorische Sitzungen. Da braucht man bei Gehörlosen insgesamt mindestens sieben, acht Sitzungen.“ (P7)

### Therapeutische Beziehung

Im Hinblick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei gehörlosen Patient\*innen äußerten sechs der

Psychotherapeut\*innen, dass sich diese nicht von hörenden Patient\*innen unterscheidet und gut funktioniert (P1; P2; P3; P5; P6; P7). *„Das ist nicht anders als bei hörenden Patienten auch“ (P3)*

Dabei ist der Beziehungsaufbau laut den Kolleg\*innen von Empathie, Freundlichkeit, Akzeptanz, Wertschätzung, Vertrauen sowie der Bereitschaft, sich als Therapeut\*in zu bemühen, geprägt (P1; P2; P3; P8). Jedoch wurde von einer Person darauf hingewiesen, dass in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei Einsatz einer\*eines Gebärdensprachdolmetschenden die Besonderheit bestehe, diese\*n zusätzlich in das therapeutische Geschehen mit einzubeziehen (P8). Die Bemühung, als Psychotherapeut\*in selbst Gebärdensprache zu lernen, habe einen positiven Effekt auf die therapeutische Beziehung (P2; P3; P7). Folgende drei Faktoren sollen auch einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben: „Wissen über die Gehörlosenwelt“, „Kompetenzen der Gebärdensprachdolmetschenden“ und „Transparenz und Selbstverantwortung“.

Psychotherapeut\*innen sollten am besten ein gewisses Wissen über die Gehörlosen-Community und ihre gesellschaftliche Situation mitbringen (P1; P2). Dabei sollten sie sich nicht nur mit Gebärdensprache, sondern auch mit den Lebensumständen und der Wohnsituation von gehörlosen Menschen auseinandersetzen. So müssten die gehörlosen Patient\*innen die hörenden Psychotherapeut\*innen nicht, wie sonst oft üblich, über die Gehörlosenwelt aufklären, sondern die Behandelnden übernehmen selbst die Verantwortung für ihre eigene Aufklärung (P2; P5; P7). *„Was auch hilfreich ist, ist, wenn man Hintergrundwissen hat über die Gebärdensprache, taube Kultur, taube Geschichte. Wie gesagt, die Sozialisation und was da so dazugehört.“ (P2)*

Die therapeutische Beziehung wird zusätzlich positiv beeinflusst durch eine transparente Haltung und einen Fokus auf Selbstverantwortung. Durch das Offenlegen, wie und was in der Psychotherapie gemacht wird, und das häufigere Nachfragen, ob die vorgeschlagene Übung in Ordnung sei, kann eine gute Arbeitsatmosphäre geschaffen werden, da gehörlose Personen es oft erleben, von hörenden Personen bevormundet zu werden. Daher sei es ebenfalls wichtig, als Psychotherapeut\*in die Eigen- und Selbstverantwortung zu stärken, damit keine Ko-Abhängigkeit zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in entstehe (P2; P5; P6). *„Was ich bei tauben Menschen auch meistens noch wichtig finde, ist ganz besonders nochmal so diesen Aspekt der Transparenz zu betonen und der Eigenverantwortung und der eigenen Entscheidung.“ (P2)*

### Voreinstellungen und Ängste

Es konnte herausgearbeitet werden, dass aufseiten der gehörlosen Patient\*innen sowie aufseiten der hörenden Psychotherapeut\*innen bestimmte Voreinstellungen gegenüber der Psychotherapie verbreitet sind.

Aufseiten der gehörlosen Patient\*innen bestünde zum einen die Angst darin, in der eigenen Gemeinschaft stigmatisiert zu werden, wenn sie sich psychotherapeutische Hilfe suchten (P2; P3). Um der Angst vor Stigmatisierung in der Community entgegenzuwirken, hat eine teilnehmende Person erklärt, dass sie extra ihr Wartezimmer so gestaltet habe, dass sich die Patient\*innen nicht sehen können, wenn eine Person fertig mit ihrer Stunde ist und die nächste schon dort wartet (P2). *„Sie sind sehr viel ängstlicher, dass in ihrer Community bekannt wird, dass sie psychisch krank sind. [...] also die Angst vor Stigmatisierung in der eigenen Community“ (P1).*

Zum anderen bestünden Vorurteilsbarrieren gegenüber den hörenden Psychotherapeut\*innen, dass diese entweder die allwissenden oder die verletzenden/abweisenden Hörenden sind (P4; P6). Den Umgang mit möglichem Misstrauen oder mit Konflikten beschrieben die befragten Kolleg\*innen so, dass sie diese ansprechen und ihre Patient\*innen dazu ermutigen, dies ebenfalls zu tun (P2; P3; P6; P7; P8).

Aufseiten der hörenden Psychotherapeut\*innen konnten Bedenken festgestellt werden, etwa eine geringere Bereitschaft, Psychotherapie für gehörlose Patient\*innen anzubieten, aus Sorge, von diesen verurteilt zu werden (P2) oder aufgrund der Besonderheiten eine qualitativ schlechtere Psychotherapie zu bieten (P5). *„Und ich hatte eher Bedenken, dass das schwierig werden könnte, dass es sozusagen dazu führt, dass jemand vielleicht genervt ist oder keine Lust hat oder dass jemand vielleicht irgendwie „eh eine Hörende“ oder so denken würde.“ (P2)*

Eine interviewte Person äußerte bezüglich der Voreinstellungen von Psychotherapeut\*innen ebenfalls, dass Kolleg\*innen die Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen nicht aufgenommen hätten, da diese sich die Kommunikation extrem schwer vorstellten und Ängste hätten, aufkommende Konflikte oder Missverständnisse nicht auflösen zu können (P7).

### Herausforderungen für Psychotherapeut\*innen

Klare Herausforderungen sind der Umgang mit der Gebärdensprache und die Gesprächssituation mit gehörlosen Patient\*innen und Gebärdensprachdolmetschenden (P4; P6; P7). In Zusammenhang damit wurde zudem geäußert, dass es eine Herausforderung darstelle, wenn man als Psychotherapeut\*in nicht selbst Teil der Gehörlosen-Community sei und die Patient\*innen dadurch das Gefühl bekämen, nicht verstanden zu werden (P8). Des Weiteren wurde berichtet, dass es eine Herausforderung darstelle, wenn die dolmetschende Person weitere Funktionen übernehmen solle oder wolle, als ausschließlich zu übersetzen, oder sie von Themen in der Psychotherapie selbst getriggert werde (P6). Darüber hinaus stelle die Problematik, dass es zu einer Verzerrung des gebärdeten Inhaltes durch die Verdolmetschung komme und Inhalte verloren gehen könnten, eine Herausforderung dar (P2). *„Weil es immer eine Verzerrung gibt durch die Persönlichkeit des Dolmetschers, ja. Gerade wenn man DGS [Deutsche Gebärdensprache] nimmt oder so. Die Geschwindigkeit*

*der Gebärde drückt ja wesentlich auch Emotionalität aus und das geht ja teilweise verloren.“ (P7)*

Zudem wurde es als herausfordernd erlebt, dass die Thematik, eine\*n gehörlose\*n Patient\*in zu behandeln, während der Psychotherapeutenausbildung nicht berücksichtigt werde (P2).

### Verbesserungsvorschläge für die Versorgungslage

Die Psychotherapeut\*innen wurden auch nach Verbesserungsvorschlägen bezüglich der psychotherapeutischen Versorgungslage in Deutschland für gehörlose Patient\*innen gefragt. Daraufhin wurde mehrfach geäußert, dass sich mehr Kolleg\*innen für die Psychotherapie von gehörlosen Patient\*innen sowie die Gebärdensprache interessieren müssten (P2; P3; P8). „[...] dass da einfach mehr Kollegen nachkommen, die sich für das Thema interessieren, die sich für die Sprache interessieren, die da in dem Bereich tätig werden.“ (P2)

In diesem Zusammenhang wurde berichtet, dass es ein erster Schritt wäre, mit einem\*einer Gebärdensprachdolmetschenden zu arbeiten und später selbst in Gebärdensprache die Therapie durchzuführen (P2). Zudem wurde der Vorschlag geäußert, dass mehr gehörlose Personen beziehungsweise Menschen mit Gebärdensprachkenntnissen die Psychotherapeutenausbildung absolvieren sollten (P2; P6; P8).

Als weitere Verbesserungsvorschläge zur Förderung der Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen wurden geäußert: Aufnahme des Themas an der Universität/in der Psychotherapeutenausbildung; Vergabe von Sonderzulassungen; kostenlose Zulassungen und Praxisräume; eine höhere Vergütung für die Psychotherapie mit gehörlosen Patient\*innen; Kostenübernahme von Gebärdensprachkursen; spezielle Weiterbildungen (auch für Klinikpersonal) sowie eine Refinanzierung der daraus resultierenden Verdienstaufschläge; ein höheres Zeitkon-

### — Vor Beginn der therapeutischen Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen ist es unbedingt ratsam, sich mit der Gehörlosenkultur zu beschäftigen und sich über Themen und Lebenssituationen Gehörloser zu informieren. —

tingent in den Vorgesprächen; die Möglichkeit, eine Online-Therapie ab der ersten Sitzung anzubieten (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8). In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls geäußert, dass es dafür wahrscheinlich notwendig wäre, Aufklärungsarbeit bei den Personen zu leisten, die die Ermächtigung haben, solche Entscheidungen zu treffen (P2).

Die befragten Kolleg\*innen empfehlen interessierten Psychotherapeut\*innen, sich zuerst mit der Gehörlosenkultur sowie mit der Gebärdensprache auseinanderzusetzen, bevor mit der Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen begonnen werde (P1; P2; P4; P6). Dafür könnten spezielle Tagungen besucht und/oder in Austausch mit anderen Psychotherapeut\*innen gegangen

werden, die bereits Erfahrungen in der Therapie von gehörlosen Patient\*innen haben (P2; P5). „Ja, ich würde sagen, es ist ganz, ganz wichtig, bevor du dich entscheidest, einen Gehörlosen zu nehmen, dass du dich mit der Gehörlosenkultur befasst.“ (P5)

## Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Psychotherapie mit einem\*einer hörenden Psychotherapeut\*in, einem\*einer gehörlosen Patient\*in und einem\*einer Gebärdensprachdolmetschenden aus Sicht der befragten Psychotherapeut\*innen funktionieren und wirksam sein kann. Es wurde jedoch deutlich gezeigt, dass gehörlose Menschen bei der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie vor zahlreichen Herausforderungen stehen. Dazu gehört zu allererst, dass es in Deutschland aktuell nur sehr wenige Kolleg\*innen zu geben scheint, die gehörlose Patient\*innen aufnehmen. Dies scheint mit einer gewissen Berührungsangst und Unsicherheit verbunden zu sein. Dementsprechend sollte dieses Thema dringend mehr Berücksichtigung in Fort- und Weiterbildungen finden sowie in der universitären Ausbildung, damit etwaige Hemmungen unter approbierten Kolleg\*innen möglichst früh und flächendeckend abgebaut werden können.

Wenn sich Kolleg\*innen dafür entscheiden, mit gehörlosen Patient\*innen und gegebenenfalls Gebärdensprachdolmetschenden zu arbeiten, gibt es Faktoren, die zu beachten sind. Mithilfe der qualitativen Interviews konnten Empfehlungen bezüglich dieser aufgezeigt werden. So ist es unbedingt nötig, sich vor dem Beginn der therapeutischen Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen genauer mit der Gehörlosenkultur zu beschäftigen und sich über Themen und Lebenssituationen in Zusammenhang mit Gehörlosigkeit zu informieren. Dazu gehört unter anderem, die eigene verwendete Sprache bei der Nutzung von Gebärdensprachdolmetschenden anzupassen sowie die Besonderheiten bezüglich der Entwicklung und Sozialisation gehörloser Patient\*innen zu beachten. Das Sprachverständnis und die Schreib- und Lesekompetenzen der Patient\*innen sind zu überprüfen. Bei der Gestaltung

des Therapiesettings ist auf Lichtverhältnisse, Möbel und Raumgestaltung zu achten. Zu berücksichtigen ist außerdem, welche weiteren Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung wirken, vor allem bei der Nutzung von Gebärdensprachdolmetschenden. Es gibt viele Besonderheiten in dieser Triade, die einen Einfluss auf das therapeutische Geschehen haben können (Morina, Maier & Schmid, 2009).

Des Weiteren wäre es von Vorteil, die Deutschen Gebärdensprache (DGS) als Psychotherapeut\*in selbst zu lernen. Dadurch ist es zum einen besser einzuschätzen, ob das Gesagte und Kommunizierte richtig durch die\*den Dolmetschende\*n übersetzt wurde. Zum anderen könnte im Laufe der Zeit komplett

auf eine\*n Dolmetschende\*n verzichtet und damit vermieden werden, dass durch die zweifache Übersetzung Informationen im therapeutischen Prozess verloren gehen. Auch Glickman und Harvey (1996) äußerten die Empfehlung, dass Fachkräfte ein umfassendes kulturelles Wissen über die gehörlose Welt sowie die Kompetenz der Gebärdensprache besitzen sollten, wenn die therapeutische Arbeit erfolgreich sein soll. Sie verwiesen darauf, dass der Erwerb dieser interkulturellen Kompetenz als ein Prozess und nicht als ein gegebener Zustand anzusehen sei (Glickman und Harvey, 1996). Deutschlandweit gibt es viele Angebote und Anlaufstellen für den Erwerb der DGS, unter anderem auch im Online-Setting. Erste Informationen stehen bei der Bundesfachstelle Barrierefreiheit (2023) zur Verfügung.

Eine weitere genannte Empfehlung in den Interviews war die Teilnahme an spezielle Tagungen, wie etwa von der mhDeaf (Mental Health & Deafness Bundesverband der psychologisch und psychotherapeutisch arbeitenden und forschenden Fachkräfte im Bereich tauber und hörbehinderter Menschen e.V.) organisiert, um sich über die Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen zu informieren und sich mit anderen erfahrenen Psychotherapeut\*innen zu vernetzen (Martinkat, 2021; Ruhren, 2017). Eine aktive Aufklärung mittels Fachliteratur und spezieller Tagungen sowie durch den Austausch mit erfahrenen Kolleg\*innen ermöglicht es, einen Einblick in die Arbeit mit gehörlosen Patient\*innen zu erhalten. Dies bietet den Vorteil, dass mögliche offen gebliebene Fragen oder Sorgen der unerfahrenen Psychotherapeut\*innen verringert oder klargestellt werden können. Insgesamt wäre das Ziel, dass gehörlose Personen in Deutschland bezüglich der Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie zukünftig mit weniger Herausforderungen und Hürden konfrontiert sind. Die Arbeit mit gehörlosen Menschen bietet viele Chancen für approbierte, ambulant und auch stationär tätige Kolleg\*innen.

## Literatur

*Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Bundesfachstelle Barrierefreiheit (2023). Gebärdensprache. Knappschaft Bahn See. Verfügbar unter: [www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Fachwissen/Information-und-Kommunikation/Gebaerdensprache/gebaerdensprache\\_node.html](http://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Fachwissen/Information-und-Kommunikation/Gebaerdensprache/gebaerdensprache_node.html) [10.09.2024].

Cüre, E. (2020). Erfahrungen gehörloser Patienten im ambulanten Gesundheitssystem: eine qualitative Befragung von Gehörlosen und Gebärdensprachdolmetschern [Dissertation]. Digitale Bibliothek Thüringen: Friedrich Schiller-Universität.

Deutscher Gehörlosen-Bund (2019). Der Deutsche Gehörlosen-Bund nimmt Stellung zu den Zahlen der Schwerbehindertenstatistik. Verfügbar unter: [https://dglb.de/wp-content/uploads/2024/01/dgb\\_06\\_2019\\_Stellungnahme.pdf](https://dglb.de/wp-content/uploads/2024/01/dgb_06_2019_Stellungnahme.pdf) [10.09.2024].

Dietl, D. G. & Gmeiner, M. L. (2023). Politisch Korrekt: Gehörlos – nicht taubstumm! HANDlaut-Arbeitsgemeinschaft der Gebärdensprachdolmetscherinnen in Vorarlberg. Verfügbar unter: [www.handlaut.at/gehoerlos/taubstumm.php](http://www.handlaut.at/gehoerlos/taubstumm.php) [10.09.2024].

Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R. & Lenz, G. (2005). Psychosoziale Merkmale bei Gehörlosen: Daten aus einer Spezialambulanz für Gehörlose. Der Nervenarzt, 76 (1), 43–51.

Höcker, J. T. (2010). Sozialmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland [Dissertation]. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität.

Kurzenberger, E. J. (2013). Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Hörschädigung zu psychologischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung in Baden-Württemberg. Badischer Wohlfahrtsverband für Hörschädigte. Verfügbar unter: [www.prokom-bw.de/wp-content/uploads/bwh-psy-studie.pdf](http://www.prokom-bw.de/wp-content/uploads/bwh-psy-studie.pdf) [10.09.2024].

Martinkat, N. & Terhorst, S. (2021). Geschichte und aktuelle sozialpolitische Situation tauber Menschen und der Gebärdensprache. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 23–48). Gießen: Psychosozial.

Ruhren, S. (2021). Einfluss der eigenen Hörschädigung auf die therapeutische Arbeit mit tauben Menschen. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 265–294). Gießen: Psychosozial.

Stevens, G., Flaxman, S., Brunskill, E., Mascarenhas, M., Mathers, C. D., Finucane, M.; Global Burden of Disease Hearing Loss Expert Group (2013). Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries. European Journal of Public Health, 23 (1), 146–152.

Terhorst, S. (2021). Psychotherapeutische Arbeit hörender Therapeut\*innen mit tauben Menschen. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 241–264). Gießen: Psychosozial.

Weidenfeller, S. (2021). Psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit Hörbehinderung und Gehörlosigkeit. In N. Martinakt & S. Terhorst (Hrsg.), Psychotherapie in Gebärdensprache (S. 91–106). Gießen: Psychosozial.



**Nele Knott**

M. Sc. Nele Knott beendete 2023 erfolgreich ihr Studium der klinischen Psychologie und befindet sich aktuell in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. Sie ist seit April 2024 als leitende Psychologin im neuen Angebot der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) für Kinder und Jugendliche im Helios Park-Klinikum in Leipzig tätig.



**Prof. Dr. Betteke Maria van Noort**

### Korrespondenzadresse:

Medical School Berlin  
Rüdesheimer Str. 50  
14197 Berlin  
[betteke.van-noort@medicalschooll-berlin.de](mailto:betteke.van-noort@medicalschooll-berlin.de)

Prof. Dr. phil. Betteke Maria van Noort ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Professorin für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind unter anderem die Folgen von und der Umgang mit Viktimisierungserfahrungen, Sexualität in der Adoleszenz sowie Interventionsforschung. Prof. van Noort ist seit fünf Jahren in der Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen tätig und darüber hinaus seit über sieben Jahren berufspolitisch aktiv.

# Hilfreich oder schwierig?

## Erfahrungen queerer Menschen in Beratung und Psychotherapie

Agostino Mazziotta & Sonja Bröning

**Zusammenfassung:** Personen, die in ihrer Sexualität und ihren intimen Beziehungen von gesellschaftlichen Normen abweichen, erfahren häufig Diskriminierung, was zu internalisierter Stigmatisierung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. In Beratungs- und Therapieprozessen können korrigierende Erfahrungen gemacht werden. Doch was ist dabei besonders relevant? In einer Online-Umfrage antworteten 438 queere Erwachsene auf die Frage, welche Verhaltensweisen oder Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sie als besonders gut und hilfreich oder schlecht und schädlich empfunden hatten. Wir stellen die Ergebnisse des qualitativ ausgewerteten Materials vor und leiten daraus Schlussfolgerungen für die beraterische und psychotherapeutische Praxis ab. Fachkräfte, die mit queeren Menschen arbeiten, sollten über Grundkenntnisse bezüglich deren Lebensrealitäten verfügen, offen und lernbereit sein, eine affirmative Grundeinstellung gegenüber Minderheiten aktiv kommunizieren und die Erfahrungen von Diskriminierung nicht bagatellisieren. Hierfür sollten sie ihre privilegierten Positionen und normativen Vorstellungen reflektieren.

## Einleitung

Ver mehrt verorten sich Personen außerhalb der heterosexuellen Norm und erproben Beziehungskonzepte jenseits der Monogamie. Auch gegenwärtig erleben queere<sup>1</sup> Menschen dabei oft noch Verbesonderung, Ausgrenzung und Diskriminierung. Diese Erfahrungen können ihre psychosoziale Gesundheit beeinträchtigen und sie – neben vielen anderen Gründen – dazu motivieren, psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher nur wenige Studien, die erforschen, welche Erfahrungen sie dort machen und welche Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen als hilfreich oder schwierig empfunden werden. Die vorliegende qualitative Studie adressiert diese Forschungslücke.

## Vielfalt in Sexualität und Intimität

Die Vielfalt sexueller Identitäten und einvernehmlich nicht-monogamer Beziehungsformen (ENMB) nimmt zu. Aktuelle repräsentative Umfragen aus den USA (Jones, 2023) zeigen, dass sich im Jahr 2022 7 % der Bevölkerung als lesbisch, schwul, bisexuell oder trans\* (LSBT\*) identifizieren – ein Anstieg von 3 % gegenüber 2012. Besonders unter jüngeren Personen, der Generation Z (geboren nach 1997), ist dieser Trend deutlich: Fast 20 % dieser Altersgruppe identifizieren sich als LSBT\* (davon 66 % als bisexuell, 17 % als schwul, 11 % als lesbisch, 10 % als trans\* und 8 % ordnen sich anderen nichtheterosexuellen Identitäten zu; Mehrfachnennungen möglich). Auch in Deutschland bestätigen repräsentative Daten diesen Trend (ElitePartner, 2023): Während sich rund 10 % der Gesamtbevölkerung als nichtheterosexu-

ell beschreiben, sind es unter den 18- bis 29-Jährigen sogar 17 %.

Auch die Vielfalt in der Art und Weise, wie Personen ihre Bindungs- und Sexualbedürfnisse ausleben, hat zugenommen. Immer mehr Personen entscheiden sich für ENMB, in denen Liebes- und/oder Sexualkontakte zu mehr als einer Person erlaubt sind (Moors, 2023). Hierzu zählen Formen wie die gemeinsame Hinzunahme weiterer Sexualpartner\*innen („Swinging“), sexuell offene Beziehungen oder Mehrfachpartnerschaft (Polyamorie; Bröning & Mazziotta, im Druck; Mazziotta & Möller-Kallista, 2024).<sup>2</sup>

Repräsentative Umfragen aus Nordamerika zeigen, dass etwa 4 % der Bevölkerung derzeit in solchen Beziehungen leben, während rund 22 % der US-Amerikaner\*innen im Laufe ihres Lebens bereits Erfahrungen mit ENMB gemacht haben (Fairbrother et al., 2019; Levine et al., 2018). In Deutschland sind verlässliche Daten rar, doch eine aktuelle Umfrage deutet darauf hin, dass 14 % der Männer und 7 % der Frauen schon einmal eine offene Beziehung geführt haben (ElitePart-

1 „Queer“ ist ein inklusiver Begriff, der alle LSBTIQ\*-Personen inkludiert und eine Identität darstellt, die sich gegen binäres Denken wendet. Diese Perspektive betrachtet sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität als potenziell fluide. Ursprünglich als abwertend genutzt, repräsentiert „queer“ heute Stolz und Solidarität innerhalb der LSBTIQ\*-Community. Obwohl queere Personen oft ähnliche Erfahrungen wie langwierige Identitätsfindungsprozesse und Diskriminierung teilen, ist die Gruppe sehr heterogen. Nicht alle identifizieren sich mit der Bezeichnung „queer“. Daher ist es entscheidend, individuelle Selbstbezeichnungen zu respektieren und zu verwenden, die die betreffenden Personen für sich als passend erachten.

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

ner, 2023). Während Merkmale wie politische Zugehörigkeit, Einkommen, Religion, geografische Region oder ethnische Zugehörigkeit wenig Einfluss auf die Prävalenz zu haben scheinen, berichten sexuelle Minderheiten deutlich häufiger von ENMB (Moors, 2023; Korinth et al., 2024).

Die Gründe für diese Entwicklungen sind vielfältig und eng verbunden mit gesellschaftlichen Pluralisierungs- und Säkularisierungsprozessen (Mazziotta & Möller-Kallista, 2024). Beobachtbar sind vor allem die zunehmende rechtliche Gleichstellung und der Schutz vor Diskriminierung, die steigende Sichtbarkeit und Akzeptanz geschlechtlicher, sexueller und romantischer Vielfalt in den Medien und der Gesellschaft sowie ein Paradigmenwechsel in den psychiatrischen Fachdisziplinen, der mit der Entkriminalisierung und Entpathologisierung nichtcisgeschlechtlicher und nichtheterosexueller Identitäten einherging.

Trotzdem bestehen weiterhin tief verwurzelte gesellschaftliche Normen, die definieren, was als „normal“, „natürlich“ und „richtig“ angesehen wird. Obwohl offener Sexismus, Rassismus und Heterosexismus in vielen Bereichen zurückgegangen sind (Degner, 2022), bleibt die Gefahr subtiler und oft schwer erkennbarer Formen der Ablehnung und Ausgrenzung bestehen, besonders wenn diese Normen nicht erfüllt werden (Mitchell et al., 2023; Sue et al., 2007). Eine repräsentative Studie unter nichtheterosexuellen Personen in Deutschland zeigt, dass 63 % der jungen Männer zwischen 18 und 23 Jahren und 35 % der Männer zwischen 36 und 75 Jahren Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erfahren haben. Bei Frauen berichteten 20 % der 18- bis 25-Jährigen und 14 % der 35- bis 75-Jährigen von ähnlichen Erfahrungen (Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie, 2020).

Der erlebte Minderheitenstress, also der chronische Stress, der durch die Zugehörigkeit zu einer Minderheit entsteht, hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit queerer Personen (Borgogna et al., 2024; Brooks, 1981; Frost & Meyer, 2023). Sie leiden überproportional häufig an Angststörungen, Suizidgedanken, Depressionen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Diamond & Alley, 2022; Pöge et al., 2020; Wittgens et al., 2022; Silveri et al., 2022). Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass sie fast dreimal häufiger von Depressionen und Burnout betroffen sind als die restliche Bevölkerung. Ebenso ist die Prävalenz von Herzkrankheiten, Migräne und chronischen Rückenschmerzen unter queeren Personen signifikant höher (Kasprowski et al., 2021).

Erste Studien deuten darauf hin, dass auch Personen in ENMB einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Selbst wenn für sexuelle Orientierung, geschlechtliche

Identität, Alter und vorherige traumatische Erfahrungen statistisch kontrolliert wird, zeigen sie im Vergleich zu Singles, Verheirateten oder Geschiedenen ein erhöhtes Risiko für Depressionen (Borgogna et al., 2024). Hinzu kommen Wechselwirkungen mit anderen Differenzkategorien, wie Bildung, Einkommen und Migrationsgeschichte. Die unterschiedlichen Ausprägungen der Differenzkategorien sind mit Privilegien oder Benachteiligungen verbunden und erzeugen spezifische Lebenslagen, die die Gesundheit beeinflussen können (Pöge et al., 2020; Silveri et al., 2022).

## Queere Personen in Beratung und Psychotherapie

Personen, die sexuellen Minderheiten angehören und/oder in ENMB leben, haben aufgrund ihrer oft beeinträchtigten mentalen Gesundheit einen erhöhten Bedarf an psychosozialer und/oder psychotherapeutischer Unterstützung (Silveri et al., 2022). Diskriminierungserfahrungen verstärken ihre psychische Belastung und mindern die Lebenszufriedenheit (Bachmann, 2012).

Die vielfältigen Formen von Minderheitenstress, wie Vorurteile, alltägliche Diskriminierungen – auch als Mikroaggressionen bezeichnet –, die Angst vor Ablehnung, das

— **Trotz Entkriminalisierung und Entpathologisierung sind weiterhin tief verwurzelte gesellschaftliche Vorstellungen von „Normalität“ wirksam.**

Verheimlichen des eigenen Minderheitenstatus und die Internalisierung gesellschaftlicher Stigmatisierungen, können zu Hypervigilanz führen. Diese chronisch erhöhte Wachsamkeit gegenüber Bedrohungen kann in feindseligen Umgebungen zwar funktional sein (Diamond & Alley, 2022; Feinstein, 2020; Rostovsky et al., 2022), führt jedoch oft zu gesundheitlichen Problemen wie Bluthochdruck (Gump & Matthews, 1998), verstärktem negativem Affekt (Rostovsky et al., 2022) sowie maladaptiven Emotionsregulationsstrategien, wie Grübeln (Frost & Meyer, 2023). Sie kann sich auch auf Gesundheitsfachkräfte richten und einen offenen Austausch über die queere Identität im Keim ersticken. Gerade dieser wäre jedoch ausgesprochen wichtig, denn die Auswirkungen von Minderheitenstress lassen sich deutlich mildern, wenn Betroffene ihre geschlechtliche, sexuelle und romantische Identität wertschätzen, erfolgreich in ihr Selbstkonzept integrieren und offen damit umgehen (Bachmann, 2012; Camp et al., 2020). Eine akzeptierende therapeutische Haltung stellt hierbei einen wichtigen Zwischenschritt dar. Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen können auch den Aufbau individueller und sozialer Bewältigungsstrategien fördern, zum Beispiel durch die Vermittlung in ein unterstützendes soziales Netzwerk.

Queere Personen stoßen im Vergleich zu heterosexuellen Menschen sowie Menschen in monogamen Beziehungen häufiger auf Barrieren beim Zugang zu Beratung und Psychotherapie und berichten oft von geringerer Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung (Silveri et al., 2022). Neuere Studien zeigen jedoch eine positive Entwicklung hin zu mehr Diversitätssensibilität in der psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützung queerer Menschen (Bröning & Mazziotta, 2024; Schechinger et al., 2018). Daten aus unserem Forschungsprojekt (Bröning & Mazziotta, 2024) zeigen, dass etwa 75 % der queeren Befragten den laufenden oder zuletzt abgeschlossenen Beratungs- oder Therapieprozess als „sehr nützlich“ oder „einigermaßen nützlich“ bewerteten. Zudem würden sie ihre Berater\*innen oder Psychotherapeut\*innen „ganz sicher“ oder „ziemlich wahrscheinlich“ weiterempfehlen – ein Maß, das oft als Indikator für subjektive Zufriedenheit herangezogen wird.

Dennoch gibt es einen signifikanten Anteil queerer Personen, die die Unterstützung als unzureichend oder wenig hilfreich erleben. Häufig befürchten sie, in der Beratung oder Psychotherapie auf ihre sexuelle Identität reduziert zu werden, was dazu führen kann, dass sie professionelle Hilfe meiden oder relevante Informationen zurückhalten (Mitchell et al., 2023). Diese Bedenken sind teilweise berechtigt, da weiterhin von negativen Verhaltensweisen seitens Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen berichtet wird (Liddle, 1996; Schechinger et al., 2018). Beispielsweise gaben in einer Umfrage zu queerem Leben in Bayern ein Drittel der 876 Befragten an, Diskriminierungen in einer Psychotherapie erlebt zu haben (Oldemeier & Wagner, 2021).

Manchmal fehlt es Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen an Erfahrung im Umgang mit der queeren Community sowie an spezifischer Ausbildung für die Arbeit mit queeren Patient\*innen. Forschung zu diversitätssensibler Beratung und/oder Psychotherapie ist weiterhin begrenzt. Lampalzer und Kolleg\*innen (2019) kamen in einer qualitativen Studie zu dem Schluss, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen gegenüber Diversität sensibilisiert sein und über Basiswissen zur sexuellen und geschlechtlichen Entwicklung und Orientierung verfügen sollten. Jedoch wird die notwendige Sensibilisierung dadurch erschwert, dass Diskriminierung auch vielfach subtil, unbewusst oder nicht intendiert stattfindet (Owen et al., 2014; Spengler et al., 2016). Selbst gut gemeinte Annahmen, wie das automatische Nachfragen nach einem „Ehemann“ bei einer Patientin, die einen Ehering trägt, oder das vorschnelle Zuschreiben psychischer Probleme aufgrund der Beziehungsform, können als Mikroaggressionen wahrgenommen werden. Auch das Infragestellen der Diskriminierungserfahrungen durch Aussagen wie „Schwule und Lesben haben doch heute die gleichen Rechte wie Heteros“ kann die Realität der Betroffenen negieren und minimieren.

Mikroaggressionen beschränken sich jedoch nicht nur auf queere Lebensweisen, sondern können auch andere Diversitätsdimensionen betreffen, etwa zugeschriebene Migrati-

onshintergründe oder Religionszugehörigkeiten. Ein Beispiel wäre die Frage: „Wie feiern Sie Weihnachten in Polen?“ an eine Person, deren Familie seit mehreren Generationen in Deutschland lebt. Was als freundliche Frage gemeint ist, kann als unterschwellige Botschaft verstanden werden: „Du bist anders, du gehörst nicht wirklich hierher.“ Dieses Beispiel verdeutlicht, wie viele Fallstricke in zwischenmenschlichen Interaktionen lauern, insbesondere wenn Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sich von ihren Patient\*innen in Bezug auf bestimmte Diversitätsdimensionen unterscheiden (Rohmann & Mazziotta, 2014). Solche Mikroaggressionen sind oft unbewusster Bestandteil des beraterischen und therapeutischen Alltags und werden selten angesprochen (Sergi et al., 2024). Doch gerade ihr Erkennen und aktives Thematisieren könnte den therapeutischen Prozess erheblich verbessern.

## Die vorliegende Studie

Im Zentrum dieser Untersuchung stehen die subjektiven Erfahrungen queerer Personen hinsichtlich des beraterischen und therapeutischen Handelns: Welche Praktiken empfinden sie als unterstützend und welche als schwierig? Hilfreiche Psychotherapie umfasst grundsätzlich positive Zuschreibungen, die Validierung und Wertschätzung der queeren Identität, Beziehungsformen und -personen (Owen et al., 2014; Mitchell et al., 2023). Schwierige Psychotherapie umfasst Verhaltensweisen, die psychologischen, emotionalen oder physischen Schaden verursachen können – sei es durch negative Zuschreibungen, aktive Handlungen oder Unterlassungen, einschließlich Grenzüberschreitungen, Machtmissbrauch und der Vernachlässigung ethischer Standards (Ellis et al., 2014). Entscheidend für die Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses sind dabei weniger die Absichten der Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen, sondern vielmehr das subjektive Erleben der Patient\*innen. Wenn diese die therapeutische Beziehung als positiv wahrnehmen – geprägt durch Wertschätzung, Empathie, Echtheit, Zielkonsens sowie eine kooperative Haltung – können dadurch weitere therapeutische Wirkfaktoren aktiviert werden. Dazu zählen Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Problembewältigung (Bailey & Ogles, 2023; Grawe, 2005; Strauß, 2019).

## Datenerhebung und Studiendesign

Diese Studie ist Teil eines größeren querschnittlichen Forschungsprojekts zur psychischen Gesundheit und zu Therapieerfahrungen von Personen, die sich als sexuelle Minderheiten identifizieren und/oder in ENMB leben (Bröning & Mazziotta, 2024). Teilnahmeberechtigt waren Erwachsene, die sich als bisexuell, lesbisch, queer, schwul, anderweitig nichtheterosexuell und/oder einvernehmlich nichtmonogam (z. B. polyamor oder in einer offenen Beziehung lebend) definierten und Erfahrungen mit Beratung und/oder Psychotherapie hatten.

In unserer Studie richten wir den Fokus aus mehreren Gründen auf Menschen mit nichtheterosexueller Orientierung sowie auf solche in alternativen Beziehungsformen: Erstens erleben Personen, die alternative Beziehungsmodelle leben, ähnliche gesellschaftliche Stigmatisierungen wie nichtheterosexuelle Menschen und berichten von vergleichbaren Diskriminierungserfahrungen (Borgogna et al., 2024; Mahar et al., 2024). Zweitens leben nichtheterosexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen häufiger in Beziehungsformen jenseits der Monogamie (Fairbrother et al., 2019; Levine et al., 2018). Drittens gewinnen alternative Beziehungsmodelle wie offene Beziehungen und Polyamorie zunehmend an medialer und gesellschaftlicher Sichtbarkeit. Dies führt dazu, dass immer mehr Menschen darüber nachdenken, welche Beziehungsform ihre Liebes- und Sexualbedürfnisse am besten erfüllt. Eine repräsentative Studie aus Deutschland (ElitePartner, 2023) zeigte zum Beispiel, dass 49 % der Menschen unter 30 Jahren erwarten, dass offene Beziehungen in Zukunft häufiger vorkommen werden. Zudem können sich 30 % der Männer und 18 % der Frauen in dieser Altersgruppe grundsätzlich eine offene Beziehung vorstellen.

Die Teilnehmenden wurden über diverse Kanäle rekrutiert, darunter soziale und professionelle Netzwerke, Community-Zentren, Zeitschriften, Podcasts sowie einschlägige Online- und Selbsthilfeforen. Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission genehmigt (MSB-2021/160), und alle Teilnehmenden gaben zu Beginn ihr informiertes Einverständnis. Die Datenerhebung erfolgte zwischen November 2021 und Januar 2022 mittels einer Online-Umfrage mit geschlossenen und offenen Fragen.

## Stichprobe

Aus der Gesamtstichprobe der 492 Teilnehmenden beantworteten 438 Personen mindestens eine der beiden hier im Fokus stehenden offenen Fragen: (a) „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater\*innen/Therapeut\*innen haben Sie als besonders gut oder hilfreich erlebt?“ und (b) „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater\*innen/Therapeut\*innen haben Sie als besonders schlecht oder schädlich erlebt?“ Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe betrug 29.51 Jahre ( $SD = 8.70$ ; Altersspanne: 18–64 Jahre). Geschlechtlich identifizierten sich 66 % als (cis-)weiblich, 12 % als (cis-)männlich, 2 % als trans\*, 11 % als nichtbinär, 5 % als genderqueer und 4 % als anderes (z. B. agender, genderfluid, questioning, manchmal queer und nichtbinär).<sup>3</sup> Bezüglich der sexuellen Orientierung gaben 29 % an, lesbisch, 8 % schwul, 32 % bisexuell, 8 % heterosexuell zu sein; 22 % ordneten sich anderen Orientierungen (z. B. asexuell und panromantisch, heteroflexibel, bi-interessiert) zu. 311 Personen gaben an, sich in einer oder mehreren intimen Beziehungen zu befinden, davon lebten 42 % in monogamen, 36 % in polyamoren, 15 % in offenen Beziehungen und 8 %

in anderen Beziehungsformen (z. B. BDSM-Spielbeziehung, Beziehungsanarchie).

## Inanspruchnahme, Setting, Kontext

Die Befragten gaben an, eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten genutzt zu haben. Die Mehrheit (92 %) hatte Psychotherapie in Anspruch genommen. Weitere genutzte Formate waren stationäre Aufenthalte (27 %), Beratung (31 %), Coa-

### Manche queere Personen meiden professionelle Hilfe aus Furcht, dort auf ihre sexuelle Identität reduziert zu werden.

ching oder Supervision (19 %) sowie andere Angebote, wie Seelsorge oder Paarberatung (10 % oder weniger; Mehrfachnennungen möglich).

Auf die Frage nach den *Beratungs- und Therapieanlässen* gaben 44 % der Befragten affektive Störungen als Grund an, gefolgt von Angststörungen (16 %) und anderen psychischen Störungen (16 %). Traumatische Erlebnisse wurden von 15 % der Befragten genannt. Seltener Gründe waren Beziehungsprobleme, Krisen oder Suizidalität, Essstörungen, Selbstwertprobleme, psychosomatische Probleme, Sucht, und spezifisch queere Themen wie Coming-out, Diskriminierung oder Psychotherapien gemäß den Richtlinien des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu „Geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus“ (je 11 % oder weniger; Mehrfachnennungen möglich).

Die *Bedeutung der Kompetenzen und Erfahrungen von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen im Umgang mit nichtheterosexuellen und einvernehmlich nichtmonogamen Personen* variierte unter den Befragten. Während 32 % angaben, dass dies für sie „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ sei, war es für 21 % nur „teilweise wichtig“ und für 47 % „eher nicht wichtig“ oder „gar nicht wichtig“.

## Auswertung

Die systematische Analyse des Textmaterials wurde mittels quantitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2008) durchgeführt. Wir entschieden uns für eine datengesteuerte, induktive Kategorienbildung, um möglichst kontextsensibel vorzugehen. Für jede offene Frage entwickelten wir ein spezifisches Kodierschema mit Ankerbeispielen (siehe Tabellen 1 & 2 auf S. 370 ff.). Die Antworten wurden in inhaltliche

<sup>3</sup>Obwohl unsere Stichprobe eine hohe Geschlechtervielfalt aufweist, haben wir nicht gezielt Personen mit geschlechtlicher Vielfalt, einschließlich trans\* Personen oder Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, rekrutiert. Dies beruhte auf methodologischen Überlegungen, wie beispielsweise der in Deutschland erforderlichen therapeutischen Begleitung im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus gemäß den MDS-Richtlinien der Krankenkassen, welche spezifische Forschungsfragen zur Therapieerfahrung erforderlich macht.

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
<b>Offenheit und Interesse</b>	Offenheit und Interesse an Patient*innen, die einer sexuellen und romantischen Minderheit angehören, und deren Lebenswelt; Bereitschaft zum Lernen	„Auch wenn meine Therapeutin kaum Wissen über queere Themen besaß, war sie offen und bereit zu lernen“ (25); „Wenn nachgefragt wurde, wenn sie etwas nicht wusste oder verstanden hatte, was das LGBTQIA+-Thema betrifft“ (130); „sowie Interesse“ (29); „Nachfragen anstatt Annahmen zu treffen“ (243)	171	39 %
<b>Ausbleibende Ablehnung</b>	Ausbleiben von negativen Verhaltensweisen (z. B. Vorurteile, Abwertung, Pathologisierung, Infragestellung, Zurückführung des therapeutischen Anliegens auf die sexuelle Identität oder Beziehungsform)	„Mich nicht dazu drängen, das Problem in meinen Beziehungen darin zu suchen, dass ich mehrere führe“ (768); „Sie hat mir direkt und mehrmals gesagt, dass Lesbischsein keine Krankheit ist. Das tat gut zu hören“ (547); „Außerdem hat sie mir nie das Gefühl gegeben, dass diese Themen nicht wichtig sind oder dass dieses Anderssein etwas Schlechtes sei.“ (25); „Vorurteilsfreie Therapie“ (26); „Nicht überrascht über meine Sexualität reagiert“ (55)	101	23 %
<b>Affirmation, Akzeptanz und Wertschätzung</b>	Affirmation, Akzeptanz und Wertschätzung der sexuellen Identität oder Beziehungsform und der damit einhergehenden Entscheidungen, Lebensweisen und Partner*innen	„Der Respekt vor meiner Wahl, meine Beziehungen so zu führen.“ (768); „Bei meiner aktuellen Therapeutin unterstützt es mich, dass sie meine Entscheidungen, wie ich leben möchte, akzeptiert und respektiert, auch wenn sie selbst konservativ lebt.“ (267); „hat mich in meiner Sexualität bestärkt“ (55); „Das Gefühl, dass ich ok bin.“ (114)	88	20 %
<b>Empathie, Verständnis und Validierung</b>	Äußern von Empathie und Verständnis für die Gefühle, Gedanken und Erfahrungen des*der Patient*in; Validierung der Erfahrungen	„Es wird Verständnis für meine Situation aufgebracht“ (30); „Mitgefühl“ (217); „Allgemein das Verständnis, wie schwierig es sein kann, vor allem auch in Familien mit Migrationshintergrund“ (171); „und mir wird klar gemacht, dass meine Gefühle/mein Verhalten normal ist“ (30); „Mir das Gefühl gegeben, dass das was ich fühle, ‚normal‘ ist und nicht übertrieben schräg ist und dass andere Leute ähnliche Gefühle haben“ (367)	73	17 %
<b>Weitere als gut/hilfreich erlebte Verhaltensweisen</b>	(Weitere) hilfreiche Eigenschaften/Verhaltensweisen des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in, die sich förderlich auf die Beziehungsgestaltung/den therapeutischen Prozess auswirken können	„freundlich“ (565); „analytisches Denkvermögen; Nachhaken“ (852); „unterstützend“ (49); „wohlwollend“ (65); „offen zugeben, wenn kein/kaum Wissen zu einem Thema besteht“; „versuchte mir dabei zu helfen, gut mit der Beziehung umzugehen trotz meines Borderlines“ (42)	73	17 %
<b>Anwendung hilfreicher Methoden</b>	Anwendung als hilfreich erlebter Impulse/Methoden zur Förderung der Selbsteinsicht, Selbstakzeptanz, Klärung von Beziehungen etc. sowie Weitervermittlung oder Mitgabe von Infomaterial	„Vor Augen führen, was für mich wichtig ist // Was ich auch im Schmerz tun darf. Z. B. Wütend sein, traurig sein, auch mal laut werden... // Meine Selbstliebe erweckt.“ (27); „Sie hat mir eine Anlaufstelle genannt“ (156); „Meine Therapeutin hat mich erst dazu gebracht darüber nachzudenken, ob ich vielleicht bisexuell bin“ (44)	67	15 %
<b>Angemessene Thematisierung queerer Themen</b>	Thematisierung von Sexualität, sexuelle Identität und Beziehungsform, wenn relevant für den therapeutischen Prozess; keine Überbewertung bzw. Vermeidung	„Das meine Sexualität nie wirklich thematisiert wurde, außer ich habe es initiiert, da es für die Behandlung unrelevant war“ (402); „Kein besonderer Fokus oder Überraschung wegen Sexualität.“ (429); „Zudem macht sie meine Sexualität nicht zu meiner Persönlichkeit, welches ich als sehr positiv empfinde!“ (723)	49	11 %
<b>Gleichstellung und Normalisierung unterschiedlicher Formen des sexuellen Begehrens und der Beziehungen</b>	Gleichstellung und Normalisierung unterschiedlicher sexueller Orientierungen und konsensueller Beziehungsformen, was sich in der Haltung oder konkreten Verhaltensweisen widerspiegelt (z. B. gendersensible/nichtheteronormative Sprache oder Klärung von Pronomen)	„Mitteilen, dass andere Lebensweisen (außerhalb der Monogamie) natürlich und gesund sein können, auch andere so leben“ (26); „Gendern im normalen Sprachgebrauch“ (413); „gleich zu Beginn Klärung der Pronomen“ (73); „Ansehen von queeren Beziehungen als gleichwertig zu hetero Beziehungen“ (340)	46	11 %

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Wissen über queere Themen	(Vorhandenes) Wissen über Personen, die einer sexuellen oder romantischen Minderheit angehören (u. a. Lebenswelt, besondere Bedarfe, Herausforderungen, Folgen gesellschaftlicher Ablehnung, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen), mit Begrifflichkeiten der queeren Community vertraut sein	„Vorwissen/Vorbildung über LGBT-Themen und Lebensweisen...“ (734); „sie hat sich weitergebildet in Sachen nicht binär“ (736); „aufgeklärt“ (49); „Ausbildung als Sexualpädagogin“ (217)	40	9 %
Orientiert sich an Zielen/Bedürfnissen/Tempo des*der Patient*in	Therapeutischer Prozess orientiert sich an den Zielen, Bedürfnissen und dem Tempo der Patient*in, Grenzen des*der Patient*in werden respektiert; eigene Bedürfnisse/Ziele der Fachkraft werden zurückgehalten; Raum geben und keinen Druck aufbauen	„Hat mir frei gelassen, wann und wie tief ich in eine Thematik eingestiegen bin“ 285; „wenn einem Raum gelassen wird, sich im eigenen Tempo zu outen“ (157); „gleichzeitig Verständnis und Bestätigung dafür, es in einigen Bereichen nicht anzusprechen“ (164)	36	8 %
Neutralität	Neutrale Haltung des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in; es wird ein therapeutischer Raum zur Verfügung gestellt, in dem auch widersprüchliche Gefühle und Gedanken erlaubt sind	„Neutralität – also ohne Vorurteile an meine Lebensweisen heranzugehen, sie weder zu negieren, noch sie zu pushen.“ (209); „she appears really neutral when I speak about my gender or sexual orientation“ (17); „Auch das zulassen negativer Emotionen meinerseits war okay, ohne dass deswegen mein Beziehungsmodell (poly) in Frage gestellt oder kritisiert wurde.“ (134)	34	8 %
Eigene Zugehörigkeit/Kontakt zur queeren Community	Eigene Zugehörigkeit des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in zur queeren Community; Erfahrungen mit Patient*innen, die einer sexuellen oder romantischen Minderheit angehören	„Ich hatte großes Glück, dass ich bisher mit drei queeren Therapeuten arbeiten konnte. Besonders Berichte über ihre eigenen Erfahrungen haben mir geholfen“ (19); „eigenes Einbringen biographischer Erfahrung“ (834)	25	6 %
Sensibilisierung für strukturelle Diskriminierung	Sensibilisierung von struktureller Diskriminierung bzw. gesellschaftlicher Aspekte, die die Gesundheit von Personen beeinflussen können, die einer sexuellen oder romantischen Minderheit angehören, sowie Positionierung gegen Sexismus, Queer-Feindlichkeit etc.	„Vermitteln, dass die Probleme nicht nur individuelle sondern auch gesellschaftliche Ursachen haben“ (69); „Worte gegen Homophobie“ (32); „gesellschaftskritisch“ (122)	13	3 %
Keine guten/hilfreichen Erfahrungen	Keine hilfreichen oder positiven Erfahrungen in Beratung/Psychotherapie gemacht	„Gab es nichts“ (120); „Keine. Deshalb gehe ich nicht mehr hin“ (400)	8	2 %
Queere Themen nicht thematisiert	In der Beratung/Psychotherapie wurden queere Themen nicht thematisiert	„Ich habe meine sexuelle Orientierung (bisexuell) im Therapiegespräch nicht angesprochen, da sie nicht Grund der Therapie ist“ (610)	5	1 %
Sonstiges	Äußerungen, die in keine andere Kategorie passen	„Da ich offenkundig erzählte, zu welchem Queerzentrum ich ging, wurde ich manchmal nach Flyern von dem Zentrum gefragt, da sie jemanden hatte, der*die mit der Findung der Sexualität zu tun hatte.“ (118)	3	1 %

Tabelle 1: Kodierschema (und Antworthäufigkeiten) zu der Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Therapeut\*innen haben Sie als besonders gut oder hilfreich erlebt?“ (N = 438)

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Ignoranz bzgl. queerer Themen	(Fehlendes) Wissen (u. a. bzgl. Lebenswelt, besondere Bedarfe, Herausforderungen von, Folgen gesellschaftlicher Ablehnung, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen) und damit einhergehende Ignoranz und fehlendes Verständnis	„Ständig Aufklärungsarbeit leisten zu müssen“ (76); „... es etwas anstrengend, erstmal eine Einführung in queere Themen halten zu müssen, wenn ich etwas in Bezug darauf ansprechen wollte“ (25); „Uninformiertheit nervt manchmal“ (29); „wenig Erfahrung mit LGBQ“ (90); „Versteht internalisierte Probleme/Angst vor Ausgrenzung/Ablehnung nicht“ (206)	68	16 %
Nicht ernst nehmen	Nicht ernst nehmen/Er-fahrungen absprechen und bagatellisieren	„Das Gefühl, dass ich mich als queere Person in manchen Situationen diskriminiert fühle, runterzuspielen, nach dem Motto: So fühlt sich doch jeder einmal.“ (798); „Dass meine Bisexualität als Ausprobieren abgestempelt wurde“ (37); „Poly, das habe ich schon oft erlebt, damit kenne ich mich aus. Sie machen sich was vor, das kann nicht funktionieren, das müssen sie nur noch selber merken“ (62)	53	12 %
Ablehnung und Abwertung	Ablehnung und Abwertung der sexuellen Identität oder Beziehungsform und der damit einhergehenden Entscheidungen, Lebensweisen und Partner*innen	„Bei dem vorhergehenden Therapeuten spürte ich förmlich eine Ablehnung gegen mein Erscheinungsbild, Überzeugung und Sexualität. Weshalb ich die Therapie unter ihm nicht weiterführte.“ (591); „Vorannahmen/Vorurteile, ich fühle mich dann schnell nicht mehr gehört und blockiere und kann nicht mehr richtig am Gespräch teilnehmen, das ist sehr verletzend“ (670); „Das Gefühl zu haben das es schlecht ist, was ich tue“ (148)	53	12 %
Orientiert sich nicht an Zielen/Bedürfnissen/Tempo des*der Patient*in	Therapeutischer Prozess orientiert sich nicht an den Zielen, Bedürfnisse und dem Tempo des*der Patient*in, Grenzen des*der Patient*in werden nicht respektiert; Bedürfnisse/Ziele der Fachkraft stehen im Vordergrund; nicht sensibel für die Rückmeldungen	„Sie hat mich geoutet zu mein damals homophonische Vater ohne mich vorher zu fragen“ (311); „Gefragt, wie sehr ich auf Frauen oder Männer stehe, explizit nach einen Prozentsatz gefragt, und ob ich eher auf eins der beiden stehe“ (121); „hat nicht erkannt, wenn ich mich unwohl gefühlt habe bzw. nicht darauf reagiert“ (99); „und hat mich der die Wahl gestellt, die Beziehung zu beenden oder die Therapie bei ihm zu beenden“ (285); „unter Druck setzen“ (310)	52	12 %
Pathologisierung	Einstellung, dass sexuelle Orientierungen und Beziehungsformen, die von der Heterosexualität/Monogamie abweichen, krankhaft und schädlich seien; sexuelle Orientierung/Beziehungsform als Ursache für das (psychische) Problem erachten; Auffassung, ENMB seien pauschal schädlich für Kinder	„Homosexualität auf Traumata zurückführen; Poly lebende Personen als nicht bindungsfähig zu bezeichnen“ (813); „Zu sagen, dass die Ursache meiner Probleme darin liegt, dass ich polyamor lebe und es mir nur besser gehen wird, wenn ich das beende.“ (69); „Wiederkehrende Annahme, sexuelle Identität (wurde bereits viele Jahre gelebt) sei womöglich Auslöser für etwaige Probleme“ (34); „Mir wurde eingeredet, dass meine Beziehung nicht gut für mich ist diese beenden sollte.“ (40); „und war der Meinung, dass meine Kinder in einer polyamoren Beziehung eine Vernachlässigung erleben“ (285)	51	12 %
Hetero-/mononormative Einstellungen	Annahme, Patient*in sei heterosexuell und in einer monogamen Beziehung; exkludierende Sprache	„Es wurde davon ausgegangen, dass ich eine hetero Cis-Frau bin“ (587); „Person hatte Schwierigkeiten, anzunehmen, dass Monogamie kein allgemeingültiges Modell sein muss“ (93); „kein Interesse daran, eigenes diskriminierendes Verhalten und Sprache zu bearbeiten“ (719); „kurzes Zögern vor dem Wort Freundin“ (116); „Festhalten an alten/christlichen Werten“ (326); „explizites Beharren auf Begrifflichkeiten, die man heute als nicht mehr ethisch/politisch korrekt ablehnen würde“ (317)	46	11 %
weitere als „schlecht/schädlich“ erlebte Verhaltensweisen	(Weitere) nicht hilfreiche Eigenschaften/Verhaltensweisen des*der Berater*in/ Psychotherapeut*in, die sich hinderlich auf die Beziehungsgestaltung/den therapeutischen Prozess auswirken können	„Zeitmanagement innerhalb der Stunde“ (60); „und sofort alles mit Tabletten lösen zu wollen; schlechte Gesprächsführung“ (120); „Unaufrichtigkeit“ (146); „schnelle Schlussfolgerungen“ (55); „es wurde geraten, einfach weniger Stress zu haben“ (99)	44	10 %

Kategorie	Erläuterungen	Beispiele	Häufigkeit	Prozent
Unangemessene Thematisierung queerer Themen	Thematisierung von Sexualität, sexueller Identität oder Beziehungsform, obwohl nicht relevant für den therapeutischen Prozess; Verbesserung, Exotisierung; Überraschung, Irritation beim Outing	„Fokus auf Sexualität, wenn irrelevant“ (138); „Zurückhaltung: nicht trauen polyamore Lebensweise von sich aus anzusprechen, obwohl ich es schon offen angesprochen habe“ (228); „Erste Reaktion auf meine Bisexualität. War überrascht“ (122); „Nicht thematisieren“ (97); „Ich hatte ein Kennlergespräch bei einem Therapeuten [m, 50–60], dem, beim Thema Sex, ins Gesicht geschrieben stand, wie unangenehm ihm das alles ist. Ich habe entsprechend keine Therapie bei ihm angefangen.“ (800)	40	9 %
Stereotypisierend	Stereotypisierung des*der Patient*in (nicht als idiosynkratischer Mensch, sondern Mitglied einer Gruppe gesehen) bzw. Konfrontation mit Stereotypen	„Ich wurde in eine sexuelle Schublade gesteckt, ohne dass die danach gefragt hat, wie oder ob ich mich bezeichnen würde.“ (114); „Vergleiche mit anderen Fällen von homosexuellen Menschen“ (693); „Annahme, lesbisch sein würde ‚Männer hassen‘ bedeuten und deshalb auch infrage stellen, ob ein männlicher Therapeut das Richtige ist“ (154)	37	8 %
Mangelndes Interesse	Mangelndes Interesse bzw. Bereitschaft, sich mit queeren Themen auseinanderzusetzen	„Desinteressiert“ (424), „zu wenig Fragen gestellt“ (99)	23	5 %
Unbeholfen, unsicher, überfordert	Berater*in/ Psychotherapeut*in wirkt unbeholfen, unsicher, überfordert mit queeren Anliegen	„Frühere Therapeutin erlebte ich etwas verunsichert, unbeholfen, bis fasziniert. Irgendwie irritierte mich das und teilweise ärgerte es mich auch.“ (786); „Unsicherheit“ (97); „mit totaler Überforderung reagiert“ (157)	8	2 %
Keine „negativen/schädlichen“ Erfahrungen	Keine negativen/schädlichen Erfahrungen in Beratung/Therapie gemacht	„Keine, ich habe mich gut betreut gefühlt.“ (26); „Gibt es nichts anzuführen. Meine Psychotherapeutin ist Weltklasse!“ (649)	84	19 %
Queere Themen wurden nicht thematisiert	In der Beratung/Psychotherapie wurden queere Themen nicht thematisiert	„meine Sexualität war noch nie Thema“ (505)	5	1 %
Sonstiges	Äußerungen, die in keine andere Kategorie passen	„Ich würde mir wünschen, dass Therapeut*innen einfach offen sagen, wenn sie damit ein Problem haben, damit ich direkt wechseln kann und das nicht im Verlauf der Therapie herausfinden muss.“ (432)	18	1 %

Tabelle 2: Kodierschema (und Antworthäufigkeiten) zu der Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Therapeut\*innen haben Sie als besonders schlecht oder schädlich erlebt?“ (N = 438)

Analyseeinheiten unterteilt, die von einzelnen Wörtern bis zu vollständigen Aussagesätzen reichen konnten. Jede dieser Einheiten bezog sich auf maximal eine Kategorie. Umfassendere Aussagen oder mehrere Sätze wurden entsprechend der Anzahl der relevanten Kategorien aufgeteilt. Jede Analyseeinheit erhielt eine eindeutige Kategorienszuweisung, und pro Person wurde jede Kategorie maximal einmal kodiert. Die Kodierung erfolgte durch zwei unabhängige Rater\*innen. Abweichungen in der Kodierung wurden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde.

Um den partizipativen Charakter der Studie zu gewährleisten und die Sichtweisen der Beteiligten zu integrieren, wurden die Ergebnisse in einer gemeinsamen Sitzung mit den Befragten und den kooperierenden Organisationen präsentiert und diskutiert. Dieser Schritt diente dazu, die Interpretation der Daten zu verfeinern und sicherzustellen, dass die Perspektiven der Betroffenen angemessen berücksichtigt wurden.

## Ergebnisse

Ein Überblick zu den berichteten Erfahrungen und der Häufigkeit ihres Auftretens findet sich in Abbildung 1 und Abbildung 2 auf S. 374 f. Insgesamt berichteten die Befragten häufiger über positive Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen (Anzahl Nennung positiver/hilfreicher Verhaltensweisen/Eigenschaften = 816) im Vergleich zu negativen (Anzahl Nennung negativer/schwieriger Verhaltensweisen/Eigenschaften = 475)<sup>4</sup>. 2 % der Befragten gaben an, keine positiven Erfahrungen und 19 % keine negativen Erfahrungen gemacht zu haben.

### Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen, die als besonders gut oder hilfreich erlebt wurden

Die Antworten auf die Frage, welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen

als gut oder hilfreich wahrgenommen wurden, wurden in dreizehn Kategorien eingeteilt.

Mit Abstand am häufigsten (39 %) wurden Offenheit und Interesse an der Lebenswelt queerer Personen sowie die Bereitschaft der Berater\*innen/ Psychotherapeut\*innen zu lernen genannt („Auch wenn meine Therapeutin kaum Wissen über queere Themen besaß, war sie offen und bereit zu lernen.“)<sup>5</sup>.

Das Ausbleiben negativer Verhaltensweisen wie Vorurteile, Abwertungen, Pathologisierung oder die Zurückführung von Anliegen auf die sexuelle Identität oder Beziehungsform war die zweithäufigste genannte Kategorie (23 %) und spiegelt die angesprochenen Sorge vor Ablehnung wider („Außerdem hat sie mir nie das Gefühl gegeben, dass diese Themen nicht wichtig sind oder dass dieses Anderssein etwas Schlechtes sei.“).

Ein Fünftel der Befragten (20 %) hob Affirmation, Akzeptanz und Wertschätzung der queeren/einvernehmlich nichtmonogamen Lebensweise und damit einhergehender Entscheidungen, Praktiken und Partner\*innen hervor („Bei meiner aktuellen Therapeutin unterstützt es mich, dass sie meine Entscheidungen, wie ich leben möchte, akzeptiert und respektiert, auch wenn sie selbst konservativ lebt.“).

Empathie und Verständnis für Gefühle, Gedanken und Erfahrungen sowie deren Validierung wurden von 17 % der Befragten betont („Allgemein das Verständnis, wie schwierig es sein kann, vor allem auch in Familien mit Migrationshintergrund.“).

Ebenso wurden allgemeinere hilfreiche Merkmale von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen wie „freundlich“ oder „unterstützend“ (17 %) hervorgehoben, gefolgt von der Anwendung hilfreicher Methoden, dem Setzen von Impulsen sowie der Bereitstellung von Informationen (15 %; „Meine Therapeutin hat mich erst dazu gebracht darüber nachzudenken, ob ich vielleicht bisexuell bin.“).

Die angemessene Thematisierung queerer und einvernehmlich nichtmonogamer Themen, wenn diese für den therapeutischen Prozess relevant sind, und die Vermeidung einer Überbewertung oder Exotisierung wurde von 11 % der Befragten betont („Dass meine Sexualität nie wirklich thematisiert wurde, außer ich habe es initiiert, da es für die Behandlung irrelevant war.“).



Abbildung 1: Antworthäufigkeiten zur Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater\*innen/Therapeut\*innen haben Sie als besonders gut oder hilfreich erlebt?“ (N = 438)

Ebenso wichtig war die Gleichstellung und Normalisierung unterschiedlicher sexueller Orientierungen und Beziehungsformen, die sich in der Haltung und den konkreten Verhaltensweisen der Berater\*innen/Psychotherapeut\*innen widerspiegeln, wie der Gebrauch einer gendersensiblen Sprache oder die Klärung von Pronomen (11 %; „Ansehen von queeren Beziehungen als gleichwertig zu Hetero-Beziehungen.“).

Unter 10 % der Befragten nannten jeweils weitere Verhaltensweisen oder Eigenschaften als „besonders gut oder hilfreich“, die sich kategorisieren ließen in

- fundierte Kenntnisse über die Lebenswelt und besondere Herausforderungen queerer Personen (9 %; „Vorwissen/Vorbildung über LGBT-Themen und Lebensweisen.“),
- eine neutrale Haltung und ein therapeutischer Raum, in dem auch widersprüchliche Gefühle und Gedanken erlaubt waren (8 %; „Ohne Vorurteile an meine Lebensweisen heranzugehen, sie weder zu negieren noch sie zu pushen.“),
- die Orientierung an den Zielen und Bedürfnissen der Patient\*innen und dass deren Grenzen respektiert wurden, während gleichzeitig Druck vermieden und Raum für Entfaltung gegeben wurde (8 %; „Hat mir frei gelassen, wann und wie tief ich in eine Thematik eingestiegen bin.“),

4 Die Anzahl der Nennungen können von der Stichprobengröße abweichen, da es den Befragten möglich war, in ihren Antworten mehrere Verhaltensweisen oder Eigenschaften zu benennen.

5 In Klammern werden zur Veranschaulichung Aussagen der Befragten zu den jeweiligen Kategorien angezeigt. Weitere Beispiele finden Sie in den Tabellen 1 & 2 auf S. 370 ff.

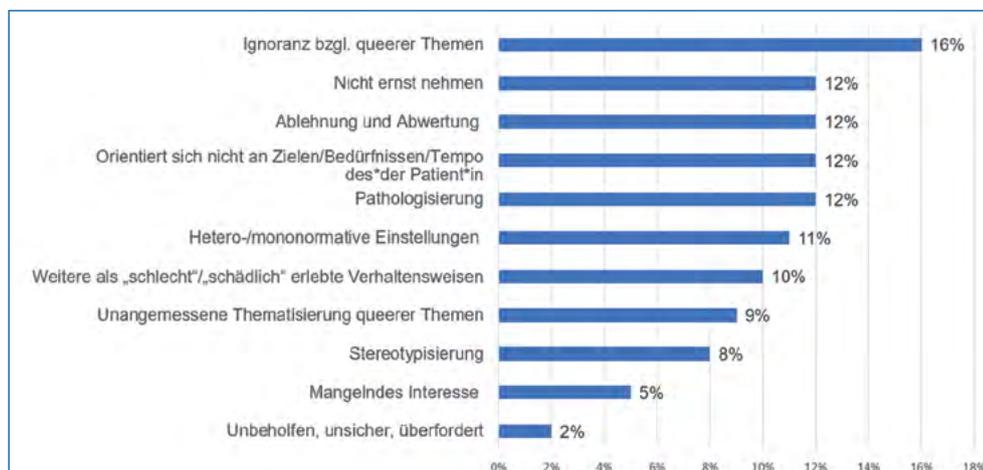


Abbildung 2: Antworthäufigkeiten zur Frage: „Welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater\*innen/Therapeut\*innen haben Sie als besonders schlecht oder schädlich erlebt?“ (N = 438)

- die Zugehörigkeit der Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen zur queeren Community oder Erfahrungswerte mit früheren queeren Patient\*innen (6 %; „Ich hatte großes Glück, dass ich bisher mit drei queeren Therapeuten arbeiten konnte.“),
- die Sensibilisierung der Psychotherapeut\*innen für strukturelle Diskriminierung und gesellschaftliche Aspekte (3 %; „Vermitteln, dass die Probleme nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Ursachen haben.“).

## Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen, die als besonders schlecht oder schädlich erlebt wurden

Die Antworten auf die Frage, welches Verhalten oder welche Eigenschaften von Berater\*innen/Psychotherapeut\*innen als besonders schlecht oder schädlich empfunden wurden, wurden auf elf Kategorien verteilt. Anders als bei den positiven Erfahrungen dominierte hier keine Kategorie besonders.

Am häufigsten genannt wurde Ignoranz gegenüber queeren Themen, die sich durch mangelndes Wissen über die Herausforderungen, gesellschaftliche Ablehnung, Stigmatisierung und Diskriminierungserfahrungen sowie fehlendes Verständnis auszeichnet (16 %; „[...] etwas anstrengend, erstmal eine Einführung in queere Themen halten zu müssen, wenn ich etwas in Bezug darauf ansprechen wollte.“).

Jeweils 12 % der Befragten nannten: das Nichternstnehmen, das Absprechen von Erfahrungen bzw. Bagatellisieren („Poly, das habe ich schon oft erlebt, damit kenne ich mich aus. Sie machen sich was vor, das kann nicht funktionieren, das müssen Sie nur noch selber merken.“), die Ablehnung und Abwertung der sexuellen Identität bzw. der Beziehungsform und der damit verbundenen Entscheidungen und Lebensweisen („Bei dem vorhergehenden Therapeuten spürte ich förmlich eine Ablehnung gegen mein Erscheinungsbild, Über-

zeugung und Sexualität.“), die Missachtung der Ziele, Bedürfnisse, Grenzen und des Tempos der Patient\*innen („Hat mich vor die Wahl gestellt, die Beziehung zu beenden oder die Therapie bei ihm zu beenden.“) sowie Pathologisierung („Zu sagen, dass die Ursache meiner Probleme darin liegt, dass ich polyamor lebe und es mir nur besser gehen wird, wenn ich das beende.“).

Die normative Annahme, Patient\*innen seien heterosexuell und in monogamen Beziehungen, und ein damit einherge-

hender Gebrauch exkludierender Sprache wurde von 11 % der Befragten genannt („Es wurde davon ausgegangen, dass ich eine hetero Cis-Frau bin.“).

Unter 10 % der Befragten nannten jeweils weitere Verhaltensweisen oder Eigenschaften als „besonders schlecht oder schädlich“, die sich kategorisieren ließen in

- nicht queerspezifische Verhaltensweisen (10 %) wie „unzureichendes Zeitmanagement, „sofort alles mit Tabletten lösen zu wollen; schlechte Gesprächsführung“,
- unangemessene Thematisierung queerer Themen, etwa durch Vermeidung, Verbesonderung oder Irritation beim Outing (9 %; „Zurückhaltung: nicht trauen, polyamore Lebensweise von sich aus anzusprechen, obwohl ich es schon offen angesprochen habe.“),
- stereotype Behandlung in Bezug auf die sexuelle Identität und/oder Beziehungsform (8 %; „Annahme, lesbisch sein würde ‚Männer hassen‘ bedeuten und deshalb auch infrage stellen, ob ein männlicher Therapeut das Richtige ist“),
- mangelndes Interesse oder die fehlende Bereitschaft, sich mit queeren Themen auseinanderzusetzen (5 %; „Desinteresse“), Unbeholfenheit oder Überforderung (2 %; „Frühere Therapeutin erlebte ich etwas verunsichert, unbeholfen, bis fasziniert. Irgendwie irritierte mich das und teilweise ärgerte es mich auch.“).

## Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die subjektiven Beratungs- und Psychotherapieerfahrungen von 438 Personen, die sexuellen Minderheiten angehören und/oder in ENMB leben. Ziel war es, zu beleuchten, welche Aspekte der beraterischen und psychotherapeutischen Begegnung von den Betroffenen als unterstützend und welche als schwierig wahrgenommen wurden. Fast alle Befragten (98 %) berichteten von positiven und hilfreichen Erfahrungen in der Beratung und/oder Psychotherapie. Insgesamt wurden 816 positive und 475 negative

Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen genannt, was zeigt, dass fast doppelt so viele positive wie negative Aspekte berichtet wurden. Auch unsere quantitative Auswertung der laufenden oder zuletzt abgeschlossenen Beratungs- und Therapieprozesse queerer Menschen zeigt, dass positive Erfahrungen in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung weit verbreitet sind (Bröning & Mazziotta, 2024), was optimistisch stimmt.

Dennoch gaben 80 % der Befragten an, im Laufe ihres Lebens auch schwierige Erfahrungen gemacht zu haben. Diese bieten die Möglichkeit, wertvolle Lehren für die zukünftige bera-

## — Es sollte nicht in der Verantwortung der Patient\*innen liegen, Fachkräfte hinsichtlich queerer Themen zu schulen. —

terische und psychotherapeutische Arbeit zu ziehen. Zwar ist aufgrund der gewählten Methodik bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht geboten, da die Studie zwar Aufschluss über die Häufigkeit der genannten Erfahrungen gibt, jedoch nicht darüber, wie bedeutsam die einzelnen Aspekte für die Befragten waren. Gleichzeitig repliziert die vorliegende Studie für den deutschsprachigen Raum Verhaltensweisen und Eigenschaften von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen, die auch in anderen Studien aus der Perspektive queerer Menschen als unterstützend oder schwierig wahrgenommen werden (z. B. APA, 2021; Lampalzer et al., 2019; Woodbridge, 2022). Für eine diversitätssensible Beratung und Psychotherapie sind eine offene, affirmative Haltung, fundiertes Basiswissen sowie die Reflexion eigener Normen und Werte im Bereich Geschlechtsidentität, Sexualität und Beziehungsform unerlässlich.

Die Studie bietet praxisnahe Ansätze, um diversitätssensible Beratung und Psychotherapie – wie sie beispielsweise in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (2021) gefordert wird – mit spezifischen Inhalten zu füllen. Anhand dreier dialektischer, also in Spannung zueinander stehender Themenbereiche, ziehen wir daraus Schlussfolgerungen für das psychosoziale und psychotherapeutische Handeln.

### 1. Fachwissen haben UND/ABER sich als Lernende\*n verstehen

Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen benötigen grundlegende Kenntnisse über diverse Aspekte der queeren Lebensrealität, einschließlich der Coming-out-Prozesse, Diskriminierungen und deren psychosozialen Auswirkungen, wie Hypervigilanz, Angst vor Ablehnung und das Minderheitenstressmodell sowie die Rolle der LSBTIQ\*-Community (Frost & Meyer, 2023; Lampalzer et al., 2019; Mitchell et al., 2023).

In einer Umfrage zur Therapieerfahrung von Personen in ENMB berichtete nur ein Drittel der Befragten, dass der\*die zuletzt konsultierte Psychotherapeut\*in über gute Kenntnisse bezüglich ENMB verfügte (Schechinger et al., 2018). Es sollte nicht in der Verantwortung der Patient\*innen liegen, Fachkräfte hinsichtlich queerer Themen zu schulen. Unkenntnis gegenüber queeren Lebensrealitäten kann den therapeutischen Prozess behindern und zu weniger Verständnis und negativeren Einstellungen führen.

Gleichzeitig nahmen Offenheit und die Bereitschaft zu lernen mit Abstand den obersten Rang der hilfreichen Merkmale ein. Offenheit signalisiert ein tiefgehendes Interesse an der spezifischen Lebenswelt der Patient\*innen. Fachkräfte müssen nicht Expert\*innen für queere Lebensweisen sein. Für einen großen Prozentsatz der Befragten war die Spezialisierung auf queere Themen nicht sehr wichtig. Entscheidend ist, dass

Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sich lernbereit zeigen, ihre Unwissenheit offenlegen und auch für sie unverständliche Komplexität tolerieren (Woodbridge, 2022). Diese Offenheit schafft einen Raum für Verletzlichkeit und ermöglicht eine Beziehung auf Augenhöhe, die ebenso bedeutsam ist wie umfassendes Fachwissen.

Offenheit wird häufig vor allem zu Beginn seitens der Patient\*innen getestet. Daher sind vertrauensbildende Maßnahmen wichtig. Diese beinhalten auch – je nach Setting – eine möglichst inklusive Gestaltung des Internetauftritts, der Räumlichkeiten und der darin befindlichen Materialien und Abbildungen. Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sollten eine inklusive Sprache verwenden und darauf achten, welche Normen Fragen und Formulare vermitteln. Sie sollten den Patient\*innen die Möglichkeit geben, sich selbst zu definieren, und sensibel dafür sein, dass Personen nicht notwendigerweise die Pronomen verwenden, die ihnen von außen zugeschrieben werden.

### 2. Stigmata und Vorurteile kennen UND/ABER eine ressourcenorientierte, affirmative Haltung einnehmen

Die Anerkennung und Validierung der Identität und Lebensweise der Patient\*innen ist ein zentraler Bestandteil therapeutischer Wirksamkeit (Mitchell et al., 2023). Geäußerte und gelebte Affirmation und Akzeptanz durch den\*die Berater\*in oder Psychotherapeut\*in stärkt das therapeutische Bündnis und motiviert Patient\*innen, sich in der Beratung und Psychotherapie zu öffnen und aktiv mitzuwirken (Woodbridge, 2022).

Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sollten daher Normalisierung bewusst als therapeutische Methode nutzen. Sie könnten beispielsweise darauf hinweisen, dass es normal sei, auf Minderheitenstress mit Stimmungsschwan-

kungen, Verunsicherung und Ängsten zu reagieren, und dass es vielen so gehe (Frost & Meyer, 2023). Da Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen oft als moralische Autoritäten wahrgenommen werden, kann diese Haltung eine bedeutende korrigierende Erfahrung darstellen, die der Stigmatisierung und Isolation in anderen Lebensbereichen entgegenwirkt (Woodbridge, 2022). Die Wahrnehmung affirmativer Praktiken von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen durch Patient\*innen hängt positiv mit deren Wohlbefinden zusammen (Alessi et al., 2019).

Gerade die positiven Aspekte und Ressourcen queerer Lebensweisen werden selten gewürdigt – dies gilt auch für queere Personen selbst (z. B. Riggle et al., 2008). Dabei entwickeln Personen, die einer sozialen Minderheit angehören, oft eine tiefgreifende Empathie und ein verstärktes Engagement für soziale Gerechtigkeit. Ein stark ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl und die Bildung von Wahlfamilien können bedeutsame Unterstützungsnetzwerke bieten. Die Möglichkeit, authentisch zu leben, fördert nicht nur Selbsteinsicht und Selbstbewusstsein, sondern auch das Explorieren und Herausfordern traditioneller Geschlechterrollen, Sexualität und Beziehungsformen, was zu egalitäreren Partnerschaften führen kann (Bröning & Mazziotta, im Druck).

Gleichzeitig sollten Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sich der Gefahr stereotyper Annahmen bewusst sein, da die Lebenswelten und Bedarfe von Personen, die sexuellen Minderheiten angehören und/oder in ENMB leben, sehr vielfältig sind. Stereotype können dazu führen, dass Betroffene sich nicht in ihrer Individualität wahrgenommen fühlen und in „Schubladen“ eingeordnet werden (Mitchell et al., 2023). Es ist daher entscheidend, jeden\*jede Patient\*in individuell zu betrachten und zu explorieren, welche Selbstbezeichnungen sie wählen und welche Bedeutungen sie damit verbinden, sowie zu verstehen, wie sie ihre eigene Situation wahrnehmen und konstruieren, einschließlich der damit verbundenen Herausforderungen und Ressourcen (Berry & Lezos, 2017; Lampalzer et al., 2019).

Ein erheblicher Teil der Befragten berichtete auch von schwierigen Erfahrungen, wie Nichternstnehmen, Ablehnung und Abwertung, Ignorieren individueller Ziele sowie Pathologisierung nichtheteronormativer Identitäten und nichtmonogamer Beziehungsformen. Solche negativen Erfahrungen werden auch in Studien aus Nordamerika berichtet (z. B. Schechinger et al., 2018; Spengler et al., 2016). Sie könnten auf eine essentialistische Sichtweise der Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen hinweisen, die die vielfältigen Lebensrealitäten der Patient\*innen vernachlässigt und sie auf stereotype Kategorien reduziert, was zu einer Verbesonderung und Etikettierung als „anders“ führt. Eine unterstützende beraterische und therapeutische Praxis erfordert daher das Überwinden solcher reduktionistischen Ansichten und die Annahme einer sex-positiven Haltung, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird. Diese respektiert die sexuelle Selbstbestimmung und

die Vielfalt von Sexualität und Beziehungsformen, vorausgesetzt, sie sind ehrlich kommuniziert, einvernehmlich und sicher (Burnes et al., 2017).

Konfrontative psychotherapeutische Interventionen, etwa bei Vermeidungsverhalten oder destruktiven Mustern, die den Fortschritt in der Beratung oder Therapie behindern, sind von problematischen Verhaltensweisen klar abzugrenzen. Diese Interventionen unterstützen Patient\*innen dabei, unbewusste oder schwer zugängliche Aspekte ihres Erlebens und Verhaltens zu erkennen und zu reflektieren. Sie sollten jedoch stets achtsam und auf Grundlage einer stabilen therapeutischen Beziehung durchgeführt werden. Als konstruktive Einladung zur Auseinandersetzung mit schwierigen Themen sind sie besonders effektiv, wenn sie von Empathie und Verständnis begleitet werden, sodass sich Patient\*innen sicher genug fühlen, sich diesen Herausforderungen zu stellen. Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sollten in solchen Situationen besonders sensibel auf die verbalen und nonverbalen Rückmeldungen der Patient\*innen achten.

### 3. Queersein ansprechen UND/ABER nicht unangemessen thematisieren

Ein überraschender Befund war das häufige Hervorheben des Ausbleibens negativer Verhaltensweisen als positiv, was auf niedrige Erwartungen oder Ängste vor Diskriminierung bei vielen queeren Personen hinweist. Es reicht nicht aus, lediglich zu verkünden, für alle offen zu sein. Vielmehr erfordert eine affirmative Haltung auch fundierte Kenntnisse über queere Lebenswelten sowie eine deutliche, ernsthafte Positionierung gegen soziale Ungerechtigkeit und Diskriminierung. Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen sollten nicht nur offen für Diskussionen über Geschlecht, Sexualität und Beziehungsformen sein, sondern auch eigene Missverständnisse und Fehler thematisieren (Baldwin et al., 2017; Cahill et al., 2014). Die Ergebnisse replizieren Befunde aus dem angelsächsischen Raum (z. B. Sergi et al., 2024) und weisen darauf hin, dass Mikroaggressionen auch in deutschsprachigen Beratungs- und Therapiesettings auftreten und die therapeutische Beziehung beeinträchtigen können. Durch das aktive Ansprechen von (potenziellen) Mikroaggressionen können therapeutische Rupturen bearbeitet und kann die Beziehung vertieft werden (Owen et al., 2014). Eine Haltung der „kulturellen Bescheidenheit“, bei der Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen Verantwortung für ihr Handeln übernehmen und die Erfahrungen der Patient\*innen validieren, fördert den Heilungsprozess (Chen et al., 2023; Jones et al., 2019).

Gleichzeitig stellen die sexuelle Orientierung oder Beziehungsform meist nicht den primären Grund für die Inanspruchnahme von Beratung und Psychotherapie dar. Manchmal sind es reaktive Symptommatiken, die durch Stigmatisierung und Diskriminierung verstärkt werden – oder auch ganz andere Anlässe. Daher ist es notwendig, in der beraterischen und therapeutischen Arbeit kritisch zu prüfen, ob bestimmte Fragen

den therapeutischen Prozess unterstützen oder lediglich der Neugier des\*der Berater\*in oder Psychotherapeut\*in dienen. In Zusammenarbeit mit den Patient\*innen sollte entschieden werden, welche Rolle queere Themen in der Beratung und Psychotherapie einnehmen sollen (Spengler et al., 2016; Woodbridge, 2022). Dies kann sich ändern, da ein stärkeres Vertrauensverhältnis es ermöglicht, auch heikle Themen wie Scham oder internalisierte Negativität zu thematisieren, wenn dies von den Patient\*innen als relevant erachtet wird (Baldwin et al., 2017; Mitchell et al., 2023).

Offenheit und die Fähigkeit, sich zu entschuldigen, können den Zugang zu schwierigen Gesprächen erleichtern und die therapeutische Beziehung stärken. Spontane Reaktionen der Berater\*innen oder Psychotherapeut\*innen, wie Mimik oder Körpersprache, sind bei unerwartetem oder ungewohntem Erleben (z. B. in Bezug auf bestimmte Beziehungsformen oder Sexualpraktiken) nicht immer vollständig kontrollierbar. Solche Reaktionen können jedoch selbstkritisch reflektiert und thematisiert werden (z. B. „Ich möchte mich für meinen irritier-

### Offenheit und die Fähigkeit, sich zu entschuldigen, können den Zugang zu schwierigen Gesprächen erleichtern und die therapeutische Beziehung stärken.

ten Blick bezüglich Ihrer Beziehungsform entschuldigen. Hier muss ich offensichtlich noch eigene Vorurteile überwinden.“). Die Frage, ob bestimmte Themen angesprochen werden sollten, kann laufend in Absprache mit den Patient\*innen geklärt und behutsam, in kleinen Schritten, angepasst werden. Insgesamt sollten Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen stets die Ziele und das Tempo der Patient\*innen beachten, deren Grenzen respektieren, prozessorientiert arbeiten und regelmäßig Feedback einholen.

## Abschließende Bemerkungen

Die Stärke dieser Studie liegt in ihrer umfangreichen Teilnehmendenzahl und dem Fokus auf die Wahrnehmung der Adressat\*innen beraterischer und psychotherapeutischer Arbeit. Unser qualitativer Ansatz erlaubt es nicht, die Häufigkeit von aversivem Erleben oder (Mikro-)Aggressionen seitens der Fachkräfte genau zu bestimmen. Zudem werden nicht alle Dimensionen von Diversität abgedeckt, da (Mikro-)Aggressionen gegenüber vielen Personengruppen auftreten können. Unsere Studie bietet daher in erster Linie wertvolle Anregungen zur Reflexion und Schärfung des eigenen beraterischen und psychotherapeutischen Stils in der Arbeit mit queeren Menschen.

Da es sich in der Studie um eine Gelegenheitsstichprobe handelt, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

Zudem können wir nicht genau zuordnen, welche Aussagen sich auf welche Settings (z. B. Psychotherapie oder Beratung) beziehen oder wie spezifische Merkmale von Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen den Prozess beeinflusst haben. Auch wurde nicht erfasst, wie weit die geschilderten Erfahrungen in die Vergangenheit zurückreichen. Der Schwerpunkt der Studie lag auf sexueller Identität und ENMB, die jedoch in Wechselwirkung mit anderen Differenzkategorien, wie Behinderung, sozioökonomischem Status und Migrationsgeschichte, stehen und spezifische Lebenslagen schaffen. Diese komplexen Wechselwirkungen müssen in der beraterischen und psychotherapeutischen Begleitung berücksichtigt werden, um eine angemessene Unterstützung zu gewährleisten (Berry & Lezos, 2017).

Trotz dieser Einschränkungen lassen sich Empfehlungen für die beraterische und therapeutische Praxis ableiten: Erstens ist eine fundierte Ausbildung sowie kontinuierliche Weiterbildung, die Basiswissen über nichtheterosexuelle und nicht-monogame Lebensweisen vermittelt, unerlässlich. Zweitens sollten Reflexionsprozesse fest in die beraterische und psychotherapeutische Ausbildung und Praxis integriert werden, um eigene Vorurteile und unbewusste Annahmen zu erkennen und zu hinterfragen. Drittens ist die Förderung einer kultursensiblen Praxis im Sinne relationaler Demut (Kapp,

2023) entscheidend. Diese Haltung erkennt an, dass Differenzdimensionen wie sexuelle Orientierung oder Beziehungsformen Aspekte sind, die die therapeutische Dynamik beeinflussen können, jedoch häufig nicht der primäre Anlass für Beratung und Psychotherapie sind. Eine wahrhaft inklusive therapeutische Praxis geht über die bloße Abwesenheit von Diskriminierung hinaus und erkennt aktiv die vielfältigen Identitäten und Beziehungsformen der Patient\*innen an. Eine Haltung der „informierten Naivität“, die Fachwissen und offenes Interesse integriert, bietet zusammen mit Ambiguitätstoleranz – der Fähigkeit, sich Unbekanntem und Mehrdeutigem zu öffnen – einen förderlichen Raum für diversitätssensible Beratung und Psychotherapie mit fachlicher Professionalität und auf Augenhöhe.

## Literatur

*Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Borgogna, N. C., Aita, S. L. & Aita, L. J. (2024). Minority stress in consensually non-monogamous individuals: Mental health implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 9 (1), 46–65.

Bröning, S. & Mazziotta, A. (im Druck). Konsensuelle Nichtmonogamie. In M. Büttner & A. Eck (Hrsg.), *Sexualität und Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Camp, J., Vitoratou, S. & Rimes, K. A. (2020). LGBTQ+ self-acceptance and its relationship with minority stressors and mental health: A systematic literature review. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (7), 2353–2373.

Chen, J. M., Joel, S. & Castro Lingl, D. (2023). Antecedents and consequences of LGBT individuals' perceptions of straight allyship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 125 (4), 827–851.

Diamond, L. M. & Alley, J. (2022). Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 138, 104720.

Feinstein, B. A. (2020). The rejection sensitivity model as a framework for understanding sexual minority mental health. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (7), 2247–2258.

Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 101579.

Kapp, F. (2023). „Demut“ – eine unterschätzte Dimension in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 22 (3), 247–254.

Korinth, R., Bröning, S. & Martyniuk, U. (2024). Making the invisible visible: Experiences of identity (in)visibility in bi+sexual individuals in Germany. *Journal of Bisexuality*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/15299716.2024.2364663> [21.10.2014].

Mazziotta, A. & Möller-Kallista, B. (2024). Love has no boundaries: Die Vielfalt der Liebes- und Sexualbeziehungen. In C. Roesler & S. Bröning (Hrsg.), *Paarbeziehung im 21. Jahrhundert: Psychosoziale Entwicklungen und Spannungsfelder* (S. 141–130). Stuttgart: Kohlhammer.

Mitchell, L. A., Jacobs, C. & McEwen, A. (2023). (In)visibility of LGBTQIA+ people and relationships in healthcare: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 107828.

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B. & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5 (S1), 1–30.

Schechinger, H. A., Sakaluk, J. K. & Moors, A. C. (2018). Harmful and helpful therapy practices with consensually non-monogamous clients: Toward an inclusive framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (11), 879–891.

Silveri, G., Schimmenti, S., Prina, E., Gios, L., Mirandola, M., Converti, M. & Italian Working Group on LGBTQI Mental Health. (2022). Barriers in care pathways and unmet mental health needs in LGBTQI+ communities. *International Review of Psychiatry*, 34 (3–4), 215–229.

Wittgens, C., Fischer, M. M., Buspavanich, P., Theobald, S., Schweizer, K. & Trautmann, S. (2022). Mental health in people with minority sexual orientations: A meta-analysis of population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145 (4), 357–372.

Woodbridge, L. M. (2022). Many loves: Preparing counselors to work with polyamorous clients. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 16 (4), 390–405.



## Prof. Dr. Agostino Mazziotta

### Korrespondenzanschrift:

FH Münster  
 Fachbereich Sozialwesen  
 Hüfferstr. 27  
 48149 Münster  
[agostino.mazziotta@fh-muenster.de](mailto:agostino.mazziotta@fh-muenster.de)

Prof. Dr. Agostino Mazziotta (er/ihn), Diplom-Psychologe und Master of Counseling in Ehe-, Familien- und Lebensberatung, systemischer Sexualtherapeut (IGST) und Supervisor (DGSv), ist als Professor für Diversität und Community Work an der FH Münster tätig. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen u. a. geschlechtliche, sexuelle und amouröse Vielfalt sowie Vergeben und Versöhnen in (Liebes-)Beziehungen.



## Prof. Dr. Sonja Bröning

Prof. Dr. Sonja Bröning (sie/ihr) ist Entwicklungspsychologin und forscht zu aktuellen Einflüssen auf Partnerschaft, Liebe und Sexualität. Neben ihrer Arbeit als Wissenschaftlerin und Lehrende an der Medical School Hamburg ist sie in freier Praxis als Mediatorin, Paar- und Sexualtherapeutin tätig.

# Die Legalisierung von Cannabis – einige Gedanken aus Sicht eines analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Carsten Caesar

**Zusammenfassung:** Der Autor geht der Frage nach, welche Bedeutung die Legalisierung von Cannabis durch das am 1. April 2024 in Kraft getretene Gesetz für Jugendliche/junge Erwachsene haben könnte. Die öffentliche Diskussion ist geprägt von der Besorgnis, dass diese Altersgruppe die Gefahren des Cannabiskonsums nun weiter bagatellisieren würde und es zu einer Steigerung des Konsums kommen könnte. Fachleute stellen dagegen fest, dass Cannabis bereits ein leicht verfügbarer Teil der Lebenswelten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist. Entwicklungspsychologische Überlegungen weisen in diesem Zusammenhang auf die protektive Bedeutung von Eltern und Personen der sozialen Umwelt hin. Die „Verfügbarkeit“ einer nicht strafenden, passend grenzsetzenden und resonierende Auseinandersetzung wird betont. In einer kurzen Darstellung wird auf die vielfältigen Bedingungen für die Verwendung von Cannabis bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen eingegangen.

Am 1. April 2024 trat das Gesetz zur Legalisierung von Cannabis in Kraft. Dies führte schon im Vorfeld zu teils heftig geführten Diskussionen, die immer wieder zu Veränderungen des Gesetzes führten. Seit dem 1. April ist Cannabis von der Liste der verbotenen Substanzen aus dem Betäubungsmittelgesetz gestrichen worden. Der Anbau von bis zu drei Cannabispflanzen für den Eigenbedarf ist für Personen ab dem 18. Lebensjahr erlaubt worden. Weiterhin ist der Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis (das sind bei einer durchschnittlichen Menge von 0,3 Gramm ca. 80 Joints) gestattet. Außerdem dürfen sich „Cannabis Social Clubs“ gründen, in denen entsprechende Pflanzen angebaut und an die jeweiligen Mitglieder der Clubs abgegeben werden können. Mithilfe dieser Clubs soll eine persönliche Abgabe an die jeweiligen Mitglieder sowie, durch den kontrollierten Anbau, der begrenzte THC-Anteil in den Pflanzen als ein Schutz der Konsument\*innen ermöglicht werden. Der Konsum von Cannabis in unmittelbarer Gegenwart von Personen bis zum 18. Lebensjahr sowie in Sichtweite von Kindergärten, Schulen, Spielplätzen, Sportstätten, öffentlichen Plätzen und militärischen Bereichen der Bundeswehr (also in einem Umkreis von ca. 100 Metern) ist verboten.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach stellte im Verlauf der Diskussionen um dieses Gesetz mehrfach fest (z. B. in einem Interview beim WDR2 am 13. April 2023), dass die bisherige Drogenpolitik gescheitert sei. Strafen hätten nicht verhindern können, dass der Konsum immer stärker zunehme, Kinder und Jugendliche einer immer größer werdenden Gefahr ausgesetzt seien. Die „wahren“ Probleme werden in der Drogenkriminalität und dem Schwarzmarkt gesehen, der gezielt darauf abheben würde, Kinder und Jugendliche zu Süchtigen zu

machen. Mithilfe der neuen Regelungen und Kontrollen solle ein verbesserter Schutz der Konsument\*innen erreicht werden. Jugendliche sollen durch Aufklärung und Präventionsmaßnahmen schneller erreicht werden, während gleichzeitig der Schwarzmarkt durch die Legalisierungsmaßnahmen zurückgedrängt werden soll mit dem Ziel, dass sich Dealende somit nicht mehr an Kinder und Jugendliche wenden.

Am 22. März 2024 antwortete Minister Lauterbach in einer Aussprache des Bundestages, dass nicht erst durch das Gesetz Cannabis in Deutschland eingeführt werde, sondern dass sich allein in der Zeit von 2011 bis 2021 der Konsum von Cannabis in der Gruppe der Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren verdoppelt habe. Weiterhin habe sich die Zahl der Konsument\*innen in der Altersspanne zwischen 18 und 25 Jahre ebenfalls verdoppelt – was sehr problematisch sei, so Lauterbach weiter, da das Gehirn in dieser Phase noch wachse. „Und“, so fragte er weiter, „ist nicht die Büchse der Pandora längst offen?“

Im aktuellen Jugendgesundheitsbericht stellt Thomasius (2023 a) fest, dass Cannabis die weltweit am häufigsten konsumierte illegale Droge sei. Er gibt für die Gruppe der 12- bis 18-Jährigen eine Prävalenz für Cannabismissbrauch von 1,8 % (für 16- bis 18-Jährige 4,7 %) und für Cannabisabhängigkeit von 0,8 % (für 16- bis 18-Jährige 1,8 %) an. Gleichzeitig hat sich die Anzahl der vollstationären Behandlungen cannabisbezogener Störungen (ICD-10: F12, zumeist männliche Patienten bis 15 Jahre) seit 2002 vervierfacht (aktuell ca. 12.000 Fälle). Dabei werde die Gruppe, die cannabisbezogene Störungen durch den zunehmenden gefährlichen Gebrauch von Cannabis entwickelt, immer größer, da das Einstiegsalter gesunken sei.

Die vorgestellte Datenlage im Jugendgesundheitsbericht scheint die Annahmen des Gesundheitsministeriums zu bestätigen. Thomasius (2023 b) weist in einem Interview mit der AOK darauf hin, dass die Quote der Jugendlichen, die täglich Cannabis verwenden, mit 0,4 % im europäischen Vergleich niedrig und stabil sei. Weiterhin seien die bisherigen therapeutischen und präventiven Hilfen gut ausgebaut. Aus suchtmmedizinischer Sicht sieht er diese Ausgangslage durch die geplante Legalisierung als bedroht an. Auch die Fachverbände (z. B. in den Gemeinsamen Stellungnahmen zum Cannabisgesetz von DGKJP, DGKJ, BAG KJPP, BKJPP, BVKJ) warnten vor einer Einführung der Legalisierungspläne der Bundesregierung. Hier wurde, wie auch schon in zahlreichen anderen Stellungnahmen, darauf hingewiesen, dass der Cannabiskonsum für die Gruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein gefährlich erhöhtes Risiko von Beeinträchtigungen der Hirnentwicklung bedeute. Weiterhin könne der Konsum zu erheblichen Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsfokussierung führen und sich somit negativ auf die Schulleistungen, aber auch auf die differenzierte Entwicklung von intellektuellen Fähigkeiten auswirken. Zudem warnen die Fachverbände davor, dass dieses Gesetz zu einer weiteren Steigerung des Konsums und einer Verminderung der Risikowahrnehmung gegenüber den Auswirkungen des Cannabiskonsums führen könne.

Das Bundeskriminalamt (BKA) (2024) veröffentlichte im Juni dieses Jahres, dass die Zahl der cannabisbezogenen Rauschgiftkriminalität bei 33.618 Fällen (hier werden „konsumnahe Delikte“, „Handelsdelikte“ und „Beschaffungskriminalität“, z. B. Anbau und Produktion, berücksichtigt) liege und es sich somit um eine Steigerung um 6,7 % im Vergleich zum Vorjahr handele. Das BKA berichtet weiter, dass seit Ausbruch der Pandemie mithilfe von Abwasseranalysen festgestellt werden konnte, dass in der EU 22 Millionen Menschen Cannabis konsumiert hatten. Diese Zahlen scheinen zu belegen, dass es sich bei Cannabis um eine überall und täglich verfügbare Droge handelt. Daher kann ich der Einschätzung von Minister Lauterbach gut folgen, dass keine „neue Volksdroge“ geschaffen, sondern die Droge nun in einen neuen legalen Bezug gebracht wurde. So stellt auch z. B. Michael Harbaum (Geschäftsführender Vorstand der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.; Zeit Online: Cannabislegalisierung: Was Suchtkranke zum Gesetz sagen)<sup>1</sup> fest, dass es durch die neue Gesetzgebung nicht zu einem ausufernden Konsum kommen würde oder Jugendliche nun an eine Substanz gelangen würden, die vorher nicht verfügbar gewesen sei. Harbaum plädiert dafür, sich unter diesen Voraussetzungen Gedanken darüber zu machen, wie die Konsument\*innen geschützt werden können. Dies könne nur durch eine Kontrolle der Stärke der Substanz erreicht werden. So sieht das veränderte Gesetz vor, dass der THC-Gehalt von 10 % bei einer Abgabe von Cannabis an junge Erwachsene (also zwischen 18 und 25 Jahren) nicht

überschritten werden darf, was durch die einzurichtenden Cannabis-Clubs zu kontrollieren ist.

Schaut man auf die Geschichte der Drogenpolitik, so kann man feststellen, dass die Liberalisierung der Drogengesetzgebung schon seit langer Zeit diskutiert wurde. Im Zusammenhang mit dieser Geschichte der Drogenpolitik (und dies nicht nur in Deutschland) zeigt sich, dass Bemühungen um eine staatliche Reglementierung des Drogenhandels nicht dazu geführt haben, dass der Konsum eingeschränkt werden konnte.

Im Rahmen meiner Behandlungserfahrungen kann ich den Eindruck teilen, dass Cannabis für Jugendliche und junge Erwachsene eine sehr leicht verfügbare Droge darstellt. Der Umgang mit dieser Droge ist hier im Zusammenhang mit der besonderen psychischen Ausgangslage dieses Lebensabschnittes zu beachten. Das Transitionsalter – also die Zeit des

### — In der „Adoleszenzkrise“ findet ein Veränderungsprozess statt, der auch die bis dahin etablierten Methoden der inneren Konfliktverarbeitung infrage stellt.

Übergangs vom Kindes- zum Erwachsenenalter zwischen 14 und 25 Jahren – stellt eine umfassende Veränderung des bis zum Ende des Latenzalters (meist) gut eingespielten Gleichgewichtes zwischen psychosexueller Entwicklung, dem Umgang mit der sozialen Umwelt und der Internalisierung von orientierenden Haltungen der Eltern dar. Es kommt, angesprochen durch die körperlichen Veränderungen, zu einer Infragestellung der Identität, die durch die hinzutretenden Fragen der Geschlechtsrollenidentität verschärft werden. Verinnerlichte Normen der Eltern werden infrage gestellt und frühere innere Konflikte wiederholt, nun jedoch vor dem Hintergrund eines deutlich veränderten und leistungsfähigeren Körpererlebens. Dieser Prozess wird daher als „Adoleszenzkrise“ bezeichnet. Es findet ein Veränderungsprozess statt, der mit einem radikalen Umbau in verschiedenen Gehirnstrukturen korrespondiert und auch die bis dahin etablierten Methoden der inneren Konfliktverarbeitung infrage stellt. Sind diese Methoden, die psychoanalytisch ausgedrückt als „Abwehrmechanismen“ wirken, schon in der frühen Kindheitsentwicklung unzureichend entwickelt worden, so kann es nun zu einer schwerwiegenden Zuspitzung der inneren Konflikte kommen und mit verschiedenster Symptomatik beantwortet werden.

#### Beispiel 1: Die Auseinandersetzung mit verinnerlichten Normen

Ein wesentliches Kennzeichen der adoleszenten Entwicklung ist die Infragestellung verinnerlichter Normen. Diese verwei-

<sup>1</sup> Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=UGhueVRV1ng> [09.08.2024].

sen auf die frühen Bindungsprozesse an die Eltern, die den Aufbau verinnerlichter Repräsentanzen ermöglichen. Diese Repräsentanzen werden jedoch nun als reglementierend und verbietend erlebt – stellen somit eine Reibungsfläche für die adoleszenten Ablösungswünsche dar. Diese verinnerlichten Normen werden dabei externalisiert (projiziert) und in der sozialen Umwelt als unverständige und reglementierende Instanzen erlebt. So scheinen Jugendliche in diesem Prozess bisher funktionierende Regulationsmechanismen zu verlieren. Die Überbewertung körperlicher Fähigkeiten und narzisstisch aufgeladene Darstellung von Unabhängigkeit stehen nun im Vordergrund. „Wenn es erlaubt gewesen wäre, Cannabis zu rauchen und zu trinken, hätte ich es wohl nicht gemacht!“, so ein 15-jähriger Patient in einer Stunde. Hier stellt die radikale oppositionelle Haltung gegenüber „den Erwachsenen“ eine schwierige, aber bedeutsame Form der Identitätsentwicklung dar. Gleichzeitig ermöglicht der gemeinsame Konsum eine Verbindung zur Peergroup, die in ihrer identitätsstiftenden Funktion große Bedeutung hat (was auch in virtuellen Zusammenhängen nicht unterschätzt werden sollte). Die Entwicklung einer eigenen Sprache über die Drogen unterstützt diesen verbindenden und stabilisierenden Prozess, in dem „Erwachsene“ so weit wie möglich ausgegrenzt werden sollen.

### Beispiel 2: Die Flucht vor den inneren verfolgenden Objekten

Die adoleszente Entwicklung kann aber auch auf Entwicklungsdefizite verweisen, die schon im Verlauf der Kindheit nur schwer kompensierbar waren und möglicherweise auch schon zur Entwicklung von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen geführt haben. Diese fehlenden inneren psychischen Strukturen (im Sinne von strukturellen Entwicklungsdefiziten) stehen einer adoleszenten Entwicklung somit nicht zur Verfügung, was zu einer hohen Labilisierung der betroffenen Jugendlichen führt. Die Impulskontrolle wird deutlich geschwächt, Gefühle von Leere und tiefer Hoffnungslosigkeit stehen im Vordergrund, der Körper wird zur Projektionsfläche dieser inneren Spannungen (z. B. in Form von Essstörungen, Selbstverletzungen, asketischer Selbstkontrolle). Die Wirkung von Cannabis wird als beruhigend erlebt, was rasch zu einem progredienten Konsum führen kann. „Da war immer dieses graue Gefühl. Ich habe mich allein gefühlt, auch wenn ich mit Anderen war. Was hätte ich schon sagen sollen – ich wäre ja auch nicht mit mir zusammen. Wenn ich dann „Pott“ rauche, wird alles ganz leicht. Ich kann mit den anderen lachen und auch wenn Mutter dann Stress macht, habe ich kein schlechtes Gewissen mehr“, so eine 14-jährige Patientin aus dieser Gruppe. Soziale oder leistungsbezogene Situationen werden durch das Rauchen von Cannabis erträglicher erlebt, sorgen jedoch häufig für eine rasche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Psychoanalytisch ausgedrückt, dient die Droge hier als ein Substitut für eine fragile und unlebendige innere Welt der Objektrepräsentanzen. Im Erleben eines drogeninduzierten Gefühls wird eine Verbundenheit zur sozialen Umwelt erlebt, die auf einen – meist frühen – Mangel an stabilen Bindungen verweist, in denen eine stabile Welt innerer Objekte nur unzureichend entstehen konnte.

### Beispiel 3: Die Selbstmedikation

Adoleszente Entwicklung kann auch durch eine schon in der Kindheit erworbene/entstandene und die Leistungsfähigkeit einschränkende Symptomatik stark beeinflusst werden. Kinder, die z. B. an ADHS/ADS erkrankt sind und nur eine unzureichende Unterstützung in der Bewältigung ihrer Lebenswirklichkeit erlebt haben, gehen unter sehr erschwerten Bedingungen in die adoleszente Entwicklung über. Auch hier treten häufig Schwierigkeiten in der Impulskontrolle und depressive Symptome auf und kennzeichnen damit einen schwer zu behandelnden Prozess der Identifikation mit dem Krankheitsbild. Soziale und schulische Zusammenhänge, die nicht als hilfreich, sondern als unverständlich und kontrollierend erlebt wurden, werden nun radikal infrage gestellt und es kann zu einem schwierigen Ausstieg aus diesen Bezügen kommen. Cannabis wird hier oftmals als eine Möglichkeit der Beruhigung erlebt, die „die Gesellschaft“ den Betroffenen vorenthalten würde. „Wenn ich kiffe, kann ich lernen und ruhig sein. Dann gibt es auch keinen Streit mit meinen Eltern oder Lehrern. Die verstehen ja sowieso nicht, was los ist – aber dann ist mir das auch egal und ich kann die alle einfach ausblenden! Aber das, was mir wirklich hilft, wird mir verboten – das lasse ich mir aber nicht gefallen.“, so ein 17-jähriger Patient. Auch hier besteht die Gefahr einer raschen Entwicklung eines „schädlichen Gebrauchs“ (entspr. ICD 10 (F12.1) oder einer Abhängigkeit, häufig verbunden mit einem Ausstieg aus den sozialen Bezügen.

Diese beispielhafte Differenzierung, die natürlich nur eine grobe und meine Erfahrung wiedergebende Orientierung darstellt, habe ich hier angeführt, um die vielfältige Problemlage im Umgang mit jugendlichen Patient\*innen, die Cannabis verwenden, zu verdeutlichen. Unterstützen kann ich jedoch die oben erwähnte Einschätzung, dass Cannabis schon seit vielen Jahren in großen Mengen und Qualitätsabstufungen verfügbar ist. Somit erscheinen die nun in der aktuellen Diskussion erneuerten Bedenken, dass das Gesetz zur Legalisierung von Cannabis zu einer unkontrollierten Verbreitung in Schulen oder in anderen sozialen Bezügen führen würde, erstaunlich. Die Realität der Lebenswelten von Jugendlichen ist geprägt von der Erfahrung, mit wenig Aufwand an Cannabis (und andere) Drogen zu kommen zu können. Somit stellt sich die Frage, wie eine Gesellschaft – sprich Eltern und Personen des direkten sozialen Umfeldes – passend mit der Suche nach Erfahrungen mit dem Cannabisrausch umgehen kann?

Dieser kurze Ausflug in die psychoanalytische Entwicklungspsychologie scheint mir einen wichtigen Beitrag zur Frage anzubieten, wie die soziale Umwelt die Herausforderungen durch die vielfältigen adoleszenten Entwicklungsaufgaben annehmen kann. Es wird die hohe Bedeutung dessen deutlich, dass sich Bezugspersonen für eine „Verwendbarkeit“ anbieten und nicht vor den Herausforderungen und Infragestellungen kapitulieren. Doch ist hier nicht an eine unerbittliche Strenge im Sinne von Verboten und Strafen, sondern an die Etablierung einer klaren Haltung, die sich für entsprechende Auseinandersetzungen anbietet, zu denken. Strenge scheint gerade in Fragen des Umganges mit Drogen zu einem

## Die Verwendbarkeit der „Objekte“ – ein Exkurs zu einigen Überlegungen Winnicotts

Donald W. Winnicott ist als Vertreter der unabhängigen „Middle-Group“ der britischen psychoanalytischen Gesellschaft ein bedeutsamer Wegbereiter der Kinderpsychotherapie und erarbeitete eine unabhängig von der Kleinianischen Objektbeziehungstheorie stehende „Objektbeziehungstheorie“. Ohne weiter auf die genaue Theorieentwicklung einzugehen, ist es bedeutsam, dass er eine „Brücke zwischen psychischer und äußerer Realität“ gebaut hat und dadurch der Frage nach der Verbindung zwischen einer inneren Realität und der Konstituierung einer äußeren Objektwelt nachgegangen ist. Diese umfangreichen Überlegungen können passend in seiner Aussage zusammengefasst werden: „There's no such thing as a baby!“ Ein Baby ist immer nur im Zusammenhang mit seiner sozialen Bezugsperson zu denken und beide stehen in einem bedeutsamen Austauschprozess miteinander. Hier ist es von kardinaler Bedeutung, dass sich die Bezugsperson für einen Austausch anbietet. Voraussetzung dafür ist, dass sich das „Objekt“ (also die soziale Bezugsperson) als „verwendbar“ anbietet und die Fähigkeit besitzt, die „Destruktivität des Babys“ (wie es Winnicott hier in seinem Theoriezusammenhang nennt) zu überleben (Winnicott, 1974, S. 101 ff.). Das bedeutet in aller Kürze, dass soziale Bezugspersonen die Fähigkeit haben müssen, die elterliche Position zu verkörpern. Durch diese Haltung gelingt es dem Baby, aber auch den Kindern und Jugendlichen in ihrer weiteren Entwicklung, verlässliche Grenzen in ihre „Omnipotenzvorstellungen“ einzuführen und dadurch den Weg in eine verlässliche und vertrauenswürdige äußere Welt zu bahnen. Können die sozialen Bezugspersonen diese Grenze nicht halten, so kann das „unbewusste Omnipotenzgefühl“ nicht neutralisiert werden. In der Folge dieses Prozesses erleben sich Kinder, Jugendliche, aber auch Erwachsene als verloren und Grenzen in der sozialen Umwelt werden als narzisstische Kränkungen erlebt. In diesem Zusammenhang wies Krystal (1978) darauf hin, dass sich suchtkranke Patient\*innen verhalten würden, als seien Alkohol und Drogen für ihr Überleben unverzichtbar. Die Substanzen würden in solchen Fällen eine Elternfunktion übernehmen, da ein Vertrauen auf die „Objekte“ der Außenwelt fehlen würde. Damit verweise dieser Prozess auch auf die Unfähigkeit der Suchtkranken, eine Funktion so introjizieren zu können, dass diese als eigene erlebt werde.

Voigtel (2023, S. 973 ff.) fasst in seinem Überblicksartikel zusammen, dass dieser Ansatz, der durch die Arbeiten von Kohut, Balint, Bowlby und Fairbairn erweitert und differenziert wurde, durch die neueren selbst-

psychologischen, intersubjektiven und bindungstheoretischen Überlegungen heute fortgesetzt worden sind. Neure Forschungen von Stern, so schreibt er weiter, betonen die stufenweise Bildung des Selbst beim Kleinkind in Abhängigkeit von den Interaktionen mit seiner Bezugsperson. Fonagy und seine Forschungsgruppe entwickelten ein Mentalisierungskonzept, in dem die hohe Bedeutung der empathischen Spiegelung, die Relativierung und Begrenzung der affektiven Reaktionen von Kindern durch die „frühen Objekte“ von herausragender Bedeutung sind. Burian (1994) stellt dann fest, dass bei einem Fehlen dieser Fähigkeiten „die lebenserhaltenden Funktionen und ihre affektiven Begleiter als außerhalb des Selbst erlebt“ werden. So können dann Drogen die Eigenschaft der Funktionen, die benötigt, aber nie angeboten worden sind, erhalten. In der Folge gelingt es in der adoleszenten Entwicklung nicht, eine Fähigkeit zur Trauer um den Verlust der elterlichen „Objekte“ auszubilden (angeschoben durch die Separationstendenzen der Kinder/Jugendlichen von den Eltern). Die Ablösung könne in diesen Fällen nur gelingen, wenn die Jugendlichen ein äußeres Hilfsmittel finden würden, das durch seine affektverbessernde Wirkung und die projektive Aufladung mit Eigenschaften eines hilfreichen Objektes zumindest zeitweise ausgestattet werden könne – was Drogen anbieten.

Bedeutsam für die Frage, wie es Jugendlichen gelingen könne, mit dem leicht verfügbaren Drogenangebot passend – und verneinend – umzugehen, scheint der Ansatz von Winnicott hilfreich. Eltern, aber auch Personen der sozialen Umwelt von Jugendlichen, müssen sich als „verwendbar“ anbieten und auch so erlebt werden können. Winnicott formuliert das in seinem Satz, dass der Übergang des Kindes ins Erwachsenenalter über „die Leiche eines Erwachsenen“ vollzogen werde (1974; S. 163). Diese drastisch erscheinenden Worte zielen darauf ab, wie die sich verändernden Abwehrstrukturen im Zusammenhang mit der adoleszenten Entwicklung eine besondere Haltung der sozialen Umwelt herausfordern. Ablösung kann nur durch Distanzierung gelingen, was die Fähigkeit der sozialen Bezugspersonen, allein gelassen werden zu können, herausfordert. Winnicott schreibt, dass das Beste, was Eltern (und hier sind stellvertretend alle Akteur\*innen der sozialen Umwelt gemeint) tun können, sei, zu „überleben, selbst unverletzt zu bleiben, nicht ihre Einstellung zu verändern und keine wichtigen Prinzipien aufzugeben“ (a. a. o. S. 164).

Bumerangeffekt zu führen – Verbote scheinen wie Herausforderungen erlebt zu werden. Die besorgten Warnungen, dass Jugendliche ihre Gesundheit durch den Konsum von Cannabis gefährden könnten, scheinen das hervorzurufen, was verhindert werden sollte. Bedeutsam scheint hier eine realistische Aufklärung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen über die Folgen des Cannabiskonsums, besonders im Bezug zur adoleszenten Gehirnentwicklung, zu sein. Aber auch die weitergehende Frage, welche innere Konfliktlage mithilfe von Cannabiskonsum verplombt oder welches entwicklungsbedingte Defizit substituiert werden soll, muss hier passend berücksichtigt und beantwortet werden. So scheint es in einem ersten Schritt hilfreich zu sein, den Drogenkonsum zu bemerken und zu thematisieren. Auch den Druck der Peergroup wahrzunehmen und zu problematisieren, scheint ein bedeutsamer Schritt zu sein, um eine elterliche Orien-

tierung und damit ein Signal der Bindung anzubieten. Auch in schulischen oder sozialen Zusammenhängen scheint eine eindeutige, von allen Beteiligten geteilte Haltung von hoher Bedeutung zu sein, in der eine Problematisierung und Aufklärung stattfinden kann. Eine verstehende Haltung der erwachsenen Umwelt ist hier ein bedeutsamer protektiver Faktor.

Das heißt aus meiner Sicht, dass dieses neue Gesetz, das auch die Stärkung der Präventionsmaßnahmen (die schon seit Jahrzehnten existieren) in den Blick genommen hat, eine Chance anbietet, insbesondere die Zuständigkeit der Eltern, aber auch von Lehrer\*innen, Psychotherapeut\*innen und anderen Akteur\*innen, die die jugendlichen Entwicklungen begleiten, in ihren Positionen zu stärken. Insbesondere die Verantwortung der Eltern durch Präventionsmaßnahmen zu stärken, scheint mir eine in der aktuellen Diskussion wenig

beachtete, aber bedeutsame Frage zu sein. Hier kann nur sehr begrenzt auf die Angebote z. B. des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (Online-Kurs „Cannabis und Schule: wissen, verstehen, handeln“) oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („Cannabisprävention.de“) hingewiesen werden.

Bedeutsam scheint mir noch ein weiterer Faktor zu sein, der als „Vereinsamung“ derzeit hohe Beachtung findet – und durch die Pandemie noch verstärkt worden ist. Gerade das Gefühl des Verlustes von Bindungen, was gerade in der Zeit der Transition von großer Bedeutung ist, kann die Entstehung von inneren Konfliktlagen stark beschleunigen und die Vulnerabilität erhöhen, Cannabis als Substitut für eine fehlende innere, aber auch äußere Möglichkeit der Beruhigung in sicher erlebten Bindungen zu verwenden. Hier Eltern so zu stärken, dass sie in einem verständigen und passenden Auseinandersetzungsprozess mit ihren jugendlichen Kindern bestehen können – hier wird oft von „Umstellungsfähigkeit“ gesprochen – scheint mir ein bedeutsamer präventiver Faktor zu sein.

Als letztes in dieser übersichtsartigen Zusammenstellung von Überlegungen finde ich es bedauerlich, dass die Idee eines kontrollierten und damit auch sachkundig-beratenden Verkaufes von Cannabis in entsprechenden Läden an junge Erwachsene (also über 18 Jahre), verworfen wurde. Hier scheint mir eine passende Präventionsmaßnahme gerade für diese Gruppe verschenkt worden zu sein. Hinzu kommt, dass sich der Start der „Cannabis Clubs“ schwierig und verzögert gestaltet, wodurch hier die Befürchtung naheliegt, dass das dort angebotene Cannabis durch seinen hohen Preis das erhoffte Eindämmen des illegalen Marktes nicht ermöglichen wird.

## Literatur

- Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung. „Online-Kurs „Cannabis und Schule: wissen, verstehen, handeln“. Verfügbar unter: [www.zpg-bayern.de/online-kurs-cannabis-und-schule-wissen-verstehen-handeln.html](http://www.zpg-bayern.de/online-kurs-cannabis-und-schule-wissen-verstehen-handeln.html) [06.10.2024].
- Bundeskriminalamt (2024). Bundeslagebild Rauschgift 2023, Stand 26.06.2024. In Polizei Dein Partner – Bezirk Bundespolizei/Zoll, 5 ff.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Cannabisprävention. Verfügbar unter: [www.cannabispraevention.de/](http://www.cannabispraevention.de/) [06.10.2024].
- Burian, W. (1994). Die Rituale der Enttäuschung, die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. In R. Voigtel (2023), Psychoanalytische Konzeption der Sucht im Wandel. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 77 (11), 953–980.
- Bundesverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen (2023). Gemeinsame Stellungnahme zum Cannabisgesetz. Verfügbar unter: [www.bvjk.de/politik-und-presse/nachrichten/335-2023-10-20-stellungnahme-des-bvjk-zum-cannabis-gesetz](http://www.bvjk.de/politik-und-presse/nachrichten/335-2023-10-20-stellungnahme-des-bvjk-zum-cannabis-gesetz) [09.08.2024].
- Krystal, H. (1978). Self representation and the capacity for self care. Annual of Psychoanalysis 6, 200–246. In M. Oliner (2015). Weitere Untersuchungen über Winnicotts Konzept der „Objektverwendung“. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 69, 1033–1045.
- Thomasius, R. (2023). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. In Stiftung Kindergesundheit (2023), Kindergesundheitsbericht, Fokus Jugendliche in Deutschland, 52–61.
- Thomasius, R. (2023). Interview, veröffentlicht auf der AOK-Seite „Presse und Politik“ am 10.09.2023. Verfügbar unter: [www.aok.de/pp/gg/praevention/cannabislegalisierung/](http://www.aok.de/pp/gg/praevention/cannabislegalisierung/) [09.08.2024].
- Voigtel, R. (2023). Psychoanalytische Konzeptionen der Sucht im Wandel. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 77 (11), 953–980.
- Winnicott, D. W. (1974). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.



**Carsten Caesar**

Wegener Str. 17  
10713 Berlin

Dipl.-Psych. Carsten Caesar ist als Psychologischer Psychotherapeut und analytischer Kinder-Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis in Berlin tätig. Er ist Mitglied in der DGPT, DGAP, Lehranalytiker, Supervisor und Dozent am Institut für Psychotherapie Berlin.

# Die Pathologie des Zeitgeistes und ihre kollektiven Fehlhaltungen

Eine Annäherung aus Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankls

Anna Kalender & Eric Pfeifer

**Zusammenfassung:** Das Modell der „Pathologie des Zeitgeistes“ (PdZ), das 1955 vom Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie (EALT), Viktor E. Frankl, beschrieben wurde, umfasst vier kollektive Fehlhaltungen (*provisorische Daseinshaltung, fatalistische Lebenseinstellung, Kollektivismus, Fanatismus*), denen die Scheu vor Verantwortung und die Flucht vor Freiheit gemeinsam ist. Nachfolgende Vertreter\*innen der EALT ergänzten das Modell später um die *Cyberpathologie* und die *übertriebene Anspruchshaltung*. Wenngleich diese Fehlhaltungen keine psychischen Störungen an sich darstellen, können sie mit aktuellen Krisen unserer Zeit (z. B. Krieg) in Verbindung gebracht werden. Neben einer detaillierten Auseinandersetzung mit der PdZ bietet der vorliegende Beitrag Ansätze aus der EALT und weiteren Psychotherapieverfahren zur Prävention und Modulation dieser Fehlhaltungen. Die Psychotherapeut\*innenschaft kann wertvolle Beiträge zur „Eindämmung“ der PdZ auf unterschiedlichsten Ebenen (z. B. Gesellschaft, Politik) leisten.

## Einleitung: Grundlagen der Existenzanalyse und Logotherapie (EALT)

Die Existenzanalyse und Logotherapie (EALT), die auch als „Dritte Wiener Schule der Psychotherapie“ bezeichnet wird, wurde im 20. Jahrhundert von dem jüdischen Psychiater, Neurologen und Philosophen Viktor Emil Frankl begründet. Es handelt sich um eine sinnzentrierte Form der Psychotherapie, die traditionell den humanistischen Psychotherapieverfahren zugeordnet wird<sup>1</sup>. Dabei geht die EALT von einem dreidimensionalen Menschenbild aus, welches auf drei Grundannahmen basiert. Das Menschenbild der EALT – auch dimensionale Anthropologie oder Dimensionalontologie (Frankl, 2014; Pfeifer, 2021a)<sup>2</sup> genannt – versteht menschliches Sein als dreidimensionales Sein, welches neben der somatischen und der psychischen die sogenannte noetische/geistige Dimension umfasst. In der EALT werden der noetischen/geistigen Dimension genuin humane Phänomene, wie beispielsweise die Sehnsucht nach einem sinnerfüllten Leben, Wertvorstellungen, Kreativität, Humor, Liebe, Spiritualität und ethisches Empfinden, zugeordnet.

Zwei der drei Grundannahmen der EALT, nämlich die Freiheit des Willens und der Wille zum Sinn (der Sinn im Leben wäre als drittes Axiom anzuführen), resultieren direkt aus diesem Menschenbild, insbesondere aus dem Konzept der den Menschen an sich ausmachenden geistigen Dimension. Dabei leugnet die EALT keineswegs das Vorhandensein gewisser „Abhängigkeiten“ von Bedingungen im körperlichen, psychischen und auch sozialen Bereich, sondern geht vielmehr von einer „Autonomie trotz Dependenz“ (Frankl, 2014) aus: Zwar

hat der Mensch keine Wahlfreiheit in Bezug auf seine genetische Veranlagung, angeborenen Temperamentsmerkmale oder sozialen Kontexte, in die er hineingeboren wird – und folglich auch keine Verantwortung für deren Vorhandensein oder Ausgestaltung –, doch die geistige Dimension eröffnet einen Gestaltungsspielraum, innerhalb dessen eine freie Entscheidung für den Umgang mit körperlichen, psychischen oder sozialen Zu- und Umständen möglich ist. Dieses geistige Potenzial umfasst die aus psychotherapeutischer Perspektive höchst bedeutsame Fähigkeit zur „Selbstdistanzierung“ (Frankl, 2007): Kraft seiner geistigen Dimension – beispielsweise mithilfe von Humor – kann der Mensch innerlich ein Stück von sich selbst abrücken und, wenn notwendig, auch in innere Opposition zu vorhandenen oder erlebten Zuständen und Determinanten gehen. Dieses Potenzial bezeichnete Frankl (2008) als „Trotzmacht des Geistes“. Zum geistigen Potenzial des Menschen gehört außerdem seine Fähigkeit zur „Selbsttranszendenz“, die von Frankl (2014) folgendermaßen definiert wurde:

*„Darunter verstehe ich den grundlegenden anthropologischen Tatbestand, dass Menschsein immer über sich selbst hinaus auf etwas verweist, das nicht wieder es selbst ist, – auf etwas oder auf jemanden: auf einen Sinn, den da ein Mensch erfüllt, oder auf mitmenschliches Sein, dem er da begegnet“ (S. 213).*

<sup>1</sup> Trotz großer Übereinstimmungen weichen EALT und existenzielle Psychotherapie in einzelnen Aspekten von der humanistischen Grundorientierung ab. Für eine nähere Ausführung wird auf Lukas (2014), Längle und Kriz (2012) und Pfeifer (2021b) verwiesen.

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

Die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz hängt eng mit der zweiten Grundannahme der EALT – dem Willen zum Sinn – zusammen. Dieser bezieht sich auf die Sehnsucht nach einem sinnerfüllten Leben. In der EALT wird „Sinn“ als die jeweils verwirklichungswürdigste Option in einer Situation verstanden. Sinn ist insofern subjektiv und dynamisch, als er von Person zu Person und von Situation zu Situation unterschiedlich ist, wird jedoch auch als „transsubjektiv“ angesehen, weil er im Verständnis der EALT keineswegs der persönlichen Willkür unterliegt (Frankl, 2014). Sinnerfüllung kann der Mensch auf vielerlei Arten erleben und realisieren. Frankl (2023) benannte drei Hauptwege, entlang derer es dem Menschen möglich ist, Sinn im Leben zu verwirklichen: durch aktive Handlungen (Verwirklichung von schöpferischen Werten), durch die bewusste Wahrnehmung und Wertschätzung von als schön und wertvoll Empfundener (Verwirklichung von Erlebniswerten) und durch eine sinnorientierte Einstellung und Haltung in Bezug auf Leid und auf unabänderliche Tatsachen bzw. unwiderstehliche Schicksalsschläge – vor allem, wenn diese negativ oder schmerzhaft sind (Verwirklichung von Einstellungswerten)<sup>3</sup>. Die Überzeugung, dass das Leben potenziell in jeder Situation die Möglichkeit zur Sinnfindung bereithält und somit bedingungslos Sinn hat, bildet sich im dritten Axiom der EALT ab (Sinn des Lebens).

Die Sehnsucht nach einem sinnerfüllten Leben wird in der EALT als ein fundamentales Wesensmerkmal des Menschen betrachtet und motiviert den (psychisch gesunden und reifen) Menschen normalerweise zu einer sinn- und werteorientierten Ausrichtung des eigenen Lebens und Handelns. Dies ist sowohl für die Psychotherapie als auch für die Prävention psychischer Störungen und das gelungene Zusammenleben in einer Gesellschaft von hoher Bedeutung, denn ein fehlender Sinnbezug kann auf individueller wie auch auf kollektiver, gesellschaftlicher Ebene zu großem Leid führen. Auf individueller Ebene kann das Scheitern bei der Sinnsuche oder das Zerbröckeln eines Wertesystems insbesondere Gefühle der Orientierungslosigkeit, inneren Leere und Sinnlosigkeit nach sich ziehen. Dieses Phänomen, das Frankl im 20. Jahrhundert zunehmend beobachtete, bezeichnete er als „existentielles Vakuum“ (Frankl, 2014, S. 22). Es geht häufig mit psychischen Entgleisungen wie beispielsweise erhöhter Neigung zu Depressionen, Suchtgefahr und Gewaltbereitschaft einher (Frankl, 2007) und kann dadurch auch auf kollektiver Ebene dramatische Auswirkungen haben.

## Herausforderungen unserer Zeit – globale Krisen und Zukunftsängste

Insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen der westlichen Gesellschaft kann laut einer aktuellen repräsentativen Studie ein „bröckelnder Zukunftsoptimismus“ beobachtet werden (Hurrelmann et al., 2024). Kinder und junge Menschen fühlen sich mit Blick auf Klimawandel und den damit einhergehenden Folgen für die Zukunft ängstlich, hoffnungslos, wütend, schuldig und traurig. Diese Gefühle wür-

den sie auf negative Art und Weise auch in ihrem täglichen Leben und „Funktionieren“ beeinflussen – so die Ergebnisse einer globalen Studie (Hickman et al., 2021). Darüber hinaus lösen die wirtschaftlichen Schwankungen, die Gefahr einer größeren kriegerischen Auseinandersetzung, überteuerter Wohnraum, die Spaltung der Gesellschaft in Bezug auf viele Meinungen und die steigenden Zahlen bei der Zuwanderung von Geflüchteten Angst und Sorgen insbesondere in dieser Altersgruppe aus. Im Bereich der psychischen Belastung, die unter anderem durch das Erleben von Stress, Erschöpfung und Hilflosigkeit festgestellt wurde, konnte in den vergangenen drei Jahren eine deutliche Zunahme beobachtet werden (Hurrelmann et al., 2024). Zukunftsängste und pessimistische Erwartungen an persönliche oder gesamtgesellschaftliche Entwicklungen betreffen in der westlichen Gesellschaft auch Personen des mittleren und höheren Erwachsenenalters (Moosbrugger & Prandner, 2022). Ein Anstieg an Zukunftspessimismus konnte insbesondere zu Beginn der COVID-Pandemie verzeichnet werden (Prandner et al., 2020); das Gefühl der Angst steht jedoch schon seit Beginn des 21. Jahrhunderts im Zentrum vieler soziologischer Zeit- und Gesellschaftsdiagnosen (Martin & Eckert, 2021).

Während psychische Erkrankungen bereits vor Ausbruch der COVID-Pandemie zu den am meisten verbreiteten und kostenintensivsten Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts zählten (Bühning, 2018), geht aus einem Bericht über mentale Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2022 hervor, dass die Pandemie und die zu ihrer Bekämpfung beschlossenen Maßnahmen, nochmals zu einem Anstieg einiger psychischer Störungen wie Depressionen und Ängsten führten. Schon vor der COVID-Pandemie stand die zunehmende psychische Not in Europa verschiedenen wirtschaftlichen, ökologischen und humanitären globalen Krisen gegenüber (van Laak, 2018). Eine weitere Herausforderung innerhalb Europas besteht im weitgehenden Verlust einer gemeinsamen Wertegrundlage (wie des christlichen Wertefundaments) und in einer damit einhergehenden „neuen Fragmentierung“ (Prisching, 2022). Die damit verbundene gesellschaftliche Herausforderung bezieht sich auf den Übergang von einer „vertikalen Gesellschaft“, in der handlungsleitende Prinzipien insbesondere aus der Religion abgeleitet oder von Autoritätspersonen gelehrt wurden, zu einer „horizontalen Gesellschaft“ (Fabry, 1988). Dieser Übergang ist Fabry (1988) zufolge – nicht zuletzt durch medizinische und technologische Innovationen – von einem enormen Zuwachs an Freiheit begleitet. Wenngleich Freiheit in westlichen Demokratien einen hohen Wert darstellt, kann der durch ein hohes Ausmaß an Freiheit entstehende Multioptionalismus zu einer großen Orientierungslosigkeit führen. Diese Orientierungslosigkeit kann auch auf gesellschaftlicher Ebene dramatische Auswirkungen haben, wenn kein sinnvoller Umgang mit der eigenen Freiheit gefunden wird:

<sup>3</sup> Für eine detaillierte Ausführung wird auf Pfeifer (2021a) verwiesen.

„Im Gegensatz zum Tier sagen dem Menschen keine Instinkte, was er muss; und dem Menschen von heute sagen keine Traditionen mehr, was er soll; und oft scheint er nicht mehr zu wissen, was er eigentlich will. Nur umso mehr ist er darauf aus, entweder nur das zu wollen, was die anderen tun, oder nur das zu tun, was die anderen wollen. In ersterem Falle haben wir es mit Konformismus zu tun, im letzteren mit Totalitarismus“ (Frankl, 2015, S. 16).

## Das Modell der Pathologie des Zeitgeistes (PdZ)

Die Gefahr der zuvor beschriebenen Entwicklung liegt Frankl zufolge darin, dass sie Phänomene begünstigt, die oftmals den Nährboden für Krisen und Störungen auf individueller oder kollektiver Ebene darstellen. Bereits in den 1950er-Jahren entwickelte er ein Modell der „Pathologie des Zeitgeistes“ (PdZ), innerhalb dessen er vier Symptome einer „kollektiven Neurose“ beschrieb, die auf individueller Ebene die „Psychopathiegefahr“ und auf gesellschaftlicher Ebene die „Kriegsgefahr“ begünstigen (Frankl, 1955). Unter dem Begriff der kollektiven Neurose, bei der es sich weniger um eine psychische Störung im klinischen Sinne als vielmehr um weitverbreitete gesellschaftliche Haltungen – oder besser: Fehlhaltungen (Batthyány & Lukas, 2020) – handelt, fasste Frankl (1955) vier Zeitgeisterscheinungen zusammen, die trotz ihrer unterschiedlichen Ausformung zwei gemeinsame Elemente aufweisen: die „Flucht vor der Freiheit“ und die „Scheu vor der eigenen Verantwortung“ (Frankl, 2023).

Freiheit und Verantwortung stellen in der EALT zentrale Aspekte dar, die eng miteinander verflochten sind: „Freisein ist der negative Aspekt eines Phänomens, dessen positiver Aspekt Verantwortlichsein heißt. Freiheit schlägt in Willkür um, wenn sie nicht im Sinne von Verantwortlichkeit gelebt wird“ (Frankl, 2016, S. 136). Wie bereits dargelegt wurde, müssen die Mitglieder einer modernen bzw. „horizontalen“ Gesellschaft die Verantwortung – die in früheren bzw. „vertikalen“ Gesellschaften, welche noch im stärkeren Maße einer (religiösen) Tradition verbunden waren, gegenüber einer höheren Instanz wahrgenommen wurde – zunächst als Wesensmerkmal des Menschseins erkennen und anschließend eine Instanz finden, die ihnen „sagt“, wofür sie verantwortlich sind (Fabry, 1988). In der EALT ist diese Instanz das (von der Transzendenz durchtönte) Gewissen. Bezeichnenderweise versteht Frankl (2014) das Gewissen als das „Sinn-Organ“ des Menschen, welches den Menschen dazu befähigt, „intuitiv den einmaligen und einzigartigen Sinn, der in jeder Situation verborgen ist, aufzuspüren“ (S. 87).

Das Nicht-Erkennen oder Ignorieren der eigenen Verantwortlichkeit bedeutet eine große Gefahr für alle Beteiligten:

Denn auch wenn die kollektive Neurose keine psychische Störung an sich darstellt, kann sie eine überhöhte Egozentrierung, ein übermäßiges Streben nach Lustgefühlen und Ausagieren der eigenen Gefühle, eine Schwächung der ethischen Einsicht und eine überhöhte Risikobereitschaft begünstigen. Einerseits kann eine kollektive Fehlhaltung somit die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen, andererseits zieht die weite Verbreitung der kollektiven Fehlhaltungen eine erhöhte Gefahr für Krieg und Gewaltakte nach sich: „Sofern man von der eben gekennzeichneten Pathologie des Zeitgeistes als von einer psychischen Epidemie sprechen darf, darf eines nicht vergessen werden: Somatische Epidemien sind typische Kriegsfolgen, psychische Epidemien jedoch gleichzeitig mögliche Kriegsursachen“ (Frankl, 2023, S. 42).

## Die vier kollektiven Fehlhaltungen der Pathologie des Zeitgeists (PdZ)

Zu den vier Symptomen der kollektiven Neurose, die Frankl (1955, 2008) im Zusammenhang mit der PdZ beschrieb, gehören die *provisorische Daseinshaltung*, die *fatalistische Le-*

### — Zu den vier Fehlhaltungen einer Pathologie des Zeitgeists gehören nach Frankl die *provisorische Daseinshaltung*, die *fatalistische Lebenseinstellung*, das *kollektivistische Denken* und der *Fanatismus*. —

*benseinstellung*, das *kollektivistische Denken* und der *Fanatismus*. Die *provisorische Daseinshaltung* kann beschrieben werden als eine an der Lust des Augenblicks orientierte Haltung, die dazu verleitet, in den Tag hineinzuleben ohne Rücksicht auf oder Gedanken an spätere Folgen für sich selbst oder die Mitmenschen. Durch diese Haltung wird nicht nur ein zielbewusstes, sondern auch ein verantwortungsbewusstes Leben verunmöglicht; frei nach dem Motto „Nach mir die Sintflut“ bzw. dem Credo: „Der Mensch [...] ist gewöhnt, in den Tag hinein zu leben“ (Frankl, 2007, S. 158). Zentral ist hierbei eigentlich die Angst vor der Zukunft und der damit verbundenen Bedrohung. Der betroffene Mensch sieht keine Notwendigkeit mehr, das eigene Leben zu planen, da „ja die Atombombe kommt und dann doch ohnehin alles sinnlos ist“ (Frankl, 2015, S. 43).

Im Gegensatz dazu ist die *fatalistische Lebenseinstellung* durch einen übermäßigen Glauben an externe Mächte gekennzeichnet, der mit einem fehlenden Bewusstsein der eigenen Mitgestaltungsmöglichkeit und entsprechend auch der eigenen Verantwortung einhergeht. Als ein solches übermächtiges Schicksal kann eine politische Macht ebenso angesehen werden wie eine Verschwörungsmacht, der der Mensch hilflos ausgeliefert sei. Insbesondere in Industrienationen tritt die *fatalistische Daseinshaltung* jedoch auch in Form

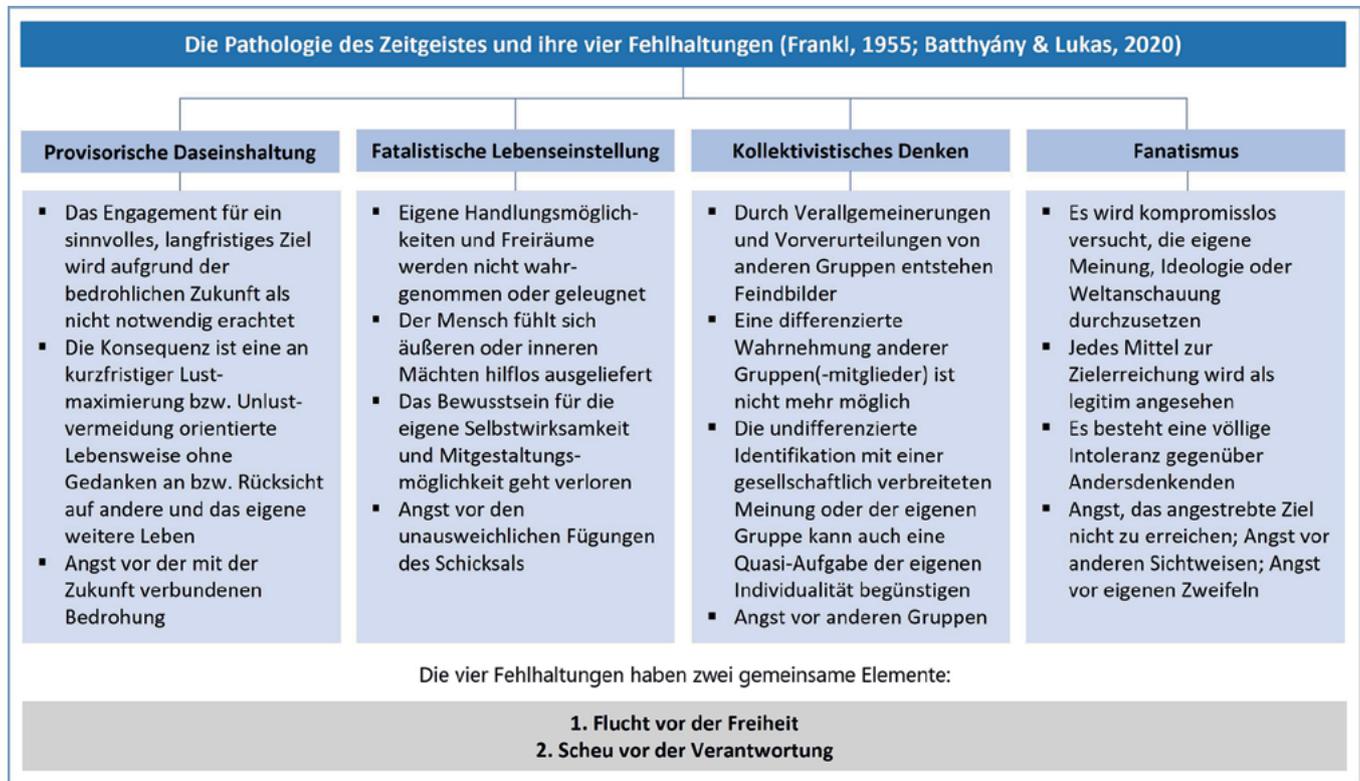


Abbildung: Das Modell der Pathologie des Zeitgeists nach Frankl (1955)

eines psychologisch und (pseudo-)neurowissenschaftlich untermauerten Fatalismus auf, d. h. der Überzeugung, aufgrund der eigenen Gehirnaktivitäten, Triebhaftigkeit, Persönlichkeitsstruktur oder lebensgeschichtlichen Erfahrungen keine Wahlfreiheit zu haben. Der fatalistisch eingestellte Mensch „ist besessen von einem Aberglauben an die verschiedensten Schicksalsmächte“ (Frankl, 2007, S. 159). Während der provisorisch eingestellte Mensch keine Notwendigkeit sieht, zu handeln, werden im Falle einer *fatalistischen Lebenseinstellung* gar keine Handlungsmöglichkeiten wahrgenommen (Frankl, 2015). Die Angst vor den unausweichlichen Fügungen des Schicksals ist grundlegendes Kriterium (Batthyány & Lukas, 2020).

Das *kollektivistische Denken* wiederum ist charakterisiert durch Verallgemeinerungen, Pauschalierungen und Vorverurteilungen von anderen Gruppen und deren Mitgliedern, was häufig mit dem Aufbau eines Feindbildes einhergeht. Diese Verallgemeinerungen werden oftmals von anderen übernommen und stehen einer eigenen und differenzierten Meinungsbildung im Weg. Die Fehlhaltung des *kollektivistischen Denkens* kann sich auch in einer „Entpersönlichung“ der eigenen Person manifestieren – nämlich dann, wenn die eigene Individualität quasi aufgegeben wird, indem man sich mit einer bestimmten Gruppe und deren Eigenschaften und Zielen völlig identifiziert und solcherart gedanklich mit dieser geradezu verschmilzt. „Der Mensch von heute möchte in der Masse aufgehen; in Wirklichkeit geht er in ihr unter, gibt er sich auf, nämlich als freies und verantwortliches Wesen“ (Frankl, 2007, S. 159). *Kollektivistisches*

*Denken* wird geschürt von einer Angst vor anderen Gruppen bzw. vor jenen, „die gegen das eigene Kollektiv einstehen, weil sie andere Ideale oder Identifikationsmerkmale (in der Regel die eigenen) höher schätzen“ (Batthyány & Lukas, 2020, S. 26).

Das *kollektivistische Denken* kann im Extremfall in die vierte kollektive Fehlhaltung münden: den *Fanatismus*, die Intoleranz gegenüber Andersdenkenden. Es handelt sich dabei um ein rigoroses Eintreten für die eigene Sichtweise, die es kompromisslos durchzusetzen gilt. In Wirklichkeit, so Frankl (2023), hat der fanatisch eingestellte Mensch jedoch oftmals keine eigene Meinung, sondern vielmehr die der Öffentlichkeit „übernommen“, sodass die Öffentlichkeit eigentlich ihn „hat“ (Frankl, 2007). Die Erreichung eines vom Fanatiker (nahezu) als „heilig“ erachteten Zieles rechtfertigt für ihn den Einsatz jedes Mittels. Typische Erscheinungsformen oder Folgen von Überzeugungen, die in einer fanatischen Weise vertreten werden, sind beispielsweise jegliche Ideologien, Extremismus, Terrorismus und auch politischer oder religiöser Fanatismus. In Bezug auf den *Fanatismus* ist die Angst, das fanatisch angestrebte Ziel nicht zu erreichen, grundlegend; es können jedoch auch Angst vor anderen Deutungen der Welt oder bestimmter Weltzusammenhänge bzw. die Angst vor eigenen Zweifeln hinter dem *Fanatismus* stehen (Batthyány & Lukas, 2020).

Die Pathologie des Zeitgeistes kann sich folglich in verschiedenen Haltungen manifestieren, die keine psychischen Störungen im klinischen Sinn darstellen. Betrachtet man die vier

Symptome im jeweiligen Kontext ihres Auftretens, können in Ansätzen sogar adaptive Aspekte ausgemacht werden. So ist es gerade angesichts großer globaler Herausforderungen wichtig, dass Menschen aktiv werden und sich engagiert und ausdauernd für Problemlösungen einsetzen (vgl. *Fanatismus*). Generalisierungen wie im Falle des *kollektivistischen Denkens* sind mitunter hilfreich, um sich in einer immer komplexeren Welt zurechtzufinden und dem in westlichen Industrienationen verbreiteten Individualismus entgegenzuwirken. Die Bereitschaft bzw. Fähigkeit, unänderliche Gegebenheiten hinnehmen und akzeptieren zu können (vgl. *fatalistische Lebenseinstellung*) ist aus psychohygienischer Perspektive unabdingbar – ebenso wie die Fähigkeit, den gegenwärtigen Moment wahrzunehmen und zu nutzen (vgl. *provisorische Daseinshaltung*). Erst durch den Grad der Ausprägung und Verbreitung, wenn Freiheit und Verantwortung in ein deutliches Ungleichgewicht geraten, Entscheidungen nicht mehr sinn- und werteorientiert getroffen oder für die Erreichung eines (scheinbar) sinnvollen Zieles sinnwidrige Mittel eingesetzt werden, werden diese Haltungen und Einstellungen zu einer Gefahr für Individuum und Gesellschaft.

## Logotherapeutische Prophylaxe, Anregungen und Ansätze in Bezug auf die Pathologie des Zeitgeistes (PdZ)

Es kann nicht alleinige Aufgabe der Psychotherapie oder Psychotherapeut\*innenschaft sein, sich den mit der PdZ eingehenden Symptomen, Gefahren und Herausforderungen zuzuwenden. Allerdings lassen sich aus der EALT verschiedene Ansätze zur Prävention und Behandlung der oben dargestellten kollektiven Fehlhaltungen ableiten, die sich über die EALT hinausgehend und „verfahrenübergreifend“ implementieren und anwenden lassen. Bei all den beschriebenen Symptomen spielen die Bewusstmachung der eigenen Freiheit und die Stärkung des persönlichen Verantwortungsbewusstseins eine wichtige Rolle, allerdings können aus der EALT noch zusätzliche und spezifische Ansätze für die Eindämmung der kollektiven Fehlhaltungen abgeleitet werden.

Aus psychotherapeutischer und psychohygienischer Perspektive sind in Bezug auf die *provisorische Daseinshaltung* zwei Schwerpunkte zentral: die Bewusstmachung der Folgen des eigenen Handelns und die Stärkung einer Sinn- und Aufgabenorientierung. Die primäre Orientierung an kurzfristiger Lustmaximierung und Unlustvermeidung, die sich in dem für diese Fehlhaltung kennzeichnenden Motto „Hauptsache, heute gehts mir gut!“ ausdrückt, erfordert zunächst die Stärkung des Bewusstseins für die Konsequenzen der eigenen Handlungen. Eine stark ausgeprägte Orientierung an der kurzfristigen Lustmaximierung bzw. Unlustvermeidung mag zwar in der Gegenwart ein angenehmes Dasein ermöglichen, dies jedoch häufig auf Kosten anderer und des eigenen Lebens. Um langfristig ein erfülltes Leben entsprechend den eigenen Werten zu leben, ist eine stärkere Orientierung am

„Sinn des Augenblicks“ (der sich durchaus mit der „Lust des Augenblicks“ decken kann) zentral. Konkret geht es in der EALT darum, den „Aufgabencharakter des Lebens“ (Frankl, 1946, S. 68) begreifbar zu machen: „Leben heißt letztlich eben nichts anderes als Ver-Antwortung tragen für die rechte Beantwortung der Lebensfragen, für die Erfüllung der Aufgaben, die jedem Einzelnen das Leben stellt, für die Forderung der Stunde“ (Frankl, 1946, S. 125). Diese Aufgabe ist „grundsätzlich immer da und prinzipiell niemals unerfüllbar“ (Frankl, 2014, S. 105). Anstatt also die Bedrohungen der Zukunft als Argumente für eine hedonistische, *provisorische Daseinshaltung* heranzuziehen, sollen die mit diesen Bedrohungen verbundenen persönlichen Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten erkannt werden. Dieser Perspektivenwechsel, der in der EALT auch als „Einstellungsmodulation“ (Lukas, 2014, S. 103) bezeichnet wird, wird durch sokratisches Fragen ermöglicht; eine Gesprächsmethode mit „Entdeckungshilfecharakter“ (Batthyány & Lukas, 2020), die dabei helfen soll, das Potenzial der geistigen Dimension zu wecken, aufzuzeigen und therapeutisch fruchtbar zu machen (Lewis, 2016).

Während die *provisorische Daseinshaltung* von der Überzeugung geprägt ist, dass es nicht *notwendig* ist, sich für ein sinnvolles Ziel einzusetzen, steht bei der *fatalistischen Lebenseinstellung* die krisenträchtige Wahrnehmung im Vordergrund, dass dies gar nicht *möglich* ist. Das eigene Mitgestaltungspotenzial wird demnach *übersehen oder geleugnet*. Aus psychotherapeutischer und psychohygienischer Perspektive ist angesichts dieser „externalen Kontrollüberzeugung“ (Rotter, 1966) eine Stärkung der eigenen Selbstwirksamkeit von zentraler Bedeutung. Durch die Bewusstmachung des – neben zahlreichen schicksalhaften Bedingtheiten – stets auch vorhandenen Freiraums und den Appell an die verantwortungsvolle Nutzung der persönlichen Freiheit soll der Mensch erkennen, dass er nicht (nur) Opfer, sondern immer auch Mitgestalter seines Lebens ist. Das dreidimensionale Menschenbild der EALT kann herangezogen werden, um die Unbedingtheit menschlichen Seins zu verdeutlichen: Während es sehr wohl biologische, psychologische und soziologische Bedingtheiten gibt, hat der Mensch kraft seiner geistigen Dimension eine gewisse innere Freiheit, die es ihm ermöglicht, selbst zu entscheiden, wie er sich gegenüber diesen Bedingtheiten einstellt bzw. wie er mit diesen umgeht (Frankl, 2008). Da diese innere Freiheit für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung maßgeblich ist, ist sie im *psychotherapeutischen Credo* der EALT fest verankert (Frankl, 2014). Der Zugang zu diesem geistigen Potenzial kann insbesondere durch demenzielle oder psychotische Erkrankungen, aber auch durch Drogenkonsum, langfristig oder vorübergehend, blockiert sein, wodurch naturgemäß auch der psychotherapeutischen Behandlung Grenzen gesetzt sind. Doch während in solchen Fällen tatsächlich von einem Verlust bzw. einer weitgehenden Unverfügbarkeit der inneren Freiheit die Rede sein kann, handelt es sich bei der fatalistischen Lebenseinstellung nicht um einen tatsächlichen, sondern um einen *subjektiv wahrgenommenen* Mangel an persönlicher Entscheidungs- und Mitgestaltungsfähigkeit. Daher spielen das Bewusstmachen

des geistigen Potenzials bzw. die Unterstützung bei dessen Ausschöpfung in der Behandlung und Prävention der *fatalistischen Lebenseinstellung* eine zentrale Rolle.

Bei der Modulation bzw. der Prävention des *kollektivistischen Denkens* ergeben sich zwei (zusammenhängende) Schwerpunkte, je nachdem, ob sich die für diese Fehlhaltung charakteristische „Entpersönlichung“ ausschließlich auf andere oder auch auf die eigene Person bezieht. Wenn andere Personen – insbesondere jene, die als feindlich definierten Gruppen angehören – durch Verallgemeinerungen oder Vorverurteilungen „entpersönlicht“ werden, ist die Stärkung einer differenzierten Wahrnehmung zur Anerkennung der Individualität jedes Einzelnen besonders relevant. Damit Pauschalierungen nicht unreflektiert übernommen werden – zumal sich die Fehlhaltung des *kollektivistischen Denkens* auch darin äußern kann, dass der Mensch es vermeiden möchte aufzufallen und daher lieber in der Masse auf- bzw. untergeht, als die eigene Individualität und Persönlichkeit zum Ausdruck zu bringen – ist auch das Erkennen und die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und Meinung sowie der Mut, zu dieser zu stehen, von hoher Relevanz. Die Eindämmung des *kollektivistischen Denkens* ist gesellschaftlich gesehen von hoher Relevanz, denn diese Fehlhaltung verhindert das Entstehen echter Gemeinschaft: „Wahre Gemeinschaft ist wesentlich Gemeinschaft verantwortlicher Personen – bloße Masse aber nur Summe entpersönlichter Wesen“ (Frankl, 2014, S. 127). Die verfeinerte Wahrnehmung der Individualität jedes Menschen soll in die Erkenntnis münden, dass es bei aller Unterschiedlichkeit ein verbindendes Element gibt, und zwar das Menschsein. Der Glaube an die unverlierbare Würde jedes Menschen und an die *eine* Menschheit als eine Einheit, die über sämtliche Unterschiedlichkeiten und Differenzen wie etwa die Hautfarbe, die Nation oder die Konfession hinausgeht, spielt in der EALT eine zentrale Rolle. Frankl (2014) prägte hierfür den Begriff des „Monanthropismus“.

Schließlich ist, im Gegensatz zur *provisorischen Daseinshaltung*, die Ziel- und Aufgabenorientierung im Falle des *Fanatismus* zwar gegeben. Die Gefahr, die vom *Fanatismus* ausgeht, besteht jedoch in der unheilvollen Grundhaltung, dass das angestrebte Ziel, das durchaus als sinnvoll wahrgenommen werden kann, den Einsatz jeglicher Mittel zur Zielerreichung rechtfertigt. Die Angst vor dem Scheitern oder vor eigenen Zweifeln wird im Falle des *Fanatismus* durch einen umso stärkeren Einsatz für die jeweilige Meinung oder Ideologie *übertüncht* (Batthyány & Lukas, 2020). Aus psychotherapeutischer und präventiver Perspektive ist daher – neben der Verfeinerung der eigenen Gewissensstimme – die Entwicklung einer Haltung der Demut und Toleranz von hoher Bedeutung. Die „Logotheorie“ (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2017), als philosophische Grundlage der EALT, bietet hierzu hilfreiche Ansätze. Entgegen der verbreiteten Grundhaltung, dass der Zweck die Mittel heilige, vertritt die EALT klar den Standpunkt, „dass es auch Mittel gibt, die den heiligsten Zweck zu entweihen vermöchten“ (Frankl, 2023, S. 43). Im Rahmen psychotherapeutischer und prä-

ventiver Vorgehensweisen mit Fokus auf das Symptom des *Fanatismus* ist der Appell oder die Einbindung des Gewissens als dem Menschen gegebenes „Sinn-Organ“ (Frankl, 2014, S. 87) oder als innerer Kompass, der Menschen bei der Sinnfindung leiten soll (Lukas, 2014), grundlegender Baustein. Um einer fanatischen Zielverfolgung vorzubeugen bzw. um diese zu modulieren, ist aus Perspektive der EALT die Stärkung des Zugangs zur eigenen Gewissensstimme von hoher Relevanz. Dies kann sowohl durch die Öffnung zur Welt und das Einholen verschiedener Informationen als auch durch den Rückzug in die Stille gelingen. Natürlich ist der Mensch frei, seinem Gewissen zu folgen oder nicht – aus psychotherapeutischer Perspektive kann es nur darum gehen, den Zugang zum eigenen Gewissen zu verfeinern (Frankl, 2014). Dies ist insbesondere in der Prävention und Behandlung des *Fanatismus* von hoher Bedeutung, spielt aber grundsätzlich bei allen beschriebenen kollektiven Fehlhaltungen eine wichtige Rolle:

„Es ist nun begreiflich, dass ein Mensch ebenso lange, wie er eines Gewissenskonfliktes überhaupt fähig ist, gegenüber dem *Fanatismus*, ja gegenüber der kollektiven Neurose gefeit sein wird. Umgekehrt wird jemand, der an einer kollektiven Neurose leidet, also beispielsweise ein politisch *Fanatistischer*, in dem Maße, in dem er wieder fähig wird, seine Gewissensstimme zu hören, ja unter ihr zu leiden, im gleichen Maße wird er auch instandgesetzt, seine kollektive Neurose zu überwinden“ (Frankl, 2023, S. 43 f.).

## Erweiterung des Modells: Die Pathologie des Zeitgeists (PdZ) im 21. Jahrhundert

Seit der Veröffentlichung von Frankls originalem Modell der PdZ in den 1950er-Jahren haben sich in der westlichen Welt bedeutsame gesellschaftliche Veränderungen vollzogen, die insbesondere die sozioökonomischen Bedingungen und den Bereich der Digitalisierung betreffen und Individuen wie auch die Gemeinschaft vor neue Herausforderungen stellen (Batthyány & Lukas, 2020). Diese Veränderungsprozesse bilden sich auch in damit einhergehenden Entwicklungen im Gesundheitswesen ab. So finden sich in der ICD-11 zukünftig eigenständige Diagnosen für die Computerspielstörung oder „andere spezifizierte Störungen durch Verhaltenssuchten“, unter welche die Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung fällt (Lindenberg & Sonnenschein, 2024). Vor diesem Hintergrund wurde von nachfolgenden Vertreter\*innen der EALT eine Ergänzung des originalen Modells um zwei weitere kollektive Fehlhaltungen vorgeschlagen, die in engem Zusammenhang mit den veränderten Anforderungen, Lebensumständen und -bedingungen in modernen westlichen Gesellschaften stehen: die *Cyberpathologie* und die *übertriebene Anspruchshaltung* (Batthyány & Lukas, 2020).

Die *Cyberpathologie* nimmt Bezug auf die psychologischen und gesellschaftlichen Gefahren, die mit der massiven

Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien verbunden sind (Lukas, 2018). Auch innerhalb der Psychiatrie wird bereits seit mehreren Jahren vor dem Vorhandensein einer „Smartphone-Epidemie“ mit dramatischen Auswirkungen auf die Gesundheit, Bildung und Gesellschaft gewarnt (Spitzer, 2018). Dass der *Cyberpathologie* Angst vor realen Kontakten und zwischenmenschlichen Begegnungen bzw. der damit verbundenen Verantwortung zugrunde liegt, ist denkbar; allerdings könnte hier ebenso die Angst vor vermeintlichem Kontaktverlust, Unbedeutbarkeit oder sozialer Isolation relevant sein. Die Förderung zwischenmenschlicher Tugenden, wie der Empathie und des Mitgefühls, durch eine Stärkung der Fähigkeit zur Selbsttranszendenz wird von Lukas (2018) bei der Modulation dieser Fehlhaltung als zentral erachtet. Darüber hinaus erscheinen der Appell an die eigene Verantwortlichkeit und eine Stärkung der Sinn- und Aufgabenorientierung in Bezug auf die *Cyberpathologie* besonders relevant.

Symptomatisch für die *übertriebene Anspruchshaltung*, die insbesondere bei materiell (und auch sonst) gut abgesicherten Menschen beobachtet werden kann, ist, dass das Gute und Angenehme als selbstverständlich wahrgenommen wird („Es steht mir zu!“), während Leid oftmals Empörung hervorruft und kaum akzeptiert wird, dass auch Leid schicksalhaft mit der menschlichen Existenz verbunden ist. Ein Mangel an Dankbarkeit, Mitgefühl, Leidensfähigkeit, Frustrationstoleranz, Verantwortungsbereitschaft und Realismus sind kennzeichnend für diese Fehlhaltung (Batthyány & Lukas, 2020). Als charakteristisch für die *übertriebene Anspruchshaltung* kann die Angst vor Verlust des Angenehmen, Gewohnten, Guten, Luxuriösen bzw. des einem grundsätzlich als zustehend Erachteten betrachtet werden (Pfeifer, 2022). Aus präventiver bzw. therapeutischer Sicht gilt es im Zusammenhang mit dieser Fehlhaltung, vor allem an das Gewissen, die Demut, das Mitgefühl, die Verantwortungsbereitschaft, die Leidensfähigkeit und die Frustrationstoleranz zu appellieren (Batthyány & Lukas, 2020; Pfeifer, 2022).

## Abschließende Diskussion und praktische Implikationen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen ergeben sich für die Psychotherapeut\*innenschaft insbesondere folgende Fragen: Sind die von Frankl (1955) beschriebenen kollektiven Fehlhaltungen auch heute noch aktuell? Können die von Batthyány und Lukas (2020) vorgeschlagenen Fehlhaltungen als Erweiterung des Modells einer PdZ betrachtet werden? Und welche Herausforderungen ergeben sich möglicherweise für die Vertreter\*innen verschiedener Psychotherapieverfahren durch die potenzielle Verbreitung der beschriebenen kollektiven Fehlhaltungen?

Frankl war die Evidenzbasierung seiner Theorien stets ein wichtiges Anliegen. Aus diesem Grund führte er nach der Veröffentlichung seines Modells der PdZ (1955) gemeinsam

mit Mitarbeiter\*innen eine erste empirische Untersuchung bezüglich der Prävalenz der von ihm beschriebenen kollektiven Fehlhaltungen durch. Zu diesem Zweck wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, der im Rahmen einer Befragung einer Stichprobe gesunder Proband\*innen eingesetzt wurde. Tatsächlich handelte es sich um die erste und bisher einzige empirische Untersuchung zur PdZ, die zudem aus wissenschaftlicher Sicht gewisse Limitationen aufweist. Um der Frage, ob die von Frankl (1955) beschriebenen kollektiven Fehlhaltungen auch heute noch relevant sind, empirisch nachzugehen, arbeiten wir daher an der Entwicklung eines psychologischen Messinstruments für den praktischen Einsatz. Die von Frankl (1955) entwickelten Fragen werden dabei in sprachlich an die heutige Zeit angepasster Form integriert und um weitere Items ergänzt. Die Verfügbarkeit eines solchen Messinstruments kann die (Früh-)Erkennung einer zwar nicht pathologischen, aber krisenträchtigen kollektiven Fehlhaltung erleichtern und bildet somit eine wichtige Grundlage für die Entwicklung weiterer, spezifischer Ansätze zur Prävention und Modulation der kollektiven Fehlhaltungen bzw. der psychotherapeutischen, psychologischen und insgesamt gesundheitsbezogenen Maßnahmen in diesem Kontext.

Auch wenn die „Eindämmung“ der psychischen Epidemie der PdZ keineswegs als alleinige Verantwortung der Psychotherapie angesehen werden kann, spielt die psychotherapeutische Fachkompetenz in der Bewältigung komplexer gesellschaftlicher Krisen zweifellos eine zentrale Rolle. Gerade angesichts der Herausforderungen unserer Zeit ist ein professionelles und verfahrensplurales Zusammenarbeiten der Vertreter\*innen verschiedener Psychotherapiecluster möglicherweise so aktuell wie nie zuvor. Insbesondere die Forderung nach einer verfahrensübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb der Psychotherapeut\*innenschaft und einem gemeinsamen Einbringen der psychotherapeutischen Fachkompetenz in die Gesellschaft und Politik ist angesichts der kollektiven Fehlhaltungen und der damit verbundenen Gefahren grundsätzlich von höchster Relevanz. Denn die PdZ kann niemals losgelöst von der Politik betrachtet werden:

*„Der Fanatismus neigt dazu, den fanatischen Menschen zu verpolitisieren, während gerade das Gegenteil so notwendig wäre, dass nämlich nicht der Mensch verpolitisiert, sondern die Politik vermenschlicht werde. Demgegenüber tut der Fanatiker so, als ob die Politik, wenn ich so sagen darf, ein Lösungsmittel wäre für alle Probleme; aber die Politik kann schon deshalb nicht ein Heilmittel für alles sein, weil sie vielfach selber ein Krankheitszeichen ist“ (Frankl, 2023, S. 41).*

Insgesamt lassen sich aus verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren bereits erste Ansätze zur Modulation der kollektiven Fehlhaltungen ableiten. Innerhalb der psychotherapeutischen Fachliteratur wird aktuell insbesondere der Umgang mit extremistischen Einstellungen – entsprechend den Fehlhaltungen des *Fanatismus* und des *kollektivistischen Denkens* – stark diskutiert (Bialluch et al., 2023; Sischa,

2023; Rau et al., 2024). Vor allem die Psychoanalyse leistete einen wichtigen Beitrag zur Erklärung des *Fanatismus* und seiner psychodynamischen, psychosozialen und psychohistorischen Wurzeln (Conzen, 2005). Mit dem Auftreten der „3. Welle“ der Verhaltenstherapie wurden zudem zwischenmenschliche Tugenden in den Fokus gerückt, die gewisse Parallelen zu humanistischen und systemischen Psychotherapieverfahren aufweisen und insbesondere im Falle der *übertriebenen Anspruchshaltung* (z. B. Dankbarkeit, Mitgefühl) und der *Cyberpathologie* (z. B. Empathie) von Bedeutung sind (Meinlschmidt & Tegethoff, 2017). Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) als eine Weiterentwicklung im Kontext der Verhaltenstherapie kann darüber hinaus zur Stärkung der Frustrationstoleranz und zum Erkennen der eigenen Mitgestaltungsmöglichkeit beitragen und bietet somit ebenfalls fruchtbare Ansätze zur Modulation von Einstellungen in Verbindung mit der *übertriebenen Anspruchshaltung* und der *fatalistischen Lebenseinstellung*.

Der wesentliche Beitrag, den die EALT zu einem verfahrensübergreifenden Handeln im Hinblick auf die „Eindämmung“ der Pathologie des Zeitgeistes (PdZ) leisten kann, liegt in der Einbeziehung der geistigen Dimension mit ihrem Potenzial zur Selbsttranszendenz in die Psychotherapie. Denn die Selbsttranszendenz – die Fähigkeit des Menschen, sinn- und wertorientiert über sich selbst „hinauszugehen“ – ist bei all den beschriebenen kollektiven Fehlhaltungen, wie auch das Bewusstsein der eigenen Freiheit und Verantwortlichkeit, schwach ausgeprägt (Lukas, 2018). Die drei in der EALT als grundlegend geltenden Bausteine – Sinn, Freiheit und Verantwortung – in die Psychotherapie miteinzubeziehen und mitzudenken, erscheint angesichts der Herausforderungen unserer Zeit so dringend wie nie zuvor:

*„Eine Psychologie, die sich nur um die Eigenstabilisierung von neurotischen Patienten bemüht, ist dem Aufgabencharakter unserer Zeit nicht gewachsen. Heute brauchen wir eine Psychologie, die auch kollektive Phänomene in die Betrachtung einbezieht und Richtlinien zu notwendigen Korrekturen entwickelt, vor allem Korrekturen im Geistigen, in den Haltungen und Einstellungen der Menschen. Denn sie werden über das Schicksal der Erde und ihrer Bewohner bestimmen. Oder anders ausgedrückt: Wenn das nächste Jahrhundert kein durchgeistigtes sein wird, wird es gar keines mehr sein“* (Lukas, 1989, S. 128).

## Literatur

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

Batthyány, A. & Lukas, E. (2020). Logotherapie und Existenzanalyse heute. Eine Standortbestimmung. Innsbruck und Wien: Tyrolia-Verlag.

Fabry, J. B. (1988). Dilemmas of today: Logotherapy proposals. International Forum for Logotherapy, 11 (1), 5–12.

Frankl, V. E. (1955). Pathologie des Zeitgeistes: Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Wien: Deuticke Verlag.

Frankl, V. E. (2007). Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse (9. Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Frankl, V. E. (2008). Die Psychotherapie in der Praxis. In A. Batthyány, K. Biller & E. Fizzotti (Hrsg.), Viktor E. Frankl. Die Psychotherapie in der Praxis. Und ausgewählte Texte über angewandte Psychotherapie (Gesammelte Werke, Bd. 3; S. 27–284). Wien: Böhlau Verlag.

Frankl, V. E. (2014). Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse (5. Aufl.). Wien: Deuticke im Paul Zsolnay Verlag.

Frankl, V. E. (2015). Psychotherapie für den Alltag. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.

Frankl, V. E. (2023). Sinn, Freiheit und Verantwortung. Weinheim: Beltz Verlag.

Lukas, E. (2018). Auf den Stufen des Lebens. Bewegende Geschichten der Sinnfindung. Verlagsgemeinschaft topos plus, Kevelaer.

Pfeifer, E. (2021a). Die geistige Dimension in der sinnorientierten Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal, 20 (2), 113–119.



**Anna Kalender**

### Korrespondenzanschrift:

Hollergasse 17/13–14  
1150 Wien  
Österreich  
[anna.kalender@viktorfrankl.org](mailto:anna.kalender@viktorfrankl.org)

Anna Kalender, MSc, ist Psychologin, Logotherapeutin/Existenzanalytikerin und seit 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Viktor Frankl Institut Wien. Sie hat einen Lehrauftrag für Logotherapie und Existenzanalyse bei der Katholischen Erwachsenenbildung (KEB) Regensburg und beschäftigt sich in ihrer Forschung/Promotion primär mit dem Thema „Pathologie des Zeitgeists“.



**Prof. Dr. Eric Pfeifer**

Prof. Dr. habil. Eric Pfeifer ist als Professor für Ästhetik und Kommunikation an der Katholischen Hochschule Freiburg, als Privatdozent und Doctoral Supervisor an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien und als (Lehr-)Psychotherapeut, (Lehr-)Musiktherapeut, Berater und Supervisor in privater Praxis in Österreich und Deutschland tätig. Seine Forschungsschwerpunkte richten sich auf die Themenfelder Psychotherapieforschung, (Lebens-)Sinn und Gesundheit, Musik – Gesundheit – Wohlbefinden, Natur in Psychotherapie und Künstlerischer Therapie, Stille und Zeitwahrnehmung.

# Rezensionen

## Liebe, Enthemmung und Selbstkontrolle im digitalen Zeitalter

Degen, J.L. (2024). *Swipe, like, love. Intimität und Beziehung im digitalen Zeitalter*. Gießen: Psychosozial Verlag. 169 S., 19,90 €; Johanssen, J. (2024). *Zwischen Eskalation und Selbstkontrolle. Zur Ent/Hemmung im Digitalen*. Gießen: Psychosozial Verlag. 166 S., 19,90 €

Liebe suchen, Liebe finden und Geliebtwerden sind treibende Lebensmotoren und beinhalten immer auch den Hauch des Mysteriösen und Faszinierenden. Mittlerweile ereignet sich ein Großteil der Beziehungsanbahnungen in der digitalen Welt, die übergreifend in immer mehr Lebensbereiche eindringt. Die zwei angezeigten Bücher, mit denen der Verlag die neue Buchreihe „Gegenwartsfragen“ eröffnet, widmen sich der immer noch vernachlässigten psychosozialen Dimension in der digitalen Welt. Welche Auswirkungen entstehen, zeigt das begrifflich und praktisch in den Alltagsgebrauch eingedrungene Ghosting. Und von den sozialen Medien nicht betroffen zu sein, kann sich als Illusion herausstellen, denn Beziehungen werden heute vor dem Hintergrund geführt, dass die Angebote im Online-Bereich mitzudenken sind. Es erfolgt also eine mittelbare Einbindung.

Das Buch von Johanssen beleuchtet Probleme, aber auch Potenziale der sozialen Medien, die mit einem Spektrum vom Gefühl der völligen Freiheit und Kreativität bis hin zu hasserfülltem, verfolgendem Auftreten assoziiert werden. Der Autor leitet, vornehmlich basierend auf den Konzepten der Hemmung von Freud und Lacan, seine an vielen Beispielen dargestellte Grundthese ab, dass dem Bild des seine Ich-Grenzen Sprengenden, des Enthemmten immer auch eine damit verbundene Hemmung beigelegt ist. Die aneinander gekoppelten Pole Ent-/Hemmung werden als ein psychosoziales Symptom der Gegenwart gesehen, deren Manifestationen in den Bereichen Körpererleben

und Identität, Gewalt und Hass sowie Sexualität im Buch untersucht werden. Soziale Medien vermitteln scheinbar das Gefühl, ganz Subjekt zu sein, gleichzeitig bestehen Normierungszwänge durch den digitalen Gruppendruck. Aus psychoanalytischer Perspektive werden Vorgänge wie das Twittern, Trolling und die Psychodynamik von Shitstorms untersucht, die angebliche sexuelle Enthemmung im Netz hinterfragt, wozu auch Selfies gehören, aber auch beim Rassismus verschiedene Stufen von Hemmung und Enthemmung erläutert. Die Bücher von Johanssen und Degen eint der Befund, dass sich durch massive Nutzung oft ein (Schein-)Gefühl von Verbundenheit und Zugehörigkeit herstellt, doch oft bleibt ein Einsamkeitsgefühl zurück, wenn reale Kontakte im Virtuellen nicht zufriedenstellend ersetzt werden.

Das Buch der Sozialpsychologin Johanna Degen präsentiert in den zwei großen Kapiteln ihre Forschungsergebnisse und Erfahrungen zu Online-Dating und parasozialen Beziehungen.

Die Autorin liefert einen übersichtsreichen Einblick in die vielfältigen Formen des Online-Datings. Sie zeigt dabei auf, welche psychologischen Implikationen sich aus dem Eingebundensein des Selbst in eine digitalisierte Sphäre ergeben können und wie sich die Bereitschaft, zeitliche und emotionale Ressourcen zu „investieren“, im Unterschied zu analogen Begegnungen ausgestaltet. Die Angebote der virtuellen Welt preisen dabei das Versprechen an, dass wir das finden, was wir suchen. Sie projiziert Erwartungen, die oft in Enttäuschungen münden, trotz der unzähligen Klickangebote, des ständig möglichen Wischens („swipe“), sodass Online-Dating auch die Form einer Selbstverletzung annehmen kann.

Umfänglich widmet sich die Autorin den parasozialen Beziehungen. Sie zeigt,

dass in der Social-Media-Nutzung der Bezug zu den Figuren im Endgerät, wie Influencer\*innen, eine große Rolle spielt. Sie werden zu Bezugspersonen, zum Rollenmodell, geben Orientierung im Lebensstil, werden zu gefühlten Vertrauten, mit denen das Leben geteilt wird. Für die Nutzer\*innen bedeutet dies also eine hohe emotionale Investition und damit werden sie auch anfälliger, wenn Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Degen arbeitet heraus, welchen Motivationen Influencer\*innen und Follower\*innen unterliegen und in welchen (Beziehungs-)Verhältnissen sie zueinander stehen. Die Beziehungsformen entfalten Psychodynamiken, die sich an das Selbst koppeln und fortlaufenden Versuchungs- und Versagungssituationen gleichkommen. Es finden sich Abwehrformen jeglicher Art (Idealisierung, Verlegung u. a.), um das Beziehungsgefüge aufrechtzuerhalten. Es entwickeln sich eigene Beziehungslogiken, die so lange nicht enttäuschend sind, wie sie in ihrer eigenen Denkform verbleiben. Grenzen und Ernüchterungen werden beispielsweise in Krisensituationen erlebt, wo die Nutzer\*innen auf sich alleine zurückgeworfen sind, die tatsächlich persönliche Begegnung erforderlich wird. Die große Auswahl geht dann eben auch mit Austauschbarkeit einher und das persönliche Gesehenwerden bleibt somit aus. Nun merkt der\*die Nutzer\*in, dass der Marktplatzcharakter nicht nur gegenständig ist, sondern die ganz persönliche Gefühlswelt betrifft. Von der Autorin werden positive und negative Effekte ausgewogen dargestellt. Negative Auswirkungen deuten auf impulsives und suchtähnliches Verhalten hin, Störungen in der Selbstwertregulation, die mit klinischen Erkrankungen korrelieren (Essstörungen, negatives Körperselfbild, Ängste und Depressionen), es zeigen sich aber auch Folgen in Face-to-face-Kontakten.

Beide Bücher verdeutlichen, dass die digitale Mediennutzung ein nicht mehr

auszuklammernder Teil der Lebenswirklichkeit und damit ein die psychische Struktur beeinflussender Faktor geworden ist. Indem Johanssen dem verbreiteten Bild der Zügel- und Maßlosigkeit in den sozialen Medien das Korrelat der Hemmung entgegenstellt, liefert er einen griffigen Ansatz für innerpsychische Mechanismen in Wechselwirkung mit gruppenspezifischen Einflüssen im digitalen Bereich. Degen beschreibt nicht nur die problematischen Seiten, sie regt eher subtil an, sich anzueignen, worauf man sich in der virtuellen Welt einlässt. Beide Autor\*innen veranschaulichen, dass Angebote einer umfassenden Partizipation positiv genutzt werden können, der Nutzer wird aber auch mit Kommunikationsformen und -stilen konfrontiert,

die bei zunehmend rauem Ton die eigenen Aufnahme- und Verarbeitungsgrenzen sprengen können. Verdienstvoll, aber auch erweiterbar, ist die Einbeziehung gruppenspezifischer Einflüsse. Infolge der Lektüre stellen sich in einer Zeit, in der Beziehungskonstellationen neu verhandelt werden, weitere Fragen, z. B. wie es zu verstehen ist, dass dem sehnlichen Wunsch nach einer Präsenzbegegnung ein ausgedehntes Handeln im Digitalen gegenübersteht, oder wie sich Verbindlichkeiten in der Beziehungswelt verändern. Mit den Büchern ist eine Debatte angestoßen, auf deren Fortsetzung man gespannt sein kann.

Die Autor\*innen führen sehr kundig, gleichzeitig leichtfüßig und mit gelas-

sener Distanz in und durch die Welt der digitalen Plattformen, bringen den Leser\*innen Begriffe und Prozesse verständlich und stets untersetzt mit Beispielen anschaulich nahe und vermitteln die prägenden Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Die beiden Bücher sind, wenn auch psychodynamisch grundiert, für Psychotherapeut\*innen aller Verfahren gut zu lesen und bieten Anreize, der digitalen Welt im klinischen Alltag mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Vielleicht bedarf die Anamnese zukünftig der Ergänzung einer digitalen Anamnese.

Jürgen Golombek,  
Potsdam

## Ein großer Gewinn für die praktische Arbeit mit Hypnose in der Psychotherapie

**Revenstorf, D., Peter, B. & Rasch, B. (Hrsg.). (2023). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer. 827 S., Paperback: 99,99 €, E-Book: 79,99 €**

Die Herausgeber legen sieben Jahre nach der dritten Auflage nun eine vierte überarbeitete Ausgabe des Standardwerks und Lehrbuchs der Hypnose und Hypnotherapie vor; für die neue Ausgabe konnte Björn Rasch gewonnen werden, Professor für Kognitive Psychologie und Methoden an der Universität Fribourg/Schweiz; er forscht u. a. zu Schlaf, Gedächtnis und Hypnose. Das überarbeitete Buch, an dem wieder viele Autor\*innen mitwirkten, ist ein Kompendium der modernen Hypnotherapie. Es ist in neun große Bereiche eingeteilt:

1. Allgemeine Prinzipien: Eine kurze Geschichte der Hypnose, Trance und die Ziele der Hypnotherapie, Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome, Die therapeutische Beziehung in der Hypnotherapie, Ressourcen- und Zielorientierung, Utilisation, Kontext und Wirkung von Suggestionen, Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe, Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit.

2. Induktionen: Klassische Hypnoseri-tuale, Indirekte Induktionen und Kommunikation, Vertiefung der Trance und Posthypnotische Aufgaben.

3. Allgemeine Methoden: Therapeutische Geschichten und Metaphern, Reframing, Stellvertretertechnik, Altersregression, Zukunftsprogression und Amnesie, Hypnoanalyse, Selbsthypnose.

4. Verhaltensstörungen: Rauchen, Alkohol, Übergewicht, Sexuelle Störungen, Schlafstörungen, Stress, Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungssteigerungen im Sport.

5. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen: Angststörungen, Agoraphobie und soziale Phobie, Zwänge, Depressionen, Trauer und komplizierte Trauerverläufe, Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziative Identitätsstörung, Frühe und Borderline-Störungen.

6. Psychosomatik: Hypnotherapie in der Psychosomatik – ein therapeutisches Modell, Psychosomatische Störungen, Reizdarmsyndrom, Psychosomatische Schmerzen, Chronische Schmerzen.

7. Somatik: Hypnose und Medizin, Dermatologie, Hypnose in der Onkologie,

Hypnose bei Immunerkrankungen, Tinnitus und Hörsturz, ZNS-Patienten, Hypnose bei Zahnärztlichen „Problem-patienten“, Geburtsvorbereitung, Palliativversorgung.

8. Kinder und Jugendliche: Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen, Nägelbeißen und Trichotillomanie.

9. Wirksamkeit und weitere Themen: Forensische Hypnose, Heilung und Tod durch Suggestion, Humor und Hypnotherapie, Achtsamkeit und Hypnose, Wirksamkeit klinischer Hypnose, Neurowissenschaftliche Befunde zu hypnotischen Suggestionen, Stationäre Hypnotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik.

An dieser Übersicht kann man die inhaltlich breite Aufstellung des Manuals erkennen. Das Buch bietet dabei sowohl einen fundierten theoretischen Hintergrund als auch eine detaillierte Darstellung der Anwendungsmöglichkeiten und ihrer praktischen Durchführung, der Indikationen und Kontraindikationen, empirischer Belege. Die Geschichte der Hypnose und die verschiedenen Prinzipien der Hypnose,

sowie deren Wirksamkeit werden dargestellt. Das Buch zeigt die Pluralität der Methoden und die Vielzahl der Anwendungsmöglichkeiten von Hypnose und Hypnotherapie.

Neu hinzugekommen in dieser Auflage sind die Kapitel über Achtsamkeit und Hypnose, Hypnose und Dermatologie, Hypnose in der Palliativversorgung, forensische Hypnose und neurowissenschaftliche Befunde zu hypnotischen Suggestionen. Einige Kapitel wurden inhaltlich zusammengefasst und neu strukturiert, wodurch nun umfassendere Kapitel zu Hypnose in der Medizin, Altersregression, Amnesie und Zukunftsperspektiven entstanden sind.

In der Schlussdiskussion (Kap. 59), in der die Hypnose zu verschiedenen Therapieverfahren und -ansätzen in Beziehung gesetzt wird, gibt es nur zwei kurze Abschnitte zu kognitiver Therapie wie auch zum Verhältnis von Verhaltenstherapie und Hypnose. Hier fehlen mir die Arbeiten zur kognitiv-behavioralen Therapie mit Hypnose, die seit über 30 Jahren existieren und immer weiterentwickelt werden (z. B. Alladin, 2008; Kossak, 2013). Dieser Ansatz, therapeutisch sehr wirksam, hätte ein eigenes Kapitel verdient, wie dies im vorliegenden Buch den Themen Hypnose und Achtsamkeit (Kap. 55) oder Hypnoanalyse (Kap. 19) eingeräumt wurde,

und wie im Handbook of Medical and Psychological Hypnosis (Elkins, 2016) umgesetzt.

Selbst ein umfassendes Manual wie das vorliegende ist sicher noch erweiterungsfähig, ich habe jedoch konkret einen Beitrag zur Hypnose in der Augenheilkunde, der Neurologie und der Gynäkologie jenseits der Geburtshilfe vermisst – wie auch ein Kapitel zur Emotionsregulation.

Jedes Kapitel besitzt eine eigene Literaturliste, es fehlen aber ein Gesamtliteratur- und ein Personenverzeichnis, anhand dessen es möglich wäre, gezielt die Beiträge einzelner Autor\*innen in den Kapiteln zu suchen. In der elektronischen Ausgabe ist eine solche Recherche natürlich möglich.

Das Buch ist gut lesbar, hat eine übersichtliche und formal einheitliche Struktur, die durch das Layout unterstützt wird, sodass man sich schnell orientieren kann und auch ausgewählte Themen eines Kapitels leicht findet. Trancetexte, Fallgeschichten, Definitionen, Überblick über mögliche Interventionen, Zusammenfassungen und Statements mit wichtigen Informationen sind optisch hervorgehoben und erhöhen die Effizienz und Übersicht bei der Lektüre. Eine gute Verwendbarkeit für die praktische Arbeit ist durch viele konkrete Hinweise

gewährleistet.

Das Buch ist für Psychotherapeut\*innen, vor allem natürlich Hypnotherapeut\*innen, geeignet wie auch für Klinische Psycholog\*innen und Ärzt\*innen, die mit Hypnose arbeiten. Das Manual ist sowohl für die Ausbildung als auch für die berufliche Praxis konzipiert.

Fazit: Das Buch ist neben dem Werk von Hans-Christian Kossak (2013) *das* deutschsprachige Handbuch und respektabel in Umfang und inhaltlicher Breite, ein großer Gewinn für die praktische Arbeit und ein Muss für Hypnotherapeut\*innen und Mediziner\*innen, die sich für den Einsatz der Hypnose in der somatischen Behandlung interessieren. Es macht Freude, darin zu lesen und immer wieder Neues zu entdecken und zu lernen.

Juliana Matt,  
Berlin

#### Literatur

Alladin, A. (2008). *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons.

Elkins, G. R. (Hrsg.). (2016). *Handbook of Medical and Psychological Hypnosis. Foundations, Applications, and Professional Issues*. New York: Springer Publishing Company.

Kossak, H.-C. (2013). *Hypnose: Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte*. Mit Online-Materialien (5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

# Leserbriefe und Repliken

## 32 Kinderschutz-Zentren: etablierte Fachberatungsstellen für jede Form der Gewalt gegen Kinder

Zu M. de Andrade & A. Helling-Bakki: Childhood-Haus: Chance & Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz. *Psychotherapeutenjournal* 3/2024, S. 251–259.

Als approbierte Psychologische Psychotherapeutin, tätig in einer Beratungsstelle (Kinderschutz-Zentrum), lese ich immer wieder gerne die wissenschaftlichen Artikel im *Psychotherapeutenjournal*, um mich auf den neusten Stand zu bringen. Über den Artikel „Childhood-House: Chancen und Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz“ der Autorinnen Andrade und Helling-Bakki war ich doch sehr erstaunt. Denn in dem Artikel entsteht der Eindruck einer eklatanten Versorgungslücke bei der Versorgung von gewalttraumatisierten Kindern und Jugendlichen. Als Leitung des Kinderschutz-Zentrums Kiel und überregional (zuständig auch für die ländlichen Flächenkreise Plön und Rendsburg-Eckernförde) kann ich Ihnen berichten, dass es neben anderen wichtigen Fachberatungsstellen bundesweit 32 Kinderschutz-Zentren gibt. Das älteste Kinderschutz-Zentrum ist bereits 40 Jahre alt. Alle Kinderschutz-Zentren sind Fachberatungsstellen für jede Form der Gewalt gegen Kinder (sexualisierte, körperliche, psychische, häusliche Gewalt sowie Vernachlässigung). Die Kinderschutz-Zentren bieten gewalttraumatisierten Kindern, Jugendlichen und ihren Familiensystemen vielfältige Hilfen an. Die Angebote umfassen Krisenintervention, Belastungs- und Interaktionsdiagnostik, traumapädagogische Gruppenangebote, Systemische Familientherapie, Elternkurse, Einzeltherapie usw.

Die Unterstützung für Kinder und Jugendliche orientiert sich an den Bedarfen vor Ort. Neben den Angeboten, die

sich an Kinder und Jugendliche richten, sind alle Kinderschutz-Zentren Fachberatungsstellen, in denen Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe, dem Justiz- und Gesundheitswesen zu Fragen und der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung beraten werden (sog. Insofa-Beratung). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren bildet darüber hinaus „Insoweit erfahrene Fachkräfte“ für dieses Arbeitsfeld und gerade zur fachlichen Einschätzung von Kindeswohlgefährdung aus. Ein Teil der Kinderschutz-Zentren ist in Trägerschaft des Kinderschutzbundes, der sich sehr aktiv politisch für die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz einsetzt.

Vor Ort arbeiten die Kinderschutz-Zentren eng in Kooperation mit den Jugendämtern, den Familiengerichten, der Polizei, den Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen, der Gerichtsmedizin, den Kinderärzten, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und allen weiteren Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zusammen. Inzwischen gibt es wohl auch keinen Verhörraum für Kinder bei der Kripo oder dem Familiengericht, der nicht kindgerecht eingerichtet ist. In den Kinderschutz-Zentren arbeiten seit vielen Jahren viele approbierte Psychologische Psychotherapeuten und -innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -innen mit viel Engagement und Herzblut. Daher wirft die Art und Weise, wie das Modell „Childhood House“ nun eingeführt und protegert wird, Fragen auf.

Ich würde mir wünschen, dass Akteure im Kinderschutz sich weiterhin eng vernetzen und kooperieren. Vor vielen Jahren gab es eine wertvolle Kooperation „Children at risk“ im Rahmen einer Ostsee-Anrainerkooperation.

Erlauben Sie mir als Fazit eine „unfachliche“ und persönliche Aussage: In meinen nun 25 Jahren, die ich im Kinderschutz-Zentrum arbeite, habe ich persönlich nicht auf das Jahr 2018 ge-

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 15. Januar 2025 bei der Redaktion ([redaktion@psychotherapeutenjournal.de](mailto:redaktion@psychotherapeutenjournal.de)) eingehen.

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

wartet, damit Königin Silvia den Kinderschutz in Deutschland erklärt.

Dipl.-Psych. Lidija Baumann,  
Kiel

## Replik: Gemeinsam für eine noch flächendeckendere Versorgung

Antwort von Marilena de Andrade und Astrid Helling-Bakki auf die Zuschrift von Lidija Baumann

Vielen Dank für Ihren Leserbrief und die wertvolle Arbeit, die Sie und Ihr Team im Kinderschutz-Zentrum Kiel leisten. Wir sind uns der guten und langjährigen Strukturen der Kinderschutz-Zentren sowie der engen Kooperationen mit allen zentralen Stellen im Bereich der Kinderschutzarbeit in Deutschland bewusst.

Das Childhood Haus-Konzept, wie es in unserem Artikel vorgestellt wurde, sehen wir keineswegs als Konkurrenz, sondern vielmehr als sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Strukturen. Ziel und gelebte Realität an den Entwick-

lungsstandorten der Childhood-Häuser ist dabei immer, auf die bestehenden Strukturen und Kompetenzen vor Ort zurückzugreifen und im Sinne der Barnahus-Qualitätsstandards weitere Ressourcen und synergetische Effekte zu schaffen. Im Vordergrund der Entwicklungsprozesse steht eine kinderrechtsbasierte Stärkung einer sektorenübergreifenden transprofessionellen Praxis.

In Bezug auf die Forderung nach der Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz stimmen wir Ihnen vollkommen zu. Die World Childhood Foundation setzt sich aktiv für dieses Ziel ein, und wir sehen es als gemeinsamen Auftrag, diesen politischen und gesellschaftlichen Wandel weiter voranzutreiben. Auch im internationalen Bereich bemühen wir uns gemeinsam mit unseren Schwesterstiftungen in Schweden, USA und Brasilien Kinderrechte und Präventionsmaßnahmen gegen sexualisierte Gewalt an Kindern zu stärken und stehen im engen Austausch mit dem europäischen Barnahus-Netzwerk sowie mit der Children at risk Unit des Ostseerats hinsichtlich der internationalen Entwicklungen der Barnahus Standards.

Abschließend möchten wir unterstreichen, dass die 32 Kinderschutz-Zentren, die bundesweit bereits existieren, einen unglaublich wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstruktur leisten. Wir alle sollten uns dafür einsetzen, dass die Zahl an inter- und transdisziplinär arbeitenden Anlaufstellen in den nächsten Jahren deutlich wächst, um eine noch flächendeckendere Versorgung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten.

Marilena de Andrade und  
Dr. Astrid Helling-Bakki,  
München

## Emotionale Argumentationsstrategien gefährden Opferinteressen und rechtsstaatliche Prinzipien

Zu M. de Andrade & A. Helling-Bakki: Childhood-Haus: Chance & Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz. *Psychotherapeutenjournal* 3/2024, S. 251–259.

In Ihrem Artikel erwähnen die Autorinnen auf S. 258 die „aktuelle Expertise zur Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung von Fegert und Kolleg\*innen (2024)“. Auf der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) im Mai 2024 hat Prof. Jörg M. Fegert die Glaubhaftigkeitsbegutachtung stark kritisiert. Charité-Professorin Dr. Sybille Winter, Leiterin des Childhood-Hauses Berlin, hat dagegen auf derselben Tagung die Glaubhaftigkeitsbegutachtung als wichtiges diagnostisches Instrument hervorgehoben und dafür geworben, sie frühzeitig einzusetzen.

Auch Niehaus und Krause (2024) setzen sich in ihrem Artikel „Emotionale Argumentationsstrategien gefährden Opferinteressen und rechtsstaatliche Prinzipien“<sup>1</sup> mit der Expertise von Fegert und Kolleg\*innen (2024) kritisch auseinander. Sie bezeichnen Fegert als prominentesten deutschen Gegner des aussagepsychologischen Ansatzes. Fegerts Expertise fehle „die notwendige Fachlichkeit und Rationalität“, wissenschaftliche Erkenntnisse würden nicht berücksichtigt und Vertreter\*innen der Aussagepsychologie nicht einbezogen. Stattdessen würden Strategien zur Emotionalisierung der rechtspolitischen Debatte angewandt, um eine Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung zu erreichen.

Das fachliche Vorgehen der Leiterin des Childhood-Hauses Berlin, die Fegerts Expertise nicht folgt, entspricht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand. Die unvoreingenommene diagnostische Vorgehensweise unter Einbezug

von aussagepsychologischer Expertise sollte eine fachliche Selbstverständlichkeit in allen Childhood-Häusern sein. Alle kindlichen Opfer haben ein Recht darauf, auch die, die Opfer von falschen Überzeugungen geworden sind. Sie sind darauf angewiesen, dass sie auf unvoreingenommene Fachkräfte treffen.

Niehaus und Krause (2024) gehen auf Fegert und Kolleg\*innen (2024) ausführlich ein, weil der Umfang irreführender, emotionalisierender, widersprüchlicher und haltloser Behauptungen beträchtlich sei. Eine systematische Literaturrecherche habe nicht stattgefunden, relevante empirische Studien seien nicht berücksichtigt worden.

Ich hoffe, die Autorinnen nehmen die Kritik von Niehaus und Krause (2024) sehr ernst, treten auch mit der Leiterin des Childhood-Hauses Frau Prof. Dr. Sybille Winter in den fachlichen Dialog, unter Hinzuziehung von Vertreter\*innen der Aussagepsychologie mit wissenschaftlicher und praktischer Expertise, um ihren Artikel zu überarbeiten, und so Kinder und Jugendliche vor Schaden zu bewahren, da Emotionale Argumentationsstrategien, wie sie Fegert und Kolleg\*innen (2024) verbreiten, Opferinteressen und rechtsstaatliche Prinzipien gefährden.

Dipl.-Psych. Christiane Förster,  
Würzburg

## Replik: Rechtspsychologische Expertise und Glaubhaftigkeitsbegutachtung nicht grundsätzlich infrage gestellt

Antwort von Marilena de Andrade und Astrid Helling-Bakki auf die Zuschrift von Christiane Förster

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung zu unserem Artikel. Es war keineswegs unsere Intention, durch unseren Artikel den Eindruck zu erwecken, dass wir im Rahmen der Konzeptumsetzung der Childhood-Häuser rechtspsychologi-

sche Expertise und Glaubhaftigkeitsbegutachtung grundsätzlich infrage stellen möchten, indem wir uns unter anderem auf die aktuelle Expertise zur Methode der forensischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung von Fegert und Kolleg\*innen als eine Quelle bezogen haben. Wir möchten an dieser Stelle nicht auf die inhaltlichen Stärken und Schwächen der genannten Expertise im Detail eingehen, sondern nur versichern, dass auch wir eine differenzierte Auseinandersetzung mit den darin genannten Inhalten und darüber hinaus existierenden Positionen als absolut notwendig erachten. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung in den Childhood-Häusern unterstützen wir einen fachlich differenzierten Austausch und steten Kompetenzaufbau auch in diesem Bereich.

Die bisherigen Erfahrungen in den Childhood-Häusern bestätigen, dass eine unvoreingenommene diagnostische Vorgehensweise unter Einbezug von aussagepsychologischen Kenntnissen und fachlicher Expertise in diesem Bereich unerlässlich für eine qualitativ hochwertige Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen ist. Dies gilt ebenso für den Einbezug entsprechender Kompetenzen und fachlich hoch qualifizierter Personen in allen anderen Bereichen von Sozialer Arbeit über Medizin, Psychologie und Psychotherapie sowie Polizei und Justiz. Empirische Berichte der Fachkräfte aus den Childhood-Häusern zeigen, dass der enge fachliche Austausch und das wachsende gegenseitige Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen jeder beteiligten Berufsgruppe zu mehr Handlungssicherheit führt und einen professionalisierten interdisziplinären Umgang insgesamt befördert.

Wir teilen die Ansicht von Frau Prof. Dr. Sybille Winter, dass die frühzeitige, fachlich qualifizierte Aufnahme der Aussage eines Kindes zu möglichen Gewalterlebnissen nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Aussagepsychologie ein wesentlicher Baustein der forensischen Diagnostik bzw. Beweismittelaufnahme darstellt, wie es auch im europäischen Barnahus-Netzwerk vertreten wird. Allerdings

sehen wir hierfür auch in der Expertise von Prof. Fegert und Kolleg\*innen durchaus Fürsprache, wenn gesagt wird, dass ein pragmatischer Lösungsansatz sein könnte eine vertrauliche und zeitnahe Aussage mithilfe einer Aussagepsycholog\*in sicherzustellen, diese gerichtsfest zu dokumentieren und sicher aufzubewahren (S. 60). An dieser Stelle möchten wir zudem die Gelegenheit nutzen, um darauf hinweisen, dass wir den mehrfach von uns zitierten Artikel von Schemmel und Volbert (2021) ausgewählt haben, weil wir die sehr differenzierte Haltung schätzen und die Autor\*innen in dem Artikel kritisch aufzeigen, dass u. a. die juristische Perspektive die Bedürfnisse der Betroffenen vor Herausforderungen stellen kann (z. B. indem vermeintlich propagiert wird bzw. in der Vergangenheit oftmals propagiert wurde, dass eine Psychotherapie während eines laufenden Strafverfahrens vermieden werden sollte und in dem Zusammenhang auf Bublitz (2019) sowie Stang und Sachsse (2014) verwiesen wird). Dass eine solche unkritische Ablehnung von Therapiemaßnahmen im Strafverfahren jedoch nicht die Haltung der zitierten Autor\*innen widerspiegelt, hätten wir quellentechnisch deutlicher herausstellen können.

Marilena de Andrade und  
Dr. Astrid Helling-Bakki,  
München

### Unterstützung für die schwierige „Lobbyarbeit“

Zu Chr. Müller: Psychotherapeutisch Handeln inmitten des Traumas. Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach der Flucht. *Psychotherapeutenjournal* 3/2024, S. 260–268.

Ich möchte Ihnen danken für Ihren Beitrag, den ich mit großem Interesse gelesen habe. Ich habe drei Jahre lang im Psychosozialen Zentrum (PSZ) Magdeburg gearbeitet (...) und werde im November auch mit Kolleginnen ein Seminar für die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer zu diesem Thema anbieten. Wir wissen, wie hart es ist,

bei Niedergelassenen „Lobbyarbeit“ zu machen und wollen mit Fortbildungen deshalb versuchen, die Hemmschwellen abzubauen. Ich freue mich, dass ich durch Ihren Beitrag nun ein paar weitere Gedanken für das bevorstehende Seminar ergänzen kann!

Anne Brünen,  
Bördeland-Großmühlingen

### Übersichtliche Zusammenstellung und klare Worte – sehr hilfreich!

Zu S. Ahrens-Eipper & A. Walter: Psychotherapie und Strafverfahren – kein Widerspruch. Hintergründe und berufspraktische Hinweise für Psychotherapeut\*innen. *Psychotherapeutenjournal* 3/2024, S. 242–250.

Ich bin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und angehende EMDR-Therapeutin und mir hat im Rahmen von meinen bisherigen Behandlungen von Traumafolgestörungen immer eine klare Aussage/ein klarer Handlungsleitfaden gefehlt, wie ich im *vermeintlichen* Konflikt zwischen Psychotherapie und Strafverfahren argumentieren kann. Es war bislang eher ein Gefühl von mir, dass es in meiner Profession als Psychotherapeutin unethisch ist, Opfern von Gewalttaten eine leidlindernde Behandlung vorzuenthalten aufgrund eines lang andauernden Strafverfahrens, dessen Ausgang wir nicht mal kennen. Ich habe die entsprechenden traumafokussierten Therapien dann auch immer durchgeführt.

Mir konnte bislang niemand klar vermitteln, wie genau die rechtliche Lage diesbezüglich ist, wie offizielle Stellungen hierzu lauten und wie ich die Betroffenen bzw. Sorgeberechtigten in dieser Sache korrekt aufklären kann.

Dank Ihres Artikels kann ich mein „Gefühl“ nun auch mit klaren Argumenten und Studienergebnissen belegen und die Durchführung einer Psychotherapie trotz laufendem Verfahren noch besser vertreten. Hilfreich sind auch die Hinweise, worauf im Sinne der Sorgfaltspflicht bei der Exploration und Do-

kumentation besonders geachtet werden muss. Vielen Dank also für diese übersichtliche Zusammenstellung und klaren Worte, das war wirklich hilfreich.

Sophie Donath,  
Köln

## Große Unterschiede in der Umsetzung der Masterstudiengänge

Zu C. Exner: Wie gelingt die Umsetzung der neuen Studiengänge zur Approbation in Psychotherapie? Antworten auf häufig gestellte Fragen. *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 128–134.

Den Artikel im *Psychotherapeutenjournal* zu den Approbationsstudiengängen im Juni habe ich mit Interesse gelesen. Da ich selbst im klinischen Master studiere, möchte ich gerne meine Perspektive dazu ergänzen. Ich habe nun zwei Semester an der Universität Trier studiert, habe aber die Universität zum dritten Semester gewechselt. Aus meiner Sicht haben die Masterstudiengänge sehr viel Potential durch den hohen Praxisbezug und die Vermittlung der Handlungskompetenzen. Dadurch kann deutlich mehr klinisches Wissen vermittelt werden.

Was jedoch auffällt: Die Masterstudiengänge unterscheiden sich zwischen den Universitäten in ihrer Umsetzung stark. Sowohl der Umfang der Präsenzlehre, insbesondere in der auch von Ihnen erwähnten Berufsqualifizierenden Tätigkeit 2 (BQT 2), aber auch die Umsetzung der Verfahrensvielfalt. So hatte ich in Trier im Vergleich zu Studierenden anderer Universitäten nur wenig Präsenzlehre. Das fiel in der BQT 2 mit 6 Semesterwochenstunden (SWS) in Trier stark auf, denn viele andere Universitäten haben für dieses Modul 9, 10 oder 12 SWS (eine SWS entspricht hierbei wöchentlich 45 Min. in der Vorlesungszeit). Durch die fehlende Präsenzzeit konnten Themen teilweise nur oberflächlich behandelt werden.

Zur Umsetzung der Verfahrensvielfalt: Es wurde viel Verhaltenstherapie ge-

lehrt, andere Verfahren nur randständig und leider nicht durch Lehrpersonen mit entsprechender Fachkunde. Trotz der Kritik hat sich in den Studiengängen aus meiner Sicht viel verbessert durch die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Ich hoffe, dass durch das Feedback der Studierenden die Studiengänge in den nächsten Jahren weiter verbessert werden können, um das Potential der Approbationsstudiengänge auszuschöpfen. Trotz Kritik und anfänglicher Schwierigkeiten möchte ich die schnelle Umsetzung der Masterstudiengänge betonen sowie mich für den Einsatz der Dozierenden an den Universitäten bedanken.

Sophie Hartmann,  
Köln

## Fachkundige Lehre für alle Richtlinienverfahren gewünscht

Zu C. Exner: Wie gelingt die Umsetzung der neuen Studiengänge zur Approbation in Psychotherapie? Antworten auf häufig gestellte Fragen. *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 128–134.

Ihren Artikel in der Juni-Ausgabe habe ich mit Interesse gelesen und möchte gerne meine studentische Perspektive einbringen. Ich studiere an der Universität Duisburg-Essen im 3. Master-Semester. Dort wird individuell und gezielt auf Unsicherheiten, Nachfragen sowie Anmerkungen eingegangen, was den Lernprozess erheblich unterstützt. In kleinen Gruppen von Studierenden konnten wir Methoden- und Fachkompetenzen als angehende Psychotherapeut\*innen mit vorherigem inhaltlichem Input, Fallberichten und Videoprompts miteinander üben. Hierbei wurde die Möglichkeit eröffnet, eine selbstwirksame therapeutische Haltung einzunehmen. In der Rolle als Therapeut\*in konnten wir durch Videoaufnahmen mit Übungspatient\*innen und längere Übungssitzungen mit Schauspielpatient\*innen, begleitet von fachkundigen Dozent\*innen, wertvolles Feedback zu unserer erworbenen und angewandten psychotherapeutischen

Fach- und Methodenkompetenz erhalten. Als größte Bereicherung empfand ich die Berufsqualifizierende Tätigkeit (BQT) III in der Hochschulambulanz für psychische Gesundheit der Universität Duisburg-Essen. Im Laufe meiner 12 konsekutiven Sitzungen habe ich die letzten sechs Sitzungen jeweils vollumfänglich 50 Minuten als Co-Therapeutin mit meiner Erwachsenen-Patient\*in psychotherapeutisch nach der Kognitiven Verhaltenstherapie gearbeitet. Im Rahmen dieser Sitzungen habe ich eine Einheit Autogenes Training, das SORKC-Modell, die Lebenslinie und die Imaginationstechnik IRRT angewandt. Die Patientin konnte laut meines Lehrtherapeuten eine emotional korrigierende Erfahrung machen und meldete zurück, dass eine Allianz mit mir aufgrund des Sich-Verstanden-Fühlens gebildet wurde. Das Studium vermittelt nicht nur psychotherapeutische Inhalte, Methoden- und Fachkompetenzen, sondern fördert auch die Entwicklung einer psychotherapeutischen Haltung, die wir Studierende am Modell unserer fachkundigen, verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Professor\*innen und Dozent\*innen erlernen. Es handelt sich dabei nicht nur um reine Wissensvermittlung, sondern um einen Prozess der Identitätsbildung.

An den Klinischen Lehrstühlen wird verfahrensübergreifend und viel Verhaltenstherapie gelehrt, wohingegen andere Verfahren nur randständig gelehrt werden. Dies kann kognitive Dissonanzen hervorrufen, insbesondere bei der Aneignung von Methoden- und Fachkompetenzen sowie bei der Bildung einer psychotherapeutischen Identität, wenn das Interesse an psychodynamischen Verfahren liegt. Wünschenswert wäre, dass sowohl eine fachkundige Lehre als auch die BQT III für alle Richtlinienverfahren gleichermaßen angeboten werden.

Jülide Erdogan,  
Köln

## Replik: Eine heilkundliche Identität als Psychotherapeut\*in

Antwort von Prof. Dr. Cornelia Exner  
auf die Zuschrift von Jülide Erdogan

Vielen Dank für Ihren Erfahrungsbericht, der sehr anschaulich die Arbeitsweise in den neuen Studiengängen schildert. Auch wir denken, dass es in den neuen Studiengängen nicht nur um Wissen und Fertigkeiten, sondern um die Vermittlung einer psychotherapeutischen Identität und professionellen Haltung geht. Wie von Ihnen geschildert, wird dies im Studium verfahrensübergreifend und exemplarisch vermittelt bzw. ist nicht an ein Verfahren gebunden. Das Ziel ist die Ausbildung einer *heilkundlichen Identität als Psychotherapeut\*in* allgemein (noch ohne Fachkunde).

Cornelia Exner,  
Leipzig

## Eine bedeutsame Prozessvariable

Zu F. Kapp: „Demut“ – eine unterschätzte Dimension in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal* 3/2023, S. 247–254.

In dem lesenswerten Artikel wird die Bedeutung von Demut in verschiedener Art beschrieben: als intellektuelle Fähigkeit und Offenheit, als interpersonelle bzw. relationale wie auch als interkulturelle Demut. Ein zitierter buddhistischer Biologe charakterisiert diese Haltung als „Gefühl, (von)

unserer eigenen Wichtigkeit frei (zu) sein. Dies ist ein Zustand der natürlichen Einfachheit, der im Einklang mit unserer wahren Natur ist und uns erlaubt, die Frische des gegenwärtigen Augenblicks zu schmecken“ (S. 247). Auch wenn das ggf. für manche zu poetisch klingt: Auch Goethe war dieser Haltung auf der Spur: „Jeder neue Gegenstand, wohl betrachtet, schließt ein neues Organ in uns auf. Am allerförderlichsten aber sind unsere Nebenmenschen...“.

Da viele Psychotherapeuten die Effektivität ihrer Prozesse überschätzen (S. 252), wird eine selbstreflexible Haltung empfohlen, die die eigenen Grenzen und Fähigkeiten einbezieht und auch die Wichtigkeit von negativer Rückmeldung des Klienten schätzt. Scham- und Schuldgefühle auszuhalten: hierfür kann der Therapeut ein Vorbild sein, wenn dieser es z. B. eingesteht, einen Fehler begangen oder etwas missverstanden zu haben. Andererseits führt der Autor aus: „Ohne Hoffnung geht es nicht“, wobei vor einem „grausamen Optimismus“ (S. 253) gewarnt wird. Sehr plastisch ist dann der Satz: „Ein guter Therapeut muss manchmal auch mit seinen Klienten in die Hölle gehen – ohne in ihr stehenzubleiben“ (S. 253).

Auch wenn also vor therapeutischer Hybris gewarnt wird, fehlt mir, dass der Autor auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Narzissmus eingeht; nur dann können wir m. E. zur Demut hinfinden. Fühlen wir uns – wie früher (?) Ärzte – als neue „Götter in Weiß“? Nur: Je höhere „Berge“ wir erklimmen (an Ausbildungen, Lehrtherapie o. ä.), umso tiefer können wir fallen. Bei Kritik von anderen entsteht Scham; dies ist ein äußerst unangenehmes, ggf. „toxisches“ Gefühl (Hilgers, 2006).

Etwas erstaunt war ich beim Lesen des Artikels, dass Demut nicht nur von wissenschaftlicher, sondern auch von verhaltenstherapeutischer Seite aus als so bedeutsam dargestellt wird. Denn diese Haltung zu realisieren, erfordert eine sehr gründliche Auseinandersetzung mit den eigenen Schattenseiten (z. B. mit dem eigenen, erhabenen „Besserwisser“). Zwar gibt es in den verhaltenstherapeutischen Ausbildungsgängen in letzter Zeit mehr Selbsterfahrungsanteile; diese haben aber nicht eine vergleichbare Intensität wie in den tiefenpsychologischen oder analytischen Ausbildungen. Wie sonst soll man in der Lage sein, Klienten beim Gang durch deren „Hölle“ zu begleiten, wenn die eigene weitgehend unerforscht ist? Nicht nur Ausbildungsteilnehmenden fällt es schwer, narzisstische Attacken oder Borderline bedingte Dämonisierungen zu ertragen und professionell zu beantworten. Positiv mit Kritik seitens des

Klienten umgehen zu können, wie dies im Artikel beschrieben wird, setzt eine lange Aufarbeitung mit der eigenen narzisstischen Wunde wie auch mit inneren Spaltungsvorgängen voraus.

In der „Hölle“ geht es – locker gesagt – um „fressen oder gefressen werden“. Das aktiviert in der Gegenübertragung das eigene „Genussschwein“ (Holmes, 2011). Dieses hat kein Interesse an Demut (es lacht darüber). Können wir dessen Sog aushalten und irgendwie beruhigen? Erst dann sind wir wieder offen für den Klienten. Nur wenn wir also das eigene „Schattenkabinett“ kennengelernt und erfahren haben, wie die inneren Anteile auszuhalten sind oder wie diese „Teilpersönlichkeiten“ ggf. im positiven Sinne verwandelt werden können, gelingt es uns, dies seitens des Klienten zu ertragen. Sonst haben wir keine „Rückfahrkarte“ aus dessen „Hölle“.

Durch Achtsamkeitsübungen (Weiss et al., 2012) und meditative Praxis (Steiner, 2022) verstärken wir unser seelisches „Rückgrat“. Damit sich in uns Gelassenheit (Kapp, 2023; S. 254) entfaltet, wäre zu fragen, ob solche Übungen neben eigener Lehrtherapie nicht auch in dem Ausbildungsgang zum Psychotherapeuten wichtig sind. Lebt das in uns, dann kann sich im therapeutischen Prozess eine Sphäre ergeben, „wo Licht und Schatten sich zu neuer Klarheit gatten“ (Novalis).

### Literatur:

- Hilgers, M. (2006). *Scham – Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Holmes, T. (2011). *Reisen in die Innenwelt*. München: Kösel.
- Steiner, R. (2022). *Wie erlangt man Erkenntnisse der höheren Welten?* Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Weiss, H., Harrer, M. E. & Dietz, T. (2012). *Das Achtsamkeitsübungsbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Achim Weiser,  
Witten

<sup>1</sup> Niehaus, S. & Krause, A. (2024). Emotionalisierende Argumentationsstrategien gefährden Opferinteressen und rechtsstaatliche Prinzipien. In R. Deckers, G. Köhnken & J. Lederer (Hrsg.), *Die Erhebung und Bewertung von Zeugenaussagen im Strafprozess. Juristische, aussagepsychologische und psychiatrische Aspekte* (S. 69–95). Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag. Verfügbar unter: <https://irf.fhnw.ch/handle/11654/47319> [18.10.2024]

# Artikelverzeichnis 2024

Artikel	Ausgabe	Seite(n)
<b>Ahrens-Eipper, Sabine / Walter, Andrea</b> Psychotherapie und Strafverfahren – kein Widerspruch. Hintergründe und berufspraktische Hinweise für Psychotherapeut*innen	3/2024	242–250
<b>Benecke, Cord</b> 30 Jahre Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Neuerungen in der OPD-3	1/2024	36–43
<b>Caesar, Carsten</b> Die Legalisierung von Cannabis – einige Gedanken aus Sicht eines analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	4/2024	380–384
<b>de Andrade, Marilena / Helling-Bakki, Astrid</b> Childhood-Haus: Chance & Herausforderung im interdisziplinären Kinderschutz	3/2024	251–259
<b>Exner, Cornelia</b> Wie gelingt die Umsetzung der neuen Studiengänge zur Approbation in Psychotherapie? Antworten auf häufig gestellte Fragen	2/2024	128–134
<b>Haible-Baer, Nina / Kirsch, Peter</b> Die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter – Eine Aufgabe für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten?	2/2024	159–166
<b>Hartig, Alex</b> ICD-11: Veränderungen und Trends. Eine Übersicht – Teil I	1/2024	4–15
<b>Hartig, Alex</b> ICD-11: Veränderungen und Trends. Eine Übersicht – Teil II	2/2024	141–149
<b>Hauten, Lars / Jungclaussen, Ingo</b> Neuer Wein in neuen Schläuchen? Konzeptionelle und praxisbezogene Anmerkungen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-3)	3/2024	269–277
<b>Kalender, Anna / Pfeifer, Eric</b> Die Pathologie des Zeitgeistes und ihre kollektiven Fehlhaltungen. Eine Annäherung aus Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor E. Frankls	4/2024	385–392
<b>Kathmann, Norbert / Wahl-Kordon, Andreas / Staniloiu, Angelica / Rubart, Antonie / Favreau, Matthias / Zurowski, Bartosz / Voderholzer, Ulrich</b> Zwangsstörungen evidenzbasiert behandeln: Die Revision der deutschen S3-Leitlinie	4/2024	350–358
<b>Knott, Nele / van Noort, Betteke M.</b> Psychotherapie mit gehörlosen Patient*innen. Chancen und Herausforderungen aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen	4/2024	359–365

Artikel	Ausgabe	Seite(n)
<b>Lamparter, Ulrich / Schmidt-Diemel, Charlotte / Thöring, Teresa / Zarbock, Gerhard</b> „Kenne Deine Nächste wie Dich selbst“. Ein Interviewprojekt zum Erleben der psychotherapeutischen Ausbildung in einem psychodynamischen und einem verhaltenstherapeutischen Institut	2/2024	150–158
<b>Lovis-Schmidt, Avelina / Scheler, Elisa / Rindermann, Heiner</b> Psychotherapie gezielt ergänzen: Digitale Übungen zur Stärkung emotionaler Kompetenz. Evaluation mithilfe experimenteller Einzelfallstudien	3/2024	278–288
<b>Mazziotta, Agostino / Bröning, Sonja</b> Hilfreich oder schwierig? Erfahrungen queerer Menschen in Beratung und Psychotherapie	4/2024	366–379
<b>Micklitz, Hannah M. / Wössner, Gunda / Glaesmer, Heide / Sander, Lasse B.</b> Betroffene von Gewalt in Paarbeziehungen erkennen und unterstützen – Grundlagen für die psychotherapeutische Praxis	1/2024	24–35
<b>Müller, Christoph</b> Psychotherapeutisch Handeln inmitten des Traumas. Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach der Flucht	3/2024	260–268
<b>Radewagen, Christof</b> Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen und anderen Berufsheimnisträger*innen	1/2024	16–23
<b>Rau, Thea / Fegert, Jörg M. / Montag, Christiane / Schnell, Knut / Munz, Dietrich / Mayer, Sophia / Strauß, Hannah / Bröcker, Anna-Lena / Gesing, Alexander / Dittmar, Vera / Allroggen, Marc</b> Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen	1/2024	44–49
<b>Renneberg, Babette</b> Nachruf: Dianne L. Chambless (1948–2023)	1/2024	57
<b>Schemmel, Jonas</b> Wann gefährdet Psychotherapie die Glaubhaftigkeit in Strafverfahren (und wann nicht)? Erläuterungen und Handlungsempfehlungen für Psychotherapeut*innen	3/2024	233–241
<b>van Haren, Werner</b> Audioaufzeichnungen – eine einfache Möglichkeit zur Optimierung von Psychotherapie	2/2024	135–140
<b>Wahlsdorf, Nathalie / Michael, Tanja / Lass-Hennemann, Johanna / Sopp, Roxanne</b> Triggerwarnungen: Hilfreich, wirkungslos – oder sogar schädlich?	1/2024	50–56

## 45. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin

Am 15. und 16. November 2024 trat der 45. Deutsche Psychotherapeutentag in Berlin unter der Leitung von Birgit Gorgas, Stuart Massey-Skatulla und Dr. Jürgen Tripp zu seinen Beratungen zusammen.

### BPTK-Präsidentin appelliert nach Ampel-Aus an politisch Verantwortliche

„Das Hinauszögern der Gesetzgebung für psychisch kranke Menschen, das wir in den letzten drei Jahren erleben mussten, geht mit dem Auseinanderbrechen der Ampel-Koalition voll zu Lasten der Menschen mit psychischen Erkrankungen“, kritisierte Dr. Andrea Benecke, Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Dass somit keinerlei Verbesserungen für die Versorgung erreicht und auch die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung nicht mehr abgesichert werde, sei fatal. Benecke appellierte an die politisch Verantwortlichen, jetzt wahltaktische Interessen zum Wohle der Versorgung psychisch kranker Menschen zu überwinden und im Parlament Reformvorhaben rasch zu beschließen. Nach Neuwahlen müssten nicht umgesetzte Reformvorhaben zügig vorangetrieben werden.

Mit dem Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante Psychotherapie (QS-Verfahren) sei ein überbelegtes Bürokratiemonster ohne Nutzen für die Versorgung geschaffen worden, das unter keinen Umständen bundesweit ausgerollt werden dürfe. Hingegen seien bei der ambulanten Komplexversorgung endlich erste Schritte unternommen worden, die bestehenden Hürden der Richtlinie zeitnah abzubauen und für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu vermeiden. Ungelöst



*Versammlungsleitung 45. DPT v. l.: Stuart Massey Skatulla, Birgit Gorgas, Dr. Jürgen Tripp*

blieben allerdings die Probleme in der stationären Versorgung: Der Stillstand in der Personalbemessung erschwere eine leitliniengerechte Versorgung der Patient\*innen.

Die Delegierten dankten dem Vorstand für die breit gefächerten Aktivitäten und den großen Einsatz in der Bundespolitik. Das zentrale Thema der Aussprache war die fehlende Finanzierung der Weiterbildung. Der große Einsatz der Studierenden wurde von allen gewürdigt.

### Gemeinsame Lösungen für die psychotherapeutische Versorgung

Man müsse darüber sprechen, wie man die ambulante Versorgung stärken könne, eröffnete Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), seinen Vortrag. Er sei zuversichtlich, dass die separate Beplanung der psychotherapeutischen Versorgung

von Kindern und Jugendlichen auch im nächsten Koalitionsvertrag verankert werde. Grundsätzlich sei es illusorisch zu glauben, so Hecken, dass die Psychotherapeut\*innen in der Stadt die Speckgürtel mitversorgten. Hier und in den ländlichen Regionen müssten die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung maßvoll angepasst werden. Man müsse sich Gedanken machen, wie man Patient\*innen ohne Therapieplatz den Zugang zur Versorgung ermöglichen kann. Hecken gehe es nicht darum, Psychotherapeut\*innen vorzuwerfen, sie behandelten die falschen Patient\*innen. Es gehe um gute Lösungen für die Versorgung akuter Fälle, die bisher im Gesundheitswesen unter- oder sogar unversorgt blieben. Er lud die Profession ein, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, und schlug vor, gerade auch mit Blick auf die halben Versorgungsaufträge einen bestimmten Anteil für die Versorgung von Patient\*innen mit bestimmten Diagnosen und Schweregraden vorzusehen. Das erfordere



Dr. Andrea Benecke

aber eine differenzierte Einschätzung und eine ausgefeilte Steuerung, damit die Patient\*innen in die richtige Versorgungsform und -ebene geleitet würden.

Nachbesserungsbedarf sah Hecken auch bei der ambulanten Komplexversorgung. Damit sich mehr Netzverbände bilden könnten, müssten insbesondere die halben Versorgungsaufträge einbezogen, die Teamgröße angepasst und die Vorgabe zur Einbindung der Krankenhäuser überdacht werden. Die Richtlinie bei Kindern und Jugendlichen könne als Vorbild dienen.

Es schaffe keine Akzeptanz, so Hecken mit Blick auf das QS-Verfahren, wenn man Aspekte abfrage, die für die Versorgung irrelevant seien, oder

an Indikatoren festhalte, die nur bereits etablierte Standards abbildeten. Keine Qualitätssicherung in der Psychotherapie sei aber auch keine Option. Hecken ermutigte die Profession, sich beim QS-Verfahren ambulante Psychotherapie unter Rückgriff auf den Innovationsfonds um eine unabhängige externe Evaluation zu bemühen und dabei gegebenenfalls auch alternative Ansätze zu untersuchen.

Zur PPP-Richtlinie konstatierte Hecken, dass seit ihrem Inkrafttreten die ohnehin geringen Anforderungen, für die der G-BA seinerzeit scharf kritisiert worden sei, nicht erfüllt würden. Er kündigte an, dass er die Ergebnisse der EPPIK-Studie zum Plattform-Modell in eine neue Richtlinie übertragen und bei Nicht-

Erfüllung der Qualitätsanforderungen Sanktionen vorsehen wolle.

In der anschließenden Diskussion betonten die Delegierten, dass sie die Steuerung der Patientenversorgung in der Sprechstunde sehr ernst nähmen, und zeigten gleichzeitig ihre Grenzen auf – vor allem bei der Schweregrad-einteilung. Die Diagnose allein dürfe nicht zugrunde gelegt werden. Auch die grundversorgende Psychotherapie, aufsuchende Angebote, Gruppenangebote und die Prävention müssten stärker in den Blick genommen werden.

### Klinikversorgung für Patient\*innen zukunfts- und flexibel ausgestalten

Über Perspektiven der Klinikversorgung von psychisch erkrankten Menschen referierte Prof. Dr. Tom Bschor, Leiter und Koordinator der Regierungskommission Krankenhausversorgung. Anders als in anderen Bereichen gebe es im Krankenhaus seit Jahrzehnten Personaluntergrenzen. Dabei mangle es vor allem bei der pflegerischen und ärztlichen Versorgung an Fachkräften. Psychotherapeut\*innen könnten mehr Verantwortung übernehmen, um den Fachkräftemangel auszugleichen. In einigen Kliniken übernehmen Psychotherapeut\*innen bereits Nacht- und Notdienste. Dies sei aber noch nicht flächendeckend der Fall. Er kritisierte, dass die Patientenversorgung viel zu unflexibel sei. Klinik, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), stationsäquivalente Behandlung, Modellprojekte und



Prof. Josef Hecken



Prof. Dr. Tom Bschor

ambulanter Bereich müssten stärker ineinandergreifen. Der\*die Patient\*in solle das Angebot erhalten, das sie brauche. Das Globalbudget sei ein geeignetes Mittel, um regionale Versorgung sektorenübergreifend zu gestalten. Die PIA müssten nach dem bayerischen Modell weiterentwickelt werden und eine Einzelleistungsvergütung erhalten. Bschor sah hier keine Konkurrenz zum niedergelassenen Bereich, denn die hohe Anzahl an Patient\*innen sei nur gemeinsam zu bewältigen. Zudem könne die Einzelleistungsvergütung die Bedeutung der psychotherapeutischen Versorgung und die Stellung der Psychotherapeut\*innen in den PIA, inklusive der Abbildung der psychotherapeutischen Befugnisse, stärken.

Die Delegierten forderten in der folgenden Diskussion, dass die psychotherapeutischen Kompetenzen in den Kliniken endlich äquivalent zum ambulanten Bereich abgebildet werden. Bschor unterstützte dies.

### Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen

BPTK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop erläuterte den dringenden Novellierungsbedarf bei der Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen (GOP) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),



Cornelia Metge



Sabine Maur

auf die die GOP verweise. Das Bundesgesundheitsministerium komme seiner Aufgabe als Verordnungsgeber seit über einem Vierteljahrhundert nicht nach. Hier müsse die neue Bundesregierung in die Pflicht genommen werden.

Angesichts der aktuellen Situation sei er sehr froh, dass es der BPTK gelungen sei, nach längeren Verhandlungsrunden mit dem PKV-Verband und der Beihilfe als eine Art Brückenlösung zusammen mit der Bundesärztekammer gemeinsame Abrechnungsempfehlungen für neue psychotherapeutische Leistungen zu vereinbaren. Hierdurch könnten nun Leistungen wie die Sprechstunde, die Akutbehandlung, aber auch die Kurzzeittherapie als Einzel- und Gruppenbehandlung für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte erbracht und bei deutlich verbesserter Vergütung abgerechnet werden. Auch für diagnostische Leistungen, Kurzinterventionen oder die Einbindung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die psychotherapeutische Behandlung seien gute Lösungen gefunden worden. Man befinde sich auf einem guten Weg, diese auch im Bereich der Landesbeihilfe systematisch umzusetzen.

Melcop erläuterte, dass mit diesen Abrechnungsempfehlungen nicht alle Probleme gelöst werden konnten. Auch seien in manchen Bereichen Nachbes-

serungen erforderlich. Das gelte unter anderem für die Bezugspersonenstunden in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Patient\*innen mit geistiger Behinderung, für Mehrfachsitzen bei Expositions- oder traumafokussierten Behandlungen, für die Systemische Therapie oder die Vergütungsunterschiede zwischen den Verfahren. Die Verhandlungspartner\*innen hätten eine Überprüfung der Erfahrungen nach einem Jahr vereinbart, um dann auch aufgetretene Nachbesserungsbedarfe zu klären. Die BPTK werde sich im Vorfeld mit den Fachgesellschaften und Verbänden über mögliche Nachjustierungen austauschen.

Die Delegierten begrüßten die Vereinbarung der gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen als eine wichtige Verbesserung. Sie dankten dem Vorstand für den langen Atem bei den Verhandlungen, für die BPTK-Informationsveranstaltungen und für die Unterstützung der Landeskammern, die vielen Nachfragen der Mitglieder zu beantworten.

### Weiterbildung umsetzen, um die Ausbildungsreform zu beenden

Cornelia Metge, Mitglied im BPTK-Vorstand, wies in ihrer Einführung auf das große Engagement der gesamten Profession hin, die Ausbildungsre-



Dr. Nikolaus Melcop



Wolfgang Schreck

form jetzt mit der Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen zu vollenden. Studierende, Psychotherapeut\*innen in Ausbildung, Verbände und Kammern hätten sich geschlossen für gemeinsam entwickelte Lösungen zur Finanzierung der Weiterbildung eingesetzt. Das Scheitern der Ampelkoalition sei kurz vor Gesetzesbeschlüssen deshalb für die Profession ein Tiefschlag.

Bundesweit seien die neuen Weiterbildungen in den Psychotherapeutenkammern geregelt. Auch die neuen BPtK-Weiterbildungsgremien hätten

ihre Arbeit aufgenommen. Es sei eine stetig steigende Anzahl zugelassener Weiterbildungsstätten, zugelassener Weiterbildungsbefugter sowie laufender Zulassungsanträge zu verzeichnen. Alle Fachgebiete und alle Versorgungsbereiche seien abgedeckt. Das gemeinsame Wirken der BPtK und Landeskammern sowie der ständige Austausch mit den Trägern und Verbänden potenzieller Stätten zahle sich aus. Trotzdem müssten an vielen Stellen dicke Bretter gebohrt werden, vor allem im institutionellen Bereich. Gleichzeitig bedeute eine Zulassung als Weiterbildungsstät-

te nicht automatisch, dass Weiterbildungsstellen angeboten werden können. Viele Zulassungen erfolgten unter dem Vorbehalt, dass die Stätten den Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung ein angemessenes Gehalt zahlen können.

Die Profession müsse sich darauf einstellen, dass die Bundespolitik ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Weiterbildung in dieser Legislaturperiode nicht mehr gerecht werde. Unter diesen Umständen müsse gemeinsam nach angemessenen Lösungen gesucht



45. Deutscher Psychotherapeutentag

werden. Die BPTK werde dazu allen Beteiligten ein Verfahren vorschlagen.

### Auftrag zur Erarbeitung einer Bereichsweiterbildung Hypnotherapie

BPTK-Vorstand Cornelia Metge und Dr. Christina Jochim, Sprecherin der Weiterbildungscommission, stellten Änderungsbedarfe der Muster-Weiterbildungsordnungen vor. Die zuständigen BPTK-Gremien hatten in Abstimmung mit den Landeskammern Lösungsvorschläge erarbeitet, um zum Beispiel Unschärfen in den Ordnungen zu beseitigen. Der DPT stimmte allen Änderungen einstimmig oder mit sehr großer Mehrheit zu. Zudem beauftragten die

Delegierten die BPTK-Weiterbildungscommission, eine Bereichsweiterbildung Hypnotherapie für die Muster-Weiterbildungsordnungen zu erarbeiten.

Mit der Vorlage von Anträgen zur Regelung verfahrensspezifischer Kompetenzen in den Bereichen Spezielle Psychotherapie bei Diabetes und Spezielle Schmerzpsychotherapie beendete die Kommission Zusatzqualifizierung der BPTK ihren letzten Arbeitsauftrag. Barbara Lubisch erläuterte den von der Kommission moderierten Diskurs. Am Ende votierte der DPT mit knapper Mehrheit dafür, in diesen Bereichsweiterbildungen keine spezifischen Kompetenzen wissenschaftlich anerkannter

Psychotherapieverfahren zu regeln. Metge dankte den Mitgliedern der Kommission und ihrem Sprecher Dr. Bruno Waldvogel im Namen des gesamten Vorstandes für die in den vielen Jahren geleistete wertvolle Arbeit.

### Vom 45. DPT verabschiedete Resolutionen

Abschließend verabschiedeten die Delegierten mit jeweils sehr großen Mehrheiten Resolutionen, mit denen sie die Politik zum Handeln aufrufen. Die Resolutionen können nachgelesen werden unter: [www.bptk.de/pressemitteilung/resolutionen-des-45-deutschen-psychotherapeutentages/](http://www.bptk.de/pressemitteilung/resolutionen-des-45-deutschen-psychotherapeutentages/).

## Diotima-Ehrenpreis 2024: Zwei herausragende Persönlichkeiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geehrt

Am 14. November 2024 wurden in Berlin Peter Lehndorfer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, und Prof. Dr. Silvia Schneider von der Ruhr-Universität Bochum mit dem Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft geehrt. Beide haben sich in besonderer Weise um die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen verdient gemacht.

„Peter Lehndorfer hat sich immer als Anwalt psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verstanden. Seinem berufs- und gesellschaftspolitischen Engagement verdanken wir insbesondere, dass es ein auf Kinder und Jugendliche spezialisiertes psychotherapeutisches Versorgungsangebot in Deutschland gibt“, würdigte BPTK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop die Verdienste Lehndorfers in seiner Laudatio. BPTK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke betonte in ihrer Laudatio: „Prof. Dr. Silvia Schneider hat mit ihrer Arbeit maßgeblich zur Implementierung und Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie beigetragen. Dass die klinische Kinder- und Jugendpsychologie heute fester Bestandteil der universitären Ausbildung ist, ist auch ihr Verdienst.“



*Peter Lehndorfer und Prof. Dr. Silvia Schneider*

„Die Stärkung der in den letzten 20 Jahren stark geschwächten psychischen Gesundheit von Heranwachsenden ist angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels zentral“, erklärte Prof. Dr. Sabine Walper, Direktorin des Deutschen Jugendinstituts, in ihrem Festvortrag. Eine Schlüsselrolle komme dabei „communities that care“ zu. Gemeinsam und langfristig müssten in den Kommunen, in Kindergärten und

Schulen, Familien und Nachbarschaft bekannte Risikofaktoren für schulische Probleme, Depressionen, Gewalt oder Drogenkonsum reduziert werden, um ein gesundes Aufwachsen aller zu ermöglichen.

Sabine Rieser, Fachjournalistin für Gesundheits- und Sozialpolitik, führte durch das Podiumsgespräch mit der Frage, wie Psychotherapeut\*innen zu



*Dr. Andrea Benecke und Prof. Dr. Silvia Schneider*



*Dr. Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer*

einem psychisch gesunden Aufwachsen beitragen können. Die Preisträgerin Prof. Dr. Schneider plädierte dafür, Psychotherapie neu zu denken. In alle Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen müsse die Psychotherapie integriert werden. Ganz essenziell sei es, Gesundheit, Bildung und Jugendhilfe eng zusammenzudenken. Preisträger Peter Lehndorfer unterstrich, dass Psychotherapeut\*innen, diejenigen Kinder und Jugendlichen stärker in den Blick nehmen müssten, die nicht von sich aus den Weg in die Praxis fänden. Häufig kämen sie aus Familien, in denen

vielfältige Risiken für die Entstehung einer psychischen Erkrankung kumulierten, wie zum Beispiel chronische Erkrankungen der Eltern, Armut oder Bildungsferne.

Ulrike Bahr, Mitglied des Bundestages (SPD) und Vorsitzende des Familienausschusses, forderte, dass Gesundheits- und Familienpolitik, Krankenkassen und Fachleute gemeinsame und aufeinander abgestimmte Lösungen entwickeln müssen, um die Sektoren zu überwinden. Dem stimmte auch Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Mitglied des Bundes-

tages (Bündnis 90/Die Grünen) und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, zu. Eine Stärkung des Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche sowie Mental Health in all Policies müssten vorangetrieben werden. Das seien Ziele auch für die nächste Legislaturperiode. Allianzen seien notwendig, um gemeinsam gesundes Aufwachsen in den Lebenswelten zu ermöglichen. Für die Krankenkassen sei Prävention ein wichtiges Anliegen, schloss Stephanie Bosch vom Dachverband der Betriebskrankenkassen ab.

## Für den Abbau von Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung – BPtK-Fachtag „Antisemitismus, Rassismus: Diskriminierung in der Psychotherapie“

„Diskriminierung, Antisemitismus und Rassismus sind kein situatives, sondern ein strukturelles Problem in unserer Gesellschaft“, sagte Dr. Andrea Benecke, Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), zur Eröffnung des BPtK-Fachtages zum Thema „Antisemitismus, Rassismus: Diskriminierung in der Psychotherapie“ am 8. Oktober 2024.

Prof. Dr. Ulrike Kluge, Leiterin des Zentrums für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie und des Forschungsbereichs Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung an der Charité, beleuchtete in ihrem Vortrag die Auswirkungen von Diskriminierung auf die psychische Gesundheit der Menschen. Sie legte dar, dass Rassismus und Dis-

kriminierung das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen, unter anderem für Psychosen. Dem Einsatz von Sprachmittler\*innen im Gesundheitswesen komme eine enorme Bedeutung zu und dieser müsse finanziert werden, um Betroffenen den Zugang zur Versorgung zu ebnet.

Dina Dolgin vom Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, stellte die Sprechstunde für von Antisemitismus Betroffene vor, die nach dem terroristischen Anschlag der Hamas vom 7. Oktober 2023 in Israel eingerichtet worden war. Die Ratsuchenden berichteten von Gefühlen von Bedrohung, vom Rückzug aus dem öffentlichen Raum und fehlendem Verständnis im sozialen Umfeld. Sie litten

an Ängsten, Schlafstörungen sowie Symptomen Posttraumatischer Belastungsstörungen und Depressionen.

Prof. Dr. Ilka Quindeau, Professorin an der Frankfurt University of Applied Sciences und Fellow am Zentrum für Antisemitismusforschung an der Technischen Universität Berlin, beschrieb eine psychoanalytische Perspektive auf Antisemitismus. Sie konstatierte, dass Antisemitismus so alt sei wie das Christentum und in der Gesellschaft latent fortbestehe. Sie zeigte auf, dass Antisemitismus als grober und gewaltbereiter, aber auch als alltäglicher und unscheinbarer in der Gesellschaft fortbestehe. Dies zeige sich auch bei Menschen, die sich selbst frei von antisemitischen Gedanken wähnten. An

dieser Stelle müsse die Selbstreflexion ansetzen, um eigene blinde Flecken zu hinterfragen.

Dr. Nora Hettich-Damm, Leiterin des Projekts „Rassistische Diskriminierung im Kontext psychischer Gesundheitsversorgung“ an der Universitätsmedizin Mainz, präsentierte erste Auswertungen von Interviews mit Menschen, die im psychotherapeutischen Kontext Diskriminierungserfahrungen gemacht haben. Sie berichtete unter anderem von der Dethematisierung von Rassismus, zum Beispiel wenn sich Patient\*innen mit ihren in der Psychotherapie angesprochenen Rassismuserfahrungen von Psychotherapeut\*innen nicht validiert fühlen. Vor diesem Hintergrund sollten sich Psychotherapeut\*innen Strategien zum Umgang mit Rassismus aneignen.

Prof. Dr. Berrin Özlem Otyakmaz, Professorin an der Universität Kassel, stellte Studien zum Zusammenhang zwischen Rassismuserfahrungen und PTBS-äquivalenten traumatischen Stressreaktionen vor. Für eine Behandlung sei zentral, dass das von Rassismuserfahrungen verursachte Leiden der Betroffenen anerkannt werde. Wichtig sei auch die Anregung zur Selbstfürsorge und das Ermöglichen der Artikulation von empfundener Wut gegenüber den Täter\*innen. Sie betonte das Erarbeiten

von Coping- und Widerstandsstrategien mit Patient\*innen.

Wie eine diskriminierungssensible Psychotherapie gestaltet werden kann, zeigten Dr. Christina Schütteler, niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, und Dr. Timo Slotta, geschäftsführender Leiter der verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz für Psychotherapie an der Universität zu Köln, in einem Workshop auf. Schütteler und Slotta regten die Teilnehmenden im Verlauf des Workshops an, sich an kurzen Übungen zur Selbstreflexion zu beteiligen, um sich der eigenen Privilegien bewusst zu werden. Sie machten deutlich, dass das Repertoire an Abwehrstrategien gegenüber eigenem diskriminierendem Verhalten

groß sei. Anhand verschiedener Fragestellungen könnten Psychotherapeut\*innen ihrem Auftreten und Verhalten auf den Grund gehen.

In ihrem Schlusswort betonte Sabine Maur, Vizepräsidentin der BPtK und Vorstandsbeauftragte für Antidiskriminierung und Diversität, wie dringlich es sei, sich selbstkritisch mit Diskriminierung in der Psychotherapie auseinanderzusetzen. Zahlreiche Rückfragen der Teilnehmer\*innen machten deutlich, dass das Interesse und die Bereitschaft groß sind, sich mit diesem Thema aktiv auseinanderzusetzen. Als Teil der von der BPtK initiierten Antidiskriminierungsstrategie habe der Fachtag den Auftakt für die Auseinandersetzung und Reflexion innerhalb der Profession gebildet.

### Neues BPtK-Curriculum: Klimakrise und psychische Gesundheit

Das BPtK-Curriculum und die gleichnamige BPtK-Fortbildung „Klimakrise und psychische Gesundheit“ vermitteln Psychotherapeut\*innen Kenntnisse zu den Auswirkungen der Klimakrise insbesondere auf die psychische Gesundheit und zum fachspezifischen Umgang mit den auftretenden Folgen. Ab Frühjahr 2025 wird das Fortbildungsangebot von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG & AFS) deutschlandweit online angeboten. Es richtet sich an Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen. Eine Akkreditierung bei der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird beantragt.

Weitere Informationen stehen in Kürze auf der Webseite der LVG & AFS zur Verfügung: <https://www.gesundheit-nds-hb.de/>.

## Projekt eLogbuch erfolgreich gestartet

Nachdem der 43. Deutsche Psychotherapeutentag im November 2023 die BPtK als Arbeitsgemeinschaft der Landeskammern mit der Durchführung des Projektes *eLogbuch* beauftragt hatte, wird derzeit ein bundesweit einheitliches elektronisches Logbuch (eLogbuch) für Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung entwickelt.

Das eLogbuch ist eine Softwarelösung, die es künftig erlauben soll, erbrachte und noch zu erbringende Weiterbildungsleistungen und den Umfang von Weiterbildungsbefugnissen elektronisch zu dokumentieren und aktuell abzurufen. Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung, Weiterbildungsbefug-

te und die Landespsychotherapeutenkammern werden von einer langfristigen digitalen Dokumentation der Weiterbildung profitieren. Für die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung werden über den Weiterbildungszeitraum alle erworbenen Kompetenzen im eLogbuch sicher gespeichert und archiviert. Das eLogbuch kann somit vollständig digital der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer im Rahmen der Prüfungsanmeldung vorgelegt werden. Die Landespsychotherapeutenkammern können dann aufwandsarm sicherstellen, dass alle erworbenen Kompetenzen auch von berechtigten Weiterbildungsbefugten bestätigt wurden. Lange Bearbeitungszeiten, die sich

durch umfangreiche Überprüfungen der eingereichten Unterlagen ergeben würden, können somit minimiert werden.

Inzwischen wurde der Grundstein für einen erfolgreichen Projektstart gelegt: In einer gemeinsamen vertraglichen Vereinbarung haben alle Landespsychotherapeutenkammern ihre Zusammenarbeit für das Projekt *eLogbuch* festgehalten.

BPtK und die Landespsychotherapeutenkammern haben ein gemeinsames Projektteam eingesetzt, dem Expert\*innen für die neue Weiterbildungsordnung und IT-Expert\*innen angehören. Mit Unterstützung eines

erfahrenen IT-Beratungsunternehmens wird das Projektteam in den kommenden Wochen die Anforderungen an die neue Software definieren und in einem Lastenheft festhalten. Auf der Grundlage dieses Lastenhefts können dann

Angebote bei Unternehmen für Softwareentwicklung eingeholt werden. Unternehmen, die ein Angebot abgeben wollen, müssen zuvor definierte Kriterien erfüllen und darlegen, wie sie das Projekt umzusetzen beabsichtigen.

Das Projektteam prüft und bewertet die eingegangenen Angebote eingehend und gibt eine Empfehlung ab. Am Ende entscheiden die Landeskammern, welches Angebot den Anforderungen genügt und den Zuschlag erhält.

## Geänderte Approbationsordnung: Neue Parcoursprüfung kann nur Übergangslösung sein

Am 1. November 2024 ist die Zweite Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Kraft getreten. Damit soll das Format der Parcoursprüfungen am Ende des Psychotherapiestudiums vereinfacht werden.

Die anwendungsorientierten Parcoursprüfungen mit Simulationspatient\*innen waren im Jahr 2023 erstmals parallel an mehreren Universitäten als Teil der Approbationsprüfung durchgeführt worden. Dabei hat sich allerdings gezeigt, dass dieses Format angesichts der künftig zu erwartenden Anzahl an Prüfungskandidaten\*innen wegen des hohen Ressourcenbedarfs langfristig nicht geeignet ist.

Um den organisatorischen Aufwand zu reduzieren, werden die fünf Kompetenzbereiche Patientensicherheit, Therapeutische Beziehungsgestaltung, Diagnostik, Patienteninformation und Patientenaufklärung sowie Leitlinienorientierte Behandlungsempfehlungen nach wie vor getrennt bewertet, aber in nur zwei Stationen geprüft. Format und Inhalte der Parcoursprüfung bleiben erhalten.

Die BPtK begrüßt diese Änderungen, bewertet sie aber als Zwischenlösung, weil für die Approbationsprüfungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mittelfristig ein neues Format entwickelt werden muss. Denn auch wenn nun sichergestellt wird, dass jeder\*jede Prüfungskandidat\*in tat-

sächlich in Bezug auf die psychotherapeutischen Kompetenzen im Bereich Kinder und Jugendliche geprüft wird, dürfen Kinder und Jugendliche aus rechtlichen und ethischen Gründen nicht als Simulationspersonen herangezogen werden. Auch wird man evaluieren müssen, wie die Umsetzung dieser veränderten Approbationsprüfung gelingt, angesichts der weiterhin beträchtlichen personellen und räumlichen Ressourcen, welche auch die Durchführung dieser Parcoursprüfungen beansprucht. Die Zweite Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kann hier nachgelesen werden: [www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/309/VO.html?nn=55638](http://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/309/VO.html?nn=55638).

## 2025 kommt die „ePA für alle“ – Was bedeutet das für Psychotherapeut\*innen?

Ein Kernstück der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die elektronische Patientenakte (ePA). Ab 2025 wird die „ePA für alle“ flächendeckend eingeführt. Das heißt, für alle Versicherten wird dann eine elektronische Patientenakte angelegt. Wer dies nicht möchte, muss aktiv widersprechen.

Was ändert sich mit der „ePA für alle“ im psychotherapeutischen Versorgungsalltag? Wie funktioniert sie? Und welche Pflichten gehen für Psychotherapeut\*innen damit einher? Diesen und anderen für Psychotherapeut\*innen relevanten rechtlichen und fachlichen Fragen geht die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in ihrer neuen Pra-

xis-Info „Elektronische Patientenakte“ nach. Diese kann unter <https://www.bptk.de/praxis-infos/elektronischepatientenakte/> heruntergeladen werden.

Darüber hinaus bietet die BPtK gemeinsam mit der Nationalen Agentur für Digitale Medizin (gematik) **Online-Informationsveranstaltungen** zur ePA speziell für Psychotherapeut\*innen an. Am 26. November 2024 hat bereits ein erster Termin stattgefunden. Anfang 2025 steht dieses Angebot für Psychotherapeut\*innen in zwei weiteren Terminen zur Verfügung:

■ am 22. Januar 2025 von 18.00 bis 20.30 Uhr sowie

■ am 24. Januar 2025 von 9.00 bis 11.30 Uhr.

Eine Anmeldung ist ab sofort möglich unter: <https://forms.office.com/e/5B7gyN3Pkq>.

### Geschäftsstelle

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



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kurz vor Redaktionsschluss gab es zwei politische Paukenschläge: die Wahl von Donald Trump zum US-Präsidenten und die Beendigung der Ampelkoalition. Beide haben intensive Diskussionen ausgelöst, Fragen aufgeworfen und auch Ängste ausgelöst, welche politischen Konsequenzen zu erwarten sind.

Der Wahlkampf wird vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Situation und der Ressourcenknappheit sicher auch die soziale Sicherung sowie den Umgang mit Menschen in prekären wirtschaftlichen Verhältnissen betreffen. Betroffene sind häufig auch Menschen mit psychischen Erkrankungen und Alleinerziehende. Armut und eingeschränkte soziale Teilhabe bedeuten immer auch eine psychische Belastung, für Kinder meist begrenzte Bildungs- und Entwicklungschancen. Das alles führt, wie alle Erhebungen zeigen, zu erhöhtem Risiko für eine psychische Erkrankung.

Es ist zu befürchten, dass im Wahlkampf diese Themen polarisierend und vielleicht auch stigmatisierend aufgegriffen werden. Wir sind aufgefordert, uns für Menschen mit psychischen Erkrankungen und von Erkrank-

ung bedrohte Menschen einzusetzen und einzufordern, dass sowohl die Versorgung, mehr jedoch auch das immer wieder vermiedene Thema der Prävention endlich aufgegriffen wird und hierin nicht ein Kostenfaktor, sondern die Förderung bzw. der Erhalt von Gesundheit als Ressource für die Zukunft gesehen wird.

Auch unsere eigenen Interessen sollten wir dabei nicht vergessen. Wir brauchen ausreichend Nachwuchs, der nach der Weiterbildung theoretisch und praktisch gut ausgebildet in den Beruf geht. Deshalb muss die erforderliche Finanzierung der Weiterbildung in allen Versorgungsbereichen sichergestellt werden. Auch eine neue, gründlich überarbeitete Gebührenordnung ist längst überfällig.

Wir wünschen Ihnen trotz der unsicheren Zeiten erholsame Weihnachtstage und einen guten Start ins neue Jahr.

Ihr Kammervorstand

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

## Bericht über die Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg vom 18./19. Oktober 2024

Am 18. Oktober 2024, dem ersten Tag der Vertreterversammlung (VV), stand zunächst der Bericht des Vorstandes im Mittelpunkt. Nach der ausführlichen Diskussion zum Bericht wurde der Tätigkeitsbericht des Arbeitskreises (AK) „Psychotherapie bei Intelligenzminderung“ vorgestellt. Vorstandsmitglied Dorothea Groschwitz führte in das Thema ein. Anlass der Vorstellung in der Vertreterversammlung war das 10-jährige Bestehen des AK.

Auf dem Podium waren Klaus Diegel, Sabine Luttinger und Dr. Kerstin Lutz anwesend, Dr. Jan Glasenapp, Stefan Meir und Dr. Roland Straub waren online dazugeschaltet. Die Gründungsmit-

glieder Silke Sacksofsky und Hermann Kolbe waren leider verhindert.

Sie berichteten von ihren persönlichen Wegen in diesen Arbeitskreis und wie sie in ihren beruflichen Tätigkeiten mit dem Thema Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung in Berührung gekommen sind. Es wurden die Entstehungssituation und -gründe, die Ziele und bedeutende Meilensteine in der Entwicklung des AK sowie die erzielten Erfolge dargestellt.

Die Aktivitäten des AK haben nicht nur zu einer deutlichen Aufwertung des Themas in der Kollegenschaft geführt, sondern es ist dem AK auch ge-



Plenum der LPK-Vertreterversammlung

lungen, die Versorgungssituation von Patient\*innen mit Intelligenzminderung positiv zu beeinflussen (ausführliche Informationen über die Entstehung, die Arbeit und Erfolge des AK finden Sie in unserem Sonderbericht zum 10-jährigen Jubiläum des AK auf S. 413). Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz bedankte sich nachdrücklich bei den Mitgliedern des Arbeitskreises.



*PiA-Sprecherin Anne-Marie Scholz*

Außerdem beschloss die VV, dass die PiA-Sprecherin Anna-Marie Scholz in der Klimakommission der LPK BW mitarbeiten wird. Aufgrund ihrer langjährigen ehrenamtlichen Erfahrung im Bereich des Klimaschutzes ist dies ein großer Gewinn für die Klimakommission und deren künftige Arbeit.

Der 2. Tag der VV stand im Zeichen der Haushaltsdiskussion. Zunächst referierte die Wirtschaftsprüferin ihren Prüfbericht, anschließend trug die Vorsitzende des Haushaltsausschusses, Ulrike Böker, den Bericht des Haushaltsausschusses vor. Nach ausführlicher Diskussion wurde dann der Nachtragshaushalt für 2023, der aufgrund der höheren Kosten für die Kammerwahl nötig wurde, einstimmig verabschiedet. Der Jahresabschluss 2023 wurde anschließend von der VV genehmigt, die Rechnungsführerin und der Vorstand entlastet. Der laufende Haushalt für das Jahr 2024 wurde dargestellt und erläutert.

Die Beratung zum Haushalt 2025 begann mit der Vorstellung des Haushaltsplanes für 2025 durch die Rechnungsführerin Petra Neumann. Sie führte insbesondere aus, warum eine Beitragssteigerung erfolgen muss. Nach acht Jahren ohne Beitragsanpassung sei dieser Schritt unumgänglich. Dass die Beträge nicht schon früher erhöht werden mussten, liege zum einen an den gestiegenen Mitgliedszahlen von ca. 5.500 im Jahr 2016 auf ca. 7.500 im laufenden Jahr. Das hat zwar höhere Einnahmen bewirkt, die allerdings durch Preissteigerungen, zunehmenden Arbeitsanfall und weitere Effekte mit dem im Bundesvergleich unterdurchschnittlichen Beitrag aufgezehrt wurden. So weist schon das aktuelle Jahr ein leichtes Defizit auf, ein ausgeglichener Kammerhaushalt war trotz der gestiegenen Mitgliederzahlen für das kommende Jahr nicht mehr zu erreichen. Einspareffekte, die durch die Corona-Pandemie bedingt waren, wie bspw. geringere Ausgaben für Präsenzveranstaltungen, können perspektivisch die Preissteigerungen nicht kompensieren. Die durch die VV schon in den Vorjahren genehmigten Personalstellen konnten mangels geeigneter Bewerber\*innen in den letzten Jahren nicht besetzt werden. Die zwischenzeitlich erfolgreiche Anwerbung und Einstellung von Mitarbeiter\*innen auf die Planstellen sowie die mehrjährige deutliche Inflation führten dann zum Anstieg und nachgelagerten Erreichen der Plankosten. Somit ergibt sich strukturell die Situation, dass der Bestandsbeitrag nicht mehr ausreicht, um alle notwendigen Ausgaben zu decken. Der Kammerbeitrag sollte deshalb nach dem vorgeschlagenen Haushaltsplan von 440,- auf nun 515,- Euro erhöht werden. Es folgte eine kontroverse Diskussion, in der Delegierte darauf hinwiesen, dass eine Erhöhung den Mitgliedern nicht zu vermitteln sei. Andere Delegierte sahen die Erhöhung als überfällig, notwendig und nachvollziehbar an.

Schon vor der VV wurde ein Gegenantrag zur Festsetzung des Kammerbeitrags auf 480,- Euro statt 515,- Euro gestellt, mit der Maßgabe, dass der Haushalt auf dieser Basis neu erstellt

werden solle. Als Ergebnis aus der Debatte und nach mehreren Sitzungsunterbrechungen wurde dann ein Gegenantrag für einen Kammerbeitrag von 490,- Euro eingebracht. Dieser fand eine Mehrheit in der Vertreterversammlung. Gleichzeitig mit diesem Antrag wurden der Haushaltsausschuss und der Vorstand beauftragt, eine moderate jährliche Beitragsanpassung basierend auf noch zu erarbeitenden Kennzahlen zu erarbeiten, anstatt eine Erhöhung nach mehreren Jahren vorzunehmen. Diese könnte beispielsweise an die allgemeine Preissteigerungsrate gekoppelt werden. Konsequenz des Beschlusses ist, dass der Haushaltsplan für 2025 nur mit einem Defizit verabschiedet werden konnte, das aus Rücklagen zu decken ist.

Ein Antrag, der im Haushaltsausschuss vorbesprochen war und eine Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung zur Erhöhung der Entschädigungen für ehrenamtliche Arbeit in den Kammergremien vorsah, wurde durch Beschluss der VV auf das nächste Jahr vertagt.

Nach einem Beschluss zur Einrichtung einer Satzungskommission zur Überarbeitung der Kammerstatuten zur Anpassung an die Folgen der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes wurde



*Dr. Andreas Vogelmann (Vertreter des Ministeriums für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg)*

ebenfalls die vorgeschlagene Satzung für die einzurichtenden Kreispsychotherapeutenchaften mehrheitlich verabschiedet. Diese sollen zunächst auf fünf Jahre in Modellregionen erprobt werden. Für die Modellregionen zur Errichtung von Kreispsychotherapeutenchaften wurden fünf Modellregionen vorgeschlagen und durch Beschluss-

fassung festgelegt: Ulm, Esslingen, Ravensburg, Freiburg und Mannheim. Dabei ist angedacht, kaskadierend mit Modellregionen zu beginnen. Ziel der Kreispsychotherapeutenchaften ist einerseits eine bessere Vernetzung unserer Kolleg\*innen untereinander, mehr noch die bessere Vernetzung mit den verschiedenen regionalen Strukturen

im Gesundheitssystem und die Vertretung unserer Berufsgruppe in den regionalen Gesundheitskonferenzen.



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

## Arbeitskreis „Psychotherapie bei Intelligenzminderung“ vor zehn Jahren und heute: Entstehungsgeschichte, Persönlichkeiten und Projekte

*„Es geht eigentlich um den Menschen und nicht um den Intelligenzquotienten.“<sup>1</sup>*

Im Jahr 2007 wurde in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention unterzeichnet, die die Rechte von Menschen mit Behinderungen stärken und ihre volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern soll. Als Reaktion auf dieses Gesetz sind auf Bundesebene neue Gremien, Strukturen und Zusammenschlüsse entstanden, die die Umsetzung dieses Gesetzes im Einklang mit allen Prinzipien der UN-Konvention überwachen und sicherstellen sollen.



V. l. n. r.: Klaus Diegel, Sabine Luttinger, Dr. Kerstin Lutz

Auch die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg blieb nicht unbeteiligt und arbeitete auf Landesebene eng mit Institutionen wie der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Sozialministerium, der Liga der freien Wohlfahrtspflege sowie weiteren relevanten Akteuren zusammen, um die Prinzipien der Konvention in die Praxis umzusetzen und die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen in

allen Lebensbereichen substanziell zu verbessern.

2011 fand diese intensive Arbeit der Kammer ihren nächsten wichtigen Schritt in der Initiierung des Arbeitskreises für die Psychotherapie bei Intelligenzminderung (AK für PT bei IM), der im Rahmen der Vertreterversammlung gegründet wurde. Dies markierte den Beginn der zehnjährigen Geschichte des AK. Schon bei der ersten Sitzung definierte der AK seine Ziele und die Wege zur Realisierung dieser Vorhaben.

Zu den ersten festgelegten Zielen des AK gehörten zunächst die Erstellung eines Überblicks über die aktuelle Situation der psychotherapeutischen Versorgung von Patient\*innen mit Intelligenzminderung, die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, die darauf abzielen, mehr Psychotherapeut\*innen für das Thema zu interessieren und zu qualifizieren, um die Versorgungssituation für diese Patientengruppe deutlich zu verbessern, sowie die Verbesserung der Vernetzung mit großen Trägern, die sich in diesem Bereich bereits engagieren, wie etwa Caritas, Diakonie etc.

Heute lässt sich sagen, dass die Ziele nicht nur erreicht, sondern in gewisser Hinsicht übertroffen wurden.

Heute ist der AK für PT bei IM eine aktive Struktur, die regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zur Psychotherapie bei Intelligenzminderung durchführt, an denen ein stetig wachsendes Interesse besteht. Es wurde eine Liste



Mitglieder des AK für PT bei IM vor zehn Jahren

von Psychotherapeuten\*innen erstellt und gepflegt, die bereit sind, Menschen mit Intelligenzminderung in die Psychotherapie aufzunehmen, was die Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung deutlich verbessert. Inzwischen haben sich bereits 90 Psychotherapeut\*innen freiwillig in die Liste eintragen lassen, weil sie sich durch die Fortbildungsseminare bereit fühlen, Patient\*innen dieser Gruppe in die Psychotherapie aufzunehmen.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Arbeitskreises, die durch seine Tätigkeit hervorragend erfüllt wird, besteht darin, das Interesse an diesem wichtigen Thema in Fachkreisen und indirekt in der Gesellschaft zu wecken und aufrechtzuerhalten.

So wurden die regionalen Fachtagungen 2016 gemeinsam mit der Ärztekammer organisiert und durchgeführt sowie die thematischen Handreichun-

<sup>1</sup> S. Schäfer-Walkmann, F. Traub, M. Häussermann, R. Walkmann (2015). Barrierefrei gesund: Sozialwissenschaftliche Analyse der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Stadtgebiet Stuttgart.

gen erarbeitet und an die neuen Psychotherapierichtlinien angepasst. Seit 2019 engagiert sich der Arbeitskreis auch in der Diskussion um die neue Approbationsordnung, um sicherzustellen, dass die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe in der Weiterbildung berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wurden von den Mitgliedern des Arbeitskreises fachspezifische Qualitätszirkel in allen Regionen gegründet. Aktiv dabei sind bis heute Freiburg und Reutlingen. Im Raum Stuttgart soll ein Qualitätszirkel gegründet werden (Interessent\*innen können sich an Dr. Kerstin Lutz oder Dorothea Groschwitz wenden). Die Arbeit dieser Qualitätszirkel lenkt nicht nur die Aufmerksamkeit auf die Problematik der psychotherapeutischen Versorgung von Patient\*innen mit intellektueller Beeinträchtigung, sondern ermöglicht es auch, durch Fallbesprechungen die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe positiv zu beeinflussen.

Der AK für PT bei IM möchte sich aber nicht auf dem bisher Erreichten ausru-



*Jubiläumsvorstellung des AK für PT bei IM*

hen, sondern hat sich noch größere und weitreichendere Ziele gesetzt, u. a.: Die Pflege und Bewerbung der Liste niedergelassener Psychotherapeut\*innen, die sich zutrauen, mit Patient\*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu arbeiten, und die Gründung neuer Qualitätszirkel stehen nach wie vor im Vordergrund, um die Versorgung weiter zu verbessern. Darüber hinaus wurde

die Idee einer „barrierefreien Psychotherapie“ angesprochen, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe eingeht und damit psychotherapeutische Behandlung für alle, die sie benötigen, zugänglich macht.

Und nun zu den Personen, deren unermüdliches Engagement diese beeindruckenden Ergebnisse ermöglicht hat: Nach wie vor beteiligen sich Dr. Roland Straub, Klaus Diegel, Sabine Luttinger, Dr. Kerstin Lutz, Dr. Jan Glasenapp, Stefan Meir, Dr. Almut Helmes, Hermann Kolbe und Silke Sacksofsky aktiv an der Arbeit des AK.

Seit dem Ausscheiden von Dr. Roland Straub aus dem LPK-Vorstand, der übergangsweise den AK betreute, wird die Koordination der Aktivitäten des Arbeitskreises von Dorothea Groschwitz schrittweise übernommen.

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



## Beschlüsse der LPK-Vertreterversammlung vom 6. Juli 2024

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 6. Juli 2024 die folgenden Satzungen beschlossen:

- Zweite Satzung zur Änderung der Gebührenordnung vom 14. August 2024 (Inkrafttreten 21. August 2024): Amtliche Bekanntmachung vom 20. August 2024
- Satzung zur Änderung der Wahl der Vertreterinnen der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung zur VV vom 14. August 2024 (Inkrafttreten 21. August 2024): Amtliche Bekanntmachung vom 20. August 2024
- Neunte Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung vom 14. August 2024 (Inkrafttreten 21. August

2024): Amtliche Bekanntmachung vom 20. August 2024

- Dreizehnte Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten vom 14. August 2024 (Inkrafttreten 21. August 2024): Amtliche Bekanntmachung vom 20. August 2024

Die vorgenannten Satzungen sind nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (Genehmigungsvermerk vom 29. Juli 2024, Az.: 31.5415.5 – 001/1) am 14. August 2024 vom Präsidenten ausgefertigt und am 20. August 2024 auf der Kammerhomepage (URL:

[www.lpk-bw.de/kammer/amtliche-bekanntmachungen-der-lpk-bw](http://www.lpk-bw.de/kammer/amtliche-bekanntmachungen-der-lpk-bw)) öffentlich bekannt gemacht worden.

*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  
info@lpk-bw.de – www.lpk-bw.de

## 46. Delegiertenversammlung der PTK Bayern

Am 6. November 2024 fand die 46. Delegiertenversammlung der PTK Bayern unter der Sitzungsleitung von Agnes Mehl und Klemens Funk statt. Der Vorstand informierte u. a. über den Stand der Umsetzung der Weiterbildung, über die Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie sowie über die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Delegierten stimmten dem Haushaltsplan 2025 zu und beschlossen Änderungen der Weiterbildungsordnungen, der Wahlordnung sowie der Entschädigungs- und Reisekostenordnung.

### Bericht des Vorstands



*Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop  
(Fotos: PTK Bayern)*

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop informierte über die aktuellen Entwicklungen der Gesundheitspolitik auf bayrischer, bundesweiter und europäischer Ebene, z. B. die Bestrebungen, die Finanzierung der Weiterbildung im Gesundheitsversorgungstärkungsgesetz (GVSG) zu regeln. Außerdem erläuterte er die Gespräche mit ver.di zur Eingruppierung von Psychotherapeut\*innen und die neuen Abrechnungsempfehlungen für psychotherapeutische Leistungen für Privatversicherte. Er gab zudem einen Überblick über die Aktivitäten zum Thema „Klima und Psyche“.

gen für Privatversicherte. Er gab zudem einen Überblick über die Aktivitäten zum Thema „Klima und Psyche“.



*Vizepräsidentin Nicole Nagel*

Vizepräsidentin Nicole Nagel informierte über die psychotherapeutische Versorgung, die in unterschiedlichen gesundheitspolitischen Terminen behandelt wurde. Außerdem berichtete sie über die Aktivitäten der PTK Bayern bezüglich der Außenwahrnehmung der Kompetenzen von PP, KJP und zukünftigen Psychotherapeut\*innen sowie über aktuelle Entwicklungen im Kinder- und Jugendlichenbereich.

Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker gab einen Überblick zur Umsetzung der Weiterbildung. Sie stellte dafür die aktuelle Antragslage vor und berichtete über die Gremienarbeit auf Landes- und Bundesebene.

### Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop gab einen Überblick über die Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten Psychotherapie. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den gesetzlichen Auftrag, ein datengestütztes, einrichtungsvergleichendes QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie einzuführen. Der G-BA hat nun auf Basis der Vorlagen des IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) den Beschluss gefasst, ab 2025 mit einer Erprobungsphase in Nordrhein-Westfalen zu starten. Die Profession hat sehr große Kritik an diesem QS-Verfahren und befürchtet erhebliche Fehlentwicklungen oder Fehlsteuerungen für die Versorgung. Melcop ging dabei auf die Kritik an dem QS-Verfahren ein und stellte mögliche Perspektiven für die Profession vor.



*Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker*

### Finanzen

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel erläuterte den Haushaltsplan 2025 und stellte die Finanzprognose für die Haushaltsentwicklung der kommenden Jahre vor. Der Haushaltsplan wurde vom Finanzausschuss geprüft und befürwortet. Der Vorsitzende des Finanzausschuss, Rudi Bittner, gab daher in seiner Stellungnahme den Delegierten die Empfehlung, dem Haushaltsplan zuzustimmen. Die Delegiertenversammlung beschloss einstimmig den Haushaltsplan.



Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel

## Änderung von Satzungen und Ordnungen der PTK Bayern

Die Delegierten beschlossen diverse Änderungen der Weiterbildungsordnung PP/KJP sowie der Weiterbildungsordnung PT. Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel erläuterte die Anpassungen. So wurde u. a. in beide Ordnungen aufgenommen, dass Weiterbildungsnachweise aus anderen Bundesländern anerkannt werden können.

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas informierte über Änderungen der Wahlordnung und die damit verbundenen Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung. Zukünftig sollen Personen mit Einschränkungen Hilfspersonen zur Unterstützung der Wahlbeteiligung beauftragen dürfen. Diese können ihre Leistungen dann über die Kammer vergüten lassen. Zudem können nun auch sonstige Personen, die im Auftrag des Vorstands Arbeiten für die Kammer übernehmen, eine Entschädigung erhalten. Die Delegierten beschlossen die Änderungen mehrheitlich.



Vorstandsmitglied Birgit Gorgas

Außerdem beauftragten die Delegierten den Vorstand damit, Vorschläge zur Wahlwerbung hinsichtlich Chancengleichheit sowie ökologischer und ökonomischer Faktoren zu erarbeiten.

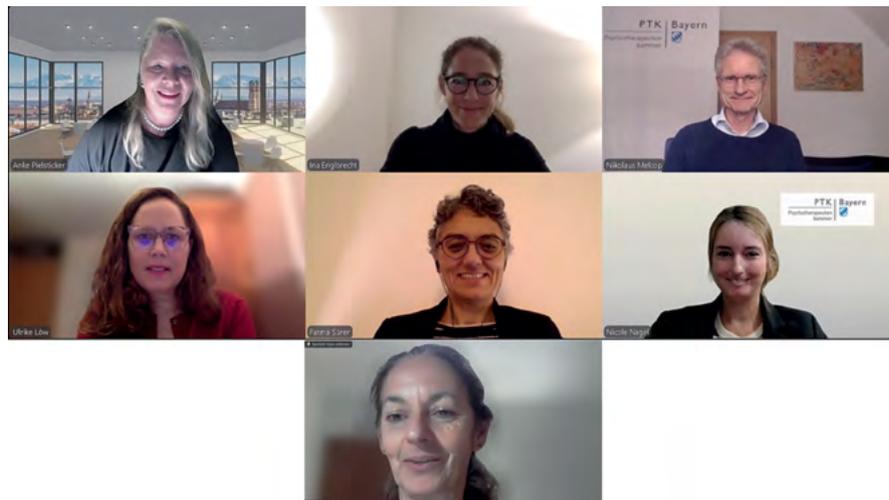
## Weitere Berichte

Die Ausschüsse und Kommissionen informierten über ihre Sitzungen und Arbeit seit der letzten DV. Außerdem be-

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

## Weiterentwicklungen für PP & KJP: Neue Weiterbildungsbereiche

Die Delegiertenversammlung der PTK Bayern hat bereits am 29. November 2023 eine Neufassung der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeut\*innen und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen Bayerns (WBO PP/KJP) verabschiedet. Die Weiterbildung PP/KJP ermöglicht das Erlangen von Zusatzbezeichnungen in verschiedenen Bereichen. Hierfür definiert die Weiterbildungsordnung (WBO) Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die im entsprechenden Bereich nachgewiesen werden müssen. Neben den bereits zuvor bestehenden Zusatzbezeichnungen für die Bereiche Klinische Neuropsychologie, Spezielle Psychotherapie bei Diabetes, Spezielle Schmerzpsychotherapie, Sozialmedizin und Systemische Therapie definiert die WBO PP/KJP nun auch für die Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie jeweils den erforderlichen Umfang und den Inhalt der Weiterbildung, um auch für



Gaben Einblicke zu den jeweiligen Bereichsweiterbildungen: 1. Reihe: Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker, Ina Englbrecht, Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, 2. Reihe: Dr. Ulrike Löw, Dr. Fatma Sürer, Vizepräsidentin Nicole Nagel, 3. Reihe: Sabrina Courtial. (Foto: PTK Bayern)

diese Verfahren eine Zusatzbezeichnung erlangen zu können.

Am 21. Oktober 2024 richtete die PTK Bayern eine Informationsveranstal-

tung zu den Bereichsweiterbildungen PP/KJP aus. Knapp 200 Personen nahmen an der Online-Veranstaltung teil. Es wurden alle aktuell für PP und KJP möglichen Bereichsweiterbildung-

gen vorgestellt. Hierzu zählen seit Ende 2023 auch die Weiterbildungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnungen in weiteren Therapieverfahren.

Expert\*innen zu den Berufsfeldern der jeweiligen Bereichsweiterbildungen gaben einen kurzen Einblick und zeigten die erweiterten Möglichkeiten

mit den jeweiligen Qualifikationen auf. Anschließend bot die Veranstaltung Raum und Zeit für Fragen und Diskussion.

## Zusammenarbeit von Psychotherapie und Selbsthilfe wird weiter gestärkt

Bereits seit mehreren Jahren kooperiert die PTK Bayern mit der Selbsthilfekoordination Bayern e.V. (SeKo Bayern), um die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut\*innen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen zu stärken. Die Nachfrage von Menschen mit seelischen Erkrankungen und Problemen bei den 34 Einrichtungen zur Selbsthilfeunterstützung in Bayern steigt stetig an. In zwei Veranstaltungen wurde die Zusammenarbeit gestärkt:

### Round-Table Gespräch in der Region Oberpfalz

In einem Online-Round-Table-Gespräch für die Region Oberpfalz am 16. Oktober 2024 wurde beleuchtet, inwiefern Selbsthilfekontaktstellen fach- und themenübergreifend tätig sind und wichtige Mittler zwischen der professionellen Versorgung und Menschen in Selbsthilfegruppen darstellen. Vorstandsmitglied Dr. Monika Sommer erläuterte in einem Vortrag die Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Psychotherapie.

### „Selbsthilfe trifft Psychotherapie“

Am 30. Oktober 2024 fand eine weitere Online-Veranstaltung statt, diesmal überregional für Betroffene, Angehörige, Psychotherapeut\*innen, Selbsthilfeaktive und alle interessierten Personen. Der Schwerpunkt war die Situation von Kindern und Jugendlichen. Vizepräsidentin Nicole Nagel hielt einen Vortrag über die Auswirkungen der momentanen Krisen auf die psychische Gesundheit. Außerdem wurden unterschiedliche Selbsthilfeangebote vorgestellt.

## Kontakt zu ver.di Bayern bzgl. der Eingruppierung der Psychotherapeut\*innen und Fachpsychotherapeut\*innen

Die PTK Bayern hat sich im Sommer mit einem Schreiben an die Gewerkschaft ver.di Bayern gewandt, um die Gewerkschaft und insbesondere die Tarifkommission(en) im Rahmen der nächsten Tarifrunde aufzufordern, für eine sachgerechte Eingruppierung der neuen Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen und auch der Fachpsychotherapeut\*innen tätig zu werden. Die PTK Bayern sieht es als sachgerecht an, dass approbierte Psychotherapeut\*innen in die Entgeltgruppe E 14 eingruppiert werden. Für Fachpsychotherapeut\*innen, also approbierte Psychotherapeut\*innen mit abgeschlossener Weiterbildung, hält die PTK Bayern eine Eingruppierung in E 15 für angemessen. Analog wird diese Eingruppierung auch für PP und KJP gefordert.



*Dr. Christian Hartl, Dr. Heiner Vogel, Uschi Zwick, Agnes Mehl, Dr. Nikolaus Melcop, Ben Pulz, Dr. Monika Sommer, Birgit Gorgas, Dr. Michael Marwitz (Foto: PTK Bayern)*

Teile des Kammervorstands und der Angestelltenkommission der PTK Bayern kamen dafür zu einem Online-

Treffen am 24. Oktober 2024 mit Vertreter\*innen von ver.di zusammen.

## Demonstration zur Finanzierung der Weiterbildung in Bamberg



Studierende demonstrieren in Bamberg für ihre Zukunft. (Foto: Fachschaft Humanwissenschaften Uni Bamberg)

Am 30. Oktober 2024 fand in Bamberg eine Demonstration zur Finanzierung der Weiterbildung statt. Rund 200

Studierende und Unterstützer\*innen forderten gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung im

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG). Vorstandsmitglied Heiner Vogel vertrat die PTK Bayern und sprach klare Worte bei der Kundgebung der Demonstration: „Viele der schon zugelassenen Weiterbildungseinrichtungen können aktuell wegen der fehlenden Regelungen noch keine Psychotherapeut\*innen aufnehmen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf von Seiten der Politik! Die Zukunft des psychotherapeutischen Nachwuchses muss gesichert werden!“

Die Demonstration wurde von der Fachschaft Humanwissenschaften der Uni Bamberg organisiert. Auch in anderen Städten in ganz Deutschland gehen aktuell Studierende und Angehörige der Berufsgruppe auf die Straße, um auf ihre prekäre Lage in der gerade beginnenden Psychotherapieweiterbildung hinzuweisen.

## Informationen zu Ausschüssen und Kommissionen der PTK Bayern: Vorstellung der Gremienarbeit auf der Kammerhomepage

In der PTK Bayern gibt es aktuell fünf Ausschüsse und zwei Kommissionen: Finanzausschuss, Ausschuss für Einsprüche, Ausschuss für Fortbildung, Ausschuss für Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern, Ausschuss für Weiterbildung, Kommission Diversität und Antidiskriminierung und Kommission Psychotherapeut\*innen in Anstellung.

Ausschüsse werden von der Delegiertenversammlung der PTK Bayern grundsätzlich themen- und anlassbezogen als vorbereitende Gremien (§ 7 der Satzung) eingerichtet. Ausnahmen gelten für den Finanzausschuss und den Ausschuss

für Einsprüche. Diese sind kraft Kammeratzung ständig eingerichtete Ausschüsse. Kommissionen werden vom Vorstand der PTK Bayern eingesetzt, ebenfalls themen- und anlassbezogen. Als Kommissionsmitglieder können hier auch Kammermitglieder berufen werden, die nicht gewählte Mitglieder der Delegiertenversammlung sind.

Die Ausschüsse und Kommissionen arbeiten jeweils zu ihrem Gremienthema und können dem Vorstand Vorschläge unterbreiten (§ 7 Abs. 6 S. 2 der Satzung). Die Gremien berichten außerdem regelmäßig in den Delegiertenversammlungen über ihre Arbeit.

Damit die Gremienarbeit für alle Kammermitglieder besser sichtbar wird, haben wir den Homepageauftritt der PTK Bayern erweitert. Die einzelnen Ausschüsse und Kommissionen stellen sich und ihre Mitglieder nun auf eigenen Unterseiten vor, berichten über ihre gesetzten Ziele, Aufgaben und Planungen.

Unter [www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de) → Die Kammer → Ausschüsse/Kommissionen & weitere Funktionsträger\*innen finden Sie die Informationen der Gremien.



## Kammermitglied Dr. Stefan Zippel erhält Bundesverdienstkreuz

Kammermitglied Dr. Stefan Zippel hat im Oktober 2024 das Bundesverdienstkreuz verliehen bekommen. Die Auszeichnung erhielt er für sein außerordentliches Engagement für die Beratung und Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS. Seit 2003 klärt Dr. Stefan Zippel, Leiter der Psychosozialen Beratungsstelle an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am LMU-Klinikum München, Teenager in seiner dreistündigen Vorlesung über die Ansteckungsrisiken von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten auf. Das Präventionsprojekt ist bundesweit einzigartig. In den zwei Jahrzehnten legte Dr. Zippel in über 2.000 Vorträgen stets in klarer Sprache mehr als 400.000 Schüler\*innen aus ganz Bayern die aktuellen Erkenntnisse zu



*Dr. Stefan Zippel bekam von der Bayerischen Staatsministerin für Familie, Arbeit und Soziales Ulrike Scharf das Bundesverdienstkreuz verliehen. (Foto: StMAS/Martina Nötel)*

Ansteckungswegen und Krankheitsverläufen dar und gab auf dieser Basis konkrete Hinweise, wie man Infektionen vermeiden kann. Die Jugendlichen

verlassen die Vorlesung so mit einem erweiterten Wissensschatz und darüber hinaus mit einem gesteigerten Bewusstsein nicht nur für die Bedeutung sexueller Gesundheit, sondern auch für die Ausgrenzung von Minderheiten sowie mit Anregungen, sich im eigenen Umfeld gegen Diskriminierung und Stigmatisierung einzusetzen. Dr. Zippel vermittelt auch den sensiblen Umgang mit Sprache in Bezug auf Sexualität, Sexualpraktiken, unterschiedliche Formen der sexuellen Orientierung und den Umgang damit im Lebensraum Schule. Ein ganz besonderes Anliegen Zippels ist das Einschreiten gegen Ablehnung, Diskriminierung und Gewalt gegenüber LGBTQJugendlichen.

### 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

## Landespsychotherapeut\*innentag 2024: Die Rolle der Psychotherapie in Krisenzeiten

Der diesjährige Landespsychotherapeut\*innentag (LPT) 2024 in Berlin stand unter dem Motto „Angst essen Seele auf – Psychotherapie in Krisenzeiten“. In Zeiten globaler Krisen, wie der Corona-Pandemie, dem Krieg gegen die Ukraine, der Klimakrise und finanzieller Unsicherheiten, stehen viele Menschen vor neuen psychischen Herausforderungen. Diese Belastungen führen zu einem erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung.

Der Tag begann mit einer szenischen Darstellung des berühmten Zitats „Angst essen Seele auf“ aus dem gleichnamigen Film von Rainer Werner Fassbinder. Diese Inszenierung verdeutlichte die zerstörerische Macht von (nicht bearbeiteter) Angst und bildete einen eindrucksvollen Auftakt zur Diskussion über die Rolle der Psychotherapie in Zeiten multipler Krisen.

### Die Rolle der Psychotherapie in Krisenzeiten

In ihrer Eröffnungsrede ging Kammerpräsidentin Eva-Maria Schweitzer-Köhn auf die wachsende Verantwortung der Psychotherapeut\*innen in diesen herausfordernden Zeiten ein. Sie forderte eine bessere Bedarfsplanung und politische



*Eva-Maria Schweitzer-Köhn*



*Dr. Ina Czyborra, Eva-Maria Schweitzer-Köhn, Dr. Lea Gutz, Dr. Andrea Benecke (v. l. n. r.) zu Gast beim LPT Berlin 2024*

Maßnahmen, um den steigenden Anforderungen in der psychotherapeutischen Versorgung gerecht zu werden. Neben der Behandlung bereits erkrankter Menschen müsse der Fokus verstärkt auf der Prävention liegen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, und auf politischen Maßnahmen gegen die Ursachen für psychische Belastungen wie bspw. Armut oder die Klimakrise.

Berlins Gesundheitsssenatorin Dr. Ina Czyborra schloss sich dieser Forderung an. Sie betonte, dass nicht alle Krisen durch Psychotherapie allein gelöst werden können und die Gesellschaft als Ganzes lernen müsse, besser mit ihnen umzugehen. Gleichzeitig hob sie die Notwendigkeit politischer Lösungen hervor – von der Sicherung bezahlbarer Praxismieten bis hin zur Schaffung von

Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Besonders wichtig sei dabei die psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit Migrationshintergrund.

Auch BPtK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke unterstrich, wie dringend präventive Maßnahmen für junge Menschen nötig sind. Sie forderte eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung, um präventive Angebote zu schaffen und die Ausbildungsbedingungen für Psychotherapeut\*innen zu sichern.

### Angst und Solidarität – ein Vortrag von Prof. Hans-Jürgen Wirth

Zu den Referierenden des Landespsychotherapeut\*innentags 2024 in Berlin zählte Prof. Dr. Hans-Jürgen Wirth, Verleger, Psychoanalytiker und Professor für Psychoanalytische Sozialpsychologie an der Universität Frankfurt. Er stellte in seinem Vortrag Gefühle, insbesondere die Angst, als krisentypische Begleiter und die Solidarität als Begegnungsmaßnahme gegenüber.

Gefühle spielen eine zentrale Rolle im menschlichen Leben und sind essenziell für die Orientierung in der sozialen und kulturellen Umwelt. Auch unangenehme Emotionen wie Angst oder Scham haben wichtige Funktionen, indem sie zur Abgrenzung und Selbstreflexion beitragen. Gefühle sind teilweise unserem bewussten Willen entzogen, sie wirken teils unkontrollierbar auf uns ein, was auch in kollektiven oder politischen Zusammenhängen, etwa im Populismus, sichtbar wird. „Wir können gar nicht anders, als emotional zu reagieren“, so Prof. Wirth.



Prof. Hans-Jürgen Wirth

Angst als universelle Emotion dient dem Überleben, warnt vor Gefahren und hat eine selbstreflexive Funktion, indem sie uns zwingt, über uns selbst nachzudenken. Abstrakte Bedrohungen wie Klimawandel oder Atomkriege sind jedoch schwerer emotional fassbar, was Günter Anders (1987) als „Apokalypse-Blindheit“ bezeichnet. Er fordert, dass wir uns bewusst systematischen Übungen unterziehen, um unsere emotionale Kapazität zu erweitern und uns den existenziellen Gefahren der Gegenwart zu stellen. Angst und Furcht beeinflussen nicht nur das individuelle, sondern auch das soziale und politische Leben, indem sie sich in Gruppen verbreiten und Diskurse prägen. Sie können auch manipulativ genutzt werden, um Meinungen und Entscheidungen zu beeinflussen.

Wie kann eine Gesellschaft den Ängsten begegnen? Solidarität kann eine Möglichkeit sein. Sie kann Ängste lindern, indem sie durch gemeinsame Verantwortung, Unterstützung und positive soziale Interaktionen Vertrauen aufbaut und das Gemeinschaftsgefühl stärkt. „Gefühle, die man mit anderen teilt, stärken den Gruppenzusammenhalt.“, erklärt Prof. Wirth. Doch in modernen westlichen Gesellschaften steht Solidarität unter Druck, da der soziale Zusammenhalt durch zunehmende Individualisierung abnimmt. Ein positives Beispiel echter Solidarität zeigt sich in der mutigen Aktion zweier Moskauer Künstlerinnen, die sich 2022 trotz großer Gefahr gegen die russische Politik stellten und damit ein Modell existenzieller Verletzlichkeit und Solidarität präsentierten, das der Verleugnung von Angst und Allmachtsphantasien entgegengesetzt ist.

### Psychische Belastungen in Zeiten globaler Krisen – ein Vortrag von Prof. Julia Asbrand

Im weiteren Verlauf des Landespsychotherapeut\*innentags beleuchtete Prof. Dr. Julia Asbrand von der Universität Jena in ihrem Vortrag „Was tun, wenn's brennt? In Zeiten multipler Krisen psychisch gesund (auf)wachsen“ die psychischen Belastungen, die durch

globale Krisen entstehen. Der Vortrag betonte eindrücklich die wachsende Bedrohung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch globale Krisen wie Klimawandel, Umweltverschmutzung und kriegerische Konflikte. Die Auswirkungen dieser Krisen seien besonders für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sowie für jene aus Familien, in denen die Eltern selbst von psychischen Erkrankungen betroffen seien, gravierend. Unabhängig von individuellen Stressfaktoren bestände die durch den Klimawandel und andere Krisen hervorgerufene psychische Belastung fort, so eine repräsentative Studie an Schüler\*innen im Saarland.

Der Klimawandel stelle die größte Bedrohung für Kinder und Jugendliche dar und setze die positiven Entwicklungen, die man in der Gesunderhaltung dieser Bevölkerungsgruppe in den vergangenen Dekaden habe erreichen können, aufs Spiel. Kinder und Jugendliche seien einem deutlich erhöhten Risiko von Hitzewellen in ihrem Leben ausgesetzt. Dies beeinflusse wiederum nachteilig die physische und psychische Gesundheit. Das Erleben einer Naturkatastrophe gehe zudem mit einer größeren Wahrscheinlichkeit einher, in der Folge Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer depressiven Störung zu entwickeln. Besonders schwerwiegend sei laut Prof. Asbrand,



Prof. Julia Asbrand

dass Kinder, die keine frühzeitige psychotherapeutische Unterstützung erhielten, auch als Erwachsene eher unter psychischen Störungen litten. Die Kosten für die Behandlung von psychischen Störungen zählten zu den höchsten im Gesundheitssystem, auch weil die indirekten Kosten (z. B. verursacht durch Arbeitsausfall) einen großen Anteil einnehmen würden.

Evidenzbasierte altersspezifische Ansätze für die Behandlung klimabezogener Ängste seien derzeit in Arbeit; experimentelle Studien deuteten auf eine positive Wirkung des Stärkens von Selbstwirksamkeit und Agency hin. Psychotherapeut\*innen sollten sich mit dem Thema Klimaangst beschäftigen und einen Raum schaffen, in dem Kinder und Jugendliche altersangemessen darüber sprechen könnten. Emotionen wie Wut, Angst oder Hilflosigkeit seien angemessene Reaktionen, die in diesem Zusammenhang nicht pathologisiert werden sollten. Abschließend hob Prof. Asbrand die Verantwortung von Psychotherapeut\*innen als Erwachsene und Behandler\*innen hervor, die junge Generation dabei zu unterstützen, die langfristigen Folgen globaler Krisen auf die psychische Gesundheit abzumildern. Es handele sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur gemeinsam bewältigt werden könne.

### Lösungsansätze: Selbstwirksamkeit und gesellschaftliches Engagement

Trotz der besorgniserregenden Entwicklungen gibt es auch positive Ansätze. Prof. Asbrand zeigte auf, dass das Gefühl der Selbstwirksamkeit einen entscheidenden positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Menschen, die das Gefühl haben, zur Bewältigung von Krisen beitragen zu können, zeigen weniger Angst und entwickeln stabilere Bewältigungsstrategien. Besonders wichtig sei es, Kinder und Jugendliche in diese Prozesse einzubeziehen. Sie sollten ermutigt werden, sich gesellschaftlich zu engagieren, und ihre Sorgen müssten ernst genommen werden. Dies stärke nicht nur das individuelle Wohlbefinden,



Michael Weller, BMG

sondern auch die Resilienz der gesamten Gesellschaft.

### „Konzepte für eine bessere psychotherapeutische Versorgung. Einschätzungen und Vorschläge aus Sicht des BMG“ – ein Impulsvortrag von Michael Weller

Michael Weller (Bundesgesundheitsministerium, Leitung der Abteilung 2 „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung“) berichtete in seinem Statement über verschiedene durch das Bundesministerium für Gesundheit initiierte Gesetzgebungsverfahren, die eine Förderung der physischen und psychischen Gesundheit zum Ziel haben. Die größte gesundheitspolitische Her-

ausforderung bestehe darin, der alternierenden Gesellschaft qualitativ hochwertige Behandlungen in Krankenhäusern zu ermöglichen.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung sei insgesamt aus der Sicht des BMG besser aufgestellt. Der Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG), zu dem aktuell Gespräche liefen, sehe folgende Erleichterungen für Psychotherapeut\*innen vor: Flexibilisierung im Umgang mit dem Konsiliarbericht und vereinfachte Beantragung von Kurzzeitpsychotherapie. Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen könne laut Michael Weller durch Regelungen zur separaten Bedarfsplanung deutlich verbessert werden. Um den Forderungen nach Sicherung des psychotherapeutischen Nachwuchses gerecht zu werden, habe man Weiterbildungsambulanzen vorgesehen, die künftig unter § 120 des SGB V geführt werden. So schaffe man Möglichkeiten, dass Vertreter\*innen der Weiterbildungsambulanzen direkt mit den Krankenkassen über die Vergütung der Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung verhandeln könnten.

Im Anschluss an den Impulsvortrag sprach Dr. Lea Gutz, Vizepräsidentin der PtK Berlin. Sie stellte heraus, dass die Sicherstellung einer ausreichend guten psychotherapeutischen Versorgung für die Zukunft sowohl ein großes soziales als auch wirtschaftliches Erfordernis ist, das keinen Aufschub erlaubt. Dr. Gutz



Beiträge kamen von Richard Bashir, Ronald Schelte und Dr. Lea Gutz.

zeigte Handlungsoptionen auf Landes- und Bundesebene auf.

In Bezug auf eine mögliche gesetzliche Regelung der Refinanzierung der Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen machte *Ronald Schelte*, Vorstandsmitglied PtK Berlin, deutlich, dass die Kammern und Berufsverbände enorme Anstrengungen unternommen hätten, um die Systemumstellung von Aus- auf Weiterbildung und die damit verbundene Zulassung von psychotherapeutischen Einrichtungen als Weiterbildungsstätten zu ermöglichen. Es fehle jedoch an Geld – genauer etwa 45,- € je Psychotherapiestunde –, damit die Weiterbildung zur\*um Fachpsychotherapeut\*in sach- und fachgerecht auf die Beine gestellt werden könne.

*Richard Bashir*, Absolvent des Direktstudiums und seit September 2023 einer der ersten approbierten Psychotherapeut\*innen, beschrieb seine persönliche Situation: Auch wenn es mittlerweile durch die Landespsychotherapeutenkammern zugelassene Weiterbildungsstätten gebe, existierten diese aufgrund der fehlenden Finanzierung nur auf dem Papier. Er warte seit fast einem Jahr in Ungewissheit darauf, den Weg zum Fachpsychotherapeuten fortsetzen zu können.

*Michael Weller* reagierte mit Bedauern auf diese Schilderung – dies verdeutliche eindrücklich die Notwendigkeit weiterer lösungsorientierter Beratungen. Man könne aus Sicht des BMG dieser Problematik jedoch nicht damit begegnen, Bestandteile der Weiterbildung wie Supervision und Selbsterfahrung aus Beiträgen der Sozialversicherung zu finanzieren.

## Viele Workshops am Nachmittag

Der Nachmittag stand ganz im Zeichen der fünf Workshops, mit weiteren wertvollen Inputs, regen Diskussionen und einem tiefgehenden Austausch in kleineren Gruppen.

Der **Workshop 1** mit dem Titel „Die Zukunft der Psychotherapie in der Krise!?“ wurde durch die PtK-Ausschüsse für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapie sowie durch den Versorgungsausschuss gestaltet. Dabei stand insbesondere die Frage nach dem „Ausreichend“ bzw. „Nicht-Ausreichend“ in Bezug auf die Finanzierung der Weiterbildung für den ambulanten, stationären und institutionellen Bereich, einschließlich angemessener Supervision und Selbsterfahrung, in Bezug auf die Bedarfsplanung KJP sowie in Bezug auf den Erhalt psychotherapeutischer Kompetenzen im institutionellen Bereich im Fokus.



Podium im Workshop 1

**Workshop 2** „Psychotherapie mit Menschen mit Lernschwierigkeiten/Intelligenzminderung“ informierte zu den Besonderheiten in der Behandlung von Angsterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung und bot einen spannenden fachlichen Austausch mit der Inklusionsbeauftragten der Kammer, den Mitgliedern des Arbeitskreis „Psychotherapie bei Menschen mit Lernschwierigkeiten/Intelligenzminderung“ und einer Vertreterin des Vorstandes.

**Workshop 3** lud dazu ein, über die bekannten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen hinauszudenken, um der zu erwartenden zunehmenden Belastung psychischer Gesundheit professionell zu begegnen. Ein zentrales Thema war die Frage, was der Berufsstand gesellschaftlich einbringen kann und sollte, um den Schutz psychischer Gesundheit in Krisenzeiten zu verbessern und Bedarfe nicht erst in einer Behandlungssituation „aufzufangen“. Dabei wurden auch neue Formate der Versorgung diskutiert.

Der **4. Workshop** mit dem Thema „Wie geht’s? Psychotherapeut\*innen im täg-



Die Workshops wurden für regen Austausch genutzt.

lichen Umgang mit Krisen“ bot interessierten Teilnehmenden einen Raum, sich im Rahmen einer Gesprächsgruppe über den täglichen Umgang mit Krisen auszutauschen.

Im **5. Workshop** wurde sich zum Thema der Prävention für Kinder und Jugendliche aktiv ausgetauscht. Der Workshop im Format einer offenen Gesprächsrunde bot teilnehmenden Psychotherapeut\*innen die Möglichkeit, sich über präventive Maßnahmen und aktuellen Herausforderungen in ihrem Berufsfeld auszutauschen. Wichtige Themen waren der Zugang zur Psychotherapie, die Berücksichtigung sozialer Faktoren bei der Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und die Vernetzung verschiedener Arbeitsfelder. Zum Abschluss wurden positive Strategien zur Bewältigung von Krisen benannt.

Scannen Sie den Code, um mehr zu den Vorträgen und Workshops zu erfahren oder besuchen Sie <https://t.ly/ITBcJl>!



## Autor\*innen

Tobias Herrmann-Schwarz, Tanja Jacobi, Franziska Sommerfeld

## Geschäftsstelle

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

## 50. Kammerversammlung

Am 5. November 2024 fand im Vortragssaal der KVHB die 50. Kammerversammlung statt.

### Vortrag „Psychische Gesundheit in der Klimakrise“

In Vorbereitung auf die spätere Diskussion über ein Positionspapier der Kammerversammlung zu Umwelt- und Klimaschutz bot Sophie Kunert, Psychologische Psychotherapeutin und Vorstandsbeauftragte für Klima, vor der Kammerversammlung einen Vor-



Sophie Kunert und Dr. Christoph Sülz

trag mit Diskussion zum Thema „Psychische Gesundheit in der Klimakrise“ an. Sie stellte die vielen verschiedenen Aspekte dar, wie die Klimakrise psychische Gesundheit beeinflusst. Eine ausführliche Diskussion entspann sich darüber, was das für die psychotherapeutische Tätigkeit bedeutet. Sollten Reaktionen auf die Klimakrise, wie Klimaängste, in der Anamnese erfragt werden? Müsste neben Selbstfürsorge auch „Weltfürsorge“ gefördert werden? Was bedeutet das alles für die politische Wertfreiheit und die psychotherapeutische Abstinenz?

### Mitgliederstatistik

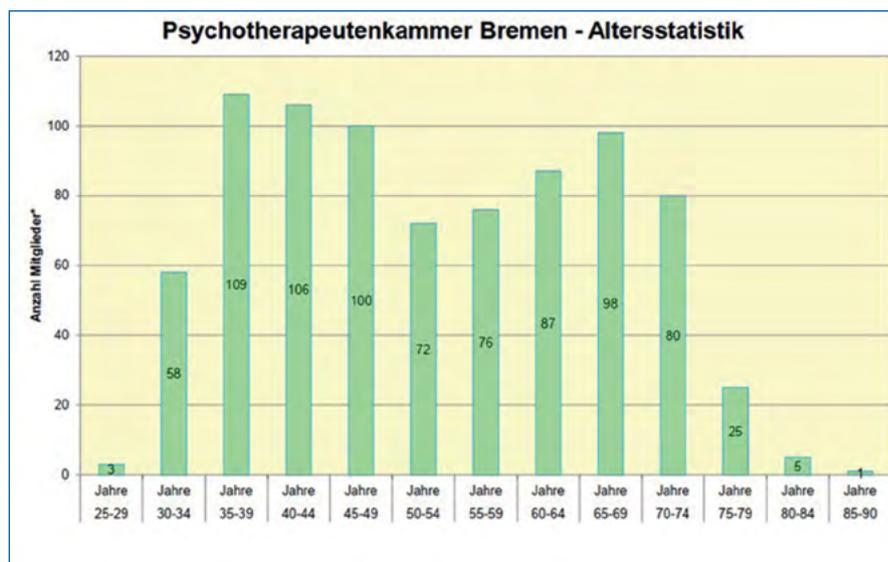
Frau Thobaben stellte dazu Zahlen vor. Die Psychotherapeutenkammer verzeichnet einen hohen Mitgliederzuwachs, v. a. unter KJP. Der Anteil der Frauen steigt weiterhin deutlich. Die selbstständigen Psychotherapeut\*in-

nen arbeiten meist sehr lange, der Renteneintritt erfolgt meist erst mit 70.

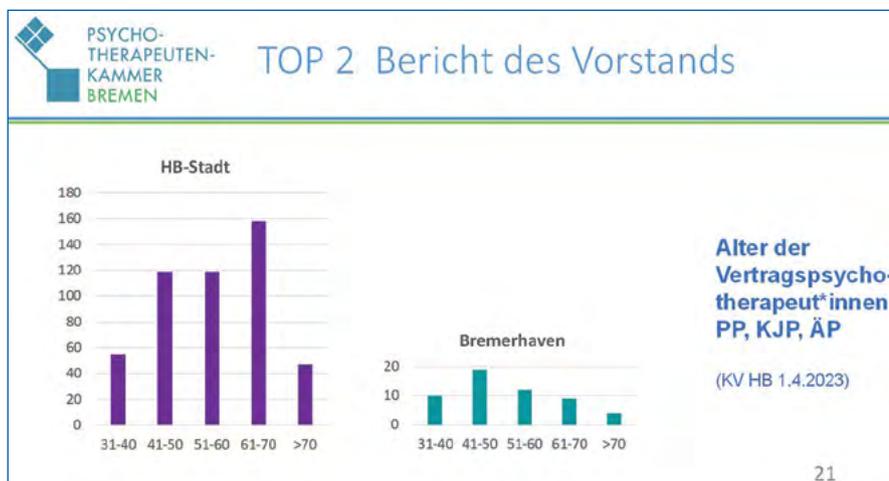
Aus den Zahlen der KV können deutliche Unterschiede in der Altersverteilung unter Vertragspsychotherapeut\*innen Bremen-Stadt und Bremerhaven abgelesen werden. Während in Bremerha-



Mitgliederentwicklung der PK HB



Verteilung der Alterskohorten in der Psychotherapeutenkammer Bremen



Altersverteilung der Vertragspsychotherapeut\*innen in Bremen-Stadt und in Bremerhaven

ven das Alter der meisten Kolleg\*innen zwischen 41–50 liegt, ist die größte Gruppe in Bremen-Stadt 61–70 Jahre alt.

Anhand Daten der Bedarfspläne von 2020 und 2024 konnte beschrieben werden, wie sich die Verteilung von Vertragspsychotherapeut\*innen entwickelt hat. Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeut\*innen ist massiv zurückgegangen. In Bremerhaven wird es vermutlich bald keine ärztlichen Psychotherapeut\*innen mehr geben. Abhängig vom Versorgungsgrad und der Erfüllung der Arztquote konnten teilweise ärztliche Sitze von PP und KJP übernommen werden. In Bremerhaven konnte dadurch die Versorgung durch KJP deutlich verbessert werden.

Insgesamt sind jedoch in den letzten Jahren in Bremen-Stadt 8,55 volle Versorgungsaufträge verloren gegangen, in Bremerhaven sind es 6. In Bremen-Stadt sind 45 % der Vertragspsychotherapeut\*innen über 60 Jahre alt, in Bremerhaven sind es derzeit 23 %. Einige der Sitze konnten nicht ausgeschrieben werden, weil sie zu gering ausgelastet wurden. Der Vorstand wies deshalb noch einmal eindringlich darauf hin, Auffälligkeiten in der Versorgungsprüfung ernst zu nehmen und sich frühzeitig mit der Frage zu beschäftigen, wie der Versorgungs-

auftrag erfüllt, reduziert oder rechtzeitig abgegeben werden kann.

### Weiterentwicklung des Psychotherapeutenjournals

Vor dem Hintergrund des Umgangs mit Ressourcen und Nachhaltigkeit wurde über die Digitalisierung des Psychotherapeutenjournals (PTJ) diskutiert. Die Mitglieder bewerteten die Vorteile der verschiedenen Optionen unterschiedlich. Einige sprachen sich weiterhin für eine Papierversion aus, die man in die Hand nehmen kann und die dadurch einen höheren Aufforderungscharakter entfalte. Die Gruppe, die für eine digitale Ausgabe plädierte, sah neben dem großen Vorteil für den Klimaschutz (Druck und Transport würden gespart) auch die Vorzüge eines Newsletters, der durch Teaser auf die direkt online abrufbaren Artikel aufmerksam macht. Ein weiterer Vorteil eines elektronischen PTJ wurde im erleichterten Zugriff über mobile Endgeräte gesehen, sodass die Beiträge der Zeitschrift gerade auch unterwegs besser verfügbar wären. Die ausgetauschten Argumente sollen zusammen mit einem ersten eingeholten Stimmungsbild in die weitere Diskussion mit den anderen Psychotherapeutenkammern eingebracht werden.

### Interner Mitgliederbereich und Fortbildungskonten

Die Kammergeschäftsführerin Julia Spieker stellte den aktuellen Stand zur Etablierung des Fortbildungskontos im internen Mitgliederbereich vor. Die Etablierung sei gelungen, die unterstützten Onlineschulungen seien sehr gut angenommen worden. Die vollständige Übernahme der Akkreditierung der Fortbildungsveranstaltungen in Bremen stehe kurz bevor. Aktuell sammle die Geschäftsstelle erste Erfahrungen mit der Bearbeitung der eingereichten Anträge.

### Jahresabschluss und Haushaltsplan

Zum Jahresabschluss 2023 konnte Dr. Christoph Sülz die positive Nachricht verkünden, dass die Einnahmen aufgrund gestiegenen Einkommens der Mitglieder höher ausgefallen sind als erwartet, die Ausgaben aber den Erwartungen entsprachen. Das Ziel, die Rücklagen zu reduzieren, sei daher nicht im geplanten Sinne erreicht worden. Für den Haushaltsplan 2025 konnte der Kammerversammlung empfohlen werden, den aktuellen Hebesatz bei 1,1 zu belassen. Die Kammerversammlung stimmte dem vorgestellten Haushaltsplan zu.

### Positionspapier zu Klimaschutz und Nachhaltigkeit

Sophie Kunert stellte den Entwurf für ein Positionspapier zu Klimaschutz und Nachhaltigkeit in der PK HB vor, das von vielen Anwesenden unterstützt wurde. Im Positionspapier werden Maßnahmen in der Geschäftsstelle und im Handeln der PK HB aufgeführt sowie Hinweise für Praxen. Deutlich wurde dabei, dass sehr viele der empfohlenen Maßnahmen in der Geschäftsstelle schon seit Langem umgesetzt werden. Hier biete eine kleine Geschäftsstelle mit begrenzten finanziellen Ressourcen auch Vorteile.

Die Veranstaltung endete um 21:45 Uhr.

## Zweiter Fachtag Opferschutz

Der Zweite Fachtag Opferschutz am 24. Oktober 2024 wurde vom Landesopferschutzbeauftragten Uwe Hellpap organisiert. Es wurden mehrere Vorträge gehalten, Podiumsdiskussionen veranstaltet und viel Raum zur Vernetzung der vielen Akteur\*innen in Bremen geschaffen. Für die PK HB war Kammerpräsidentin Amelie Thobaben eingeladen, sich mit einem Vortrag und der Teilnahme an einer Podiumsdiskussion einzubringen. Die Veranstaltung war sehr gut besucht und die Teilnehmenden aus vielen verschiedenen Tätigkeitsfelder hoch engagiert. Es waren sowohl ehrenamtlich Tätige als auch Betroffene dabei, zudem Mitarbeitende aus Behörden, der Polizei und der Justiz sowie Leistungserbringende wie die Oberärztin aus einer der Trau-



*Amelie Thobaben im Gespräch mit dem Landesopferschutzbeauftragten, Uwe Hellpap*

maambulanzen. Frau Thobaben konnte durch ihren Vortrag wichtige Informationen zum Zugang zur ambulanten Psychotherapie weitergeben, die von dem Publikum interessiert aufgenommen wurden, da viele der Teilnehmenden

Beratungspositionen innehaben. Auch bei dieser Veranstaltung wurde deutlich, dass selbst unter professionellem Beratungspersonal die Errungenschaften der Psychotherapie-Richtlinien-Reform von 2017 oft noch nicht bekannt sind.

Es wurden die Gewaltschutzambulanz, die Traumaambulanz und das Fallmanagement im sozialen Entschädigungsrecht vorgestellt. Ein besonderes Thema war der Umgang mit Femiziden. In einem Vortrag wurde der hohe Präventionseffekt für den Einsatz von Fußfesseln vorgestellt. Diese ermöglichen, eine unzulässige Annäherung durch einen als gefährlich identifizierten Mann zu bemerken, sodass die Polizei eingreifen kann.

## Psychotherapie: Sprechstunden und Hilfsangebote auf dem Weg zur richtigen Unterstützung – Veranstaltung mit der Senatorischen Behörde für Gesundheit

Am 30. Oktober 2024 fand in den neuen Räumlichkeiten der Senatorischen Behörde für Gesundheit eine gemeinsam initiierte Fortbildung statt. Angeregt durch Sonja Wagener vom Stabsbereich Gesundheitliche Chancengleichheit und Prävention wurden Menschen aus dem Netzwerk der Behörde eingeladen, die in ihren Arbeitsfeldern Hilfesuchende beraten oder als Multiplikator\*innen in den Quartieren ansprechbar sind. So folgten Mitarbeitende aus Beratungsstellen, von Krankenkassen, aus Ämtern, Schulen und KiTas der Einladung. Vonseiten der Psychotherapeutenkammer Bremen nahmen Eva John und Dr. Christoph Sülz an der gut besuchten Veranstaltung teil. Nach der Begrüßung durch Frau Wagener erklärten Frau John und Herr Sülz in ihrem Vortrag den Teilnehmenden die Funktion der Psychotherapeutischen Sprechstunde und verwiesen u. a. auf die Terminservicestelle, um Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde zu vereinbaren. Weiterhin wurden Möglichkeiten aufgezeigt, die Suche nach einem Behandlungsplatz unter Berücksichtigung der telefonischen Er-



*Eva John und Dr. Christoph Sülz*

reichbarkeitszeiten möglichst effizient zu gestalten. Dr. Maike Lipsius, die Koordinatorin der Regionalen Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (ReFaPs), ergänzte den Vortrag hinsichtlich der weiteren

Hilfstrukturen und stellte die Arbeitsweise der ReFaPs vor. Eva Szabo von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle und Institutsambulanz (KIPSY) machte die Teilnehmenden mit den dortigen Beratungs- und Unterstüt-

zungsmöglichkeiten vertraut. Die Nachfragen und Rückmeldungen aus Reihen der Teilnehmenden zeigten, dass ein

hoher Bedarf besteht, mehr Wissen über die regionalen Versorgungsangebote zu bekommen, um in eigenen

Beratungssituationen Hilfesuchenden besser zur Seite stehen zu können.

## Wird die PTBS als neue Berufskrankheit anerkannt?

Anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Beratungsstelle zu Berufskrankheiten lud die Arbeitnehmerkammer am 23. September 2024 zu einer Veranstaltung ein. Dort wurden die aktuellen Entwicklungen in der Anerkennung von Berufskrankheiten vorgestellt. Aus psychotherapeutischer Sicht waren die Schilderungen von Prof. Dr. Dirk Bieres-

born, Richter am Bundessozialgericht (BSG), besonders interessant. Nachdem kürzlich erstmals die PTBS eines Rettungssanitäters vom BSG anerkannt wurde, stellt sich nun die Frage, ob die PTBS auch in den Katalog möglicher Berufserkrankungen aufgenommen wird. Sollte das geschehen, werden sich auch Psychotherapeut\*innen da-

mit auseinandersetzen und auch in den entsprechenden Gesetzen berücksichtigt werden. Für Frau Thobaben, die an der Veranstaltung teilnahm, bot sich die Gelegenheit, in Anwesenheit der Senatorin Bernhard darauf aufmerksam zu machen. Wir werden das Thema aufmerksam beobachten und Sie über die Entwicklung informieren.

### Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Julia Spieker, Dr. 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

## Rückblick auf den 9. Hamburger Psychotherapeut\*innentag vom 12. Oktober 2024

Unter dem Motto „GLEICH.ANDERS.FREMD?“ diskutierten rund 150 Teilnehmende gemeinsam mit fachkundigen Referent\*innen und Workshop-Leitungen über Vielfalt in der Psychotherapie.



*Das Interesse am 9. Hamburger Psychotherapeut\*innentag war groß, sodass die zur Verfügung stehenden Plätze schnell ausgebucht waren.*

Präsidentin Heike Peper erinnerte in ihrer Begrüßung an die ethischen Prinzipien, die die Basis des Selbstverständnisses der Profession und die Grundlage der Berufsordnung bilden: die Autonomie der Patient\*innen respektieren, Schaden vermeiden, Nutzen mehren und Gerechtigkeit anstreben. Als Psychotherapeut\*innen sollten wir uns deshalb immer fragen: „Welche be-

wussten und insbesondere unbewussten Motive prägen den therapeutischen Kontakt, wenn wir Patient\*innen begegnen, die wir vermeintlich als gleich, anders oder fremd erleben – sei es aufgrund ihrer Herkunft, ihrer Sprache, ihrer Kultur, ihrer Religion, ihrer politischen Überzeugung, ihrer geschlechtlichen Identität, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Alters, ihrer Hautfarbe, ihres Aussehens?“

Heike Peper betonte, dass die Themen des Fachtages teilweise auch mit Kontroversen und Konfliktlinien und „emotionalem Impact“ verbunden seien, denen sich die Profession gemeinsam, aber auch jede\*r Einzelne, ob privat oder beruflich, nicht entziehen könne und auch nicht entziehen sollte.

### Zwei Fachvorträge am Vormittag

Dr. Birsen Kahraman untersuchte in ihrem Eröffnungsvortrag „Diskriminierungssensible Therapie: Was Psychotherapeut\*innen schon immer über Rassismus wissen wollten“, welche Haltung, welches Wissen und welches Handwerkszeug eine diskriminie-

rungssensible Psychotherapie braucht. Anschaulich stellte sie die Grundlagen für ein besseres Verständnis der vielfältigen Erscheinungsformen von Rassismus sowie seiner krankheitswertigen Folgen dar und leitete daraus handlungsleitende Prinzipien für das psychotherapeutische Vorgehen ab. Die anschließende Diskussion machte die mit dem Thema verbundenen Fragen und Verunsicherungen und das Bedürfnis, mehr zu wissen und zu verstehen, deutlich.

Im zweiten Fachvortrag untersuchte die Psychotherapeutin und Soziologin Prof. Dr. Ilka Quindeau mit ihrem Vortrag „Autoritarismus, Antisemitismus und Ambiguitätstoleranz“ die Rolle des Antisemitismusvorwurfs in gegenwärtigen öffentlichen Debatten aus psychoanalytischer Perspektive. Was wird verhandelt, wenn anderen Antisemitismus vorgeworfen wird, was bleibt ausgespart? Wozu könnte dieser Vorwurf dienen?

Am Beispiel der documenta fifteen und der antisemitischen Vorfälle in vielen deutschen Städten nach dem Massaker



*Dr. Birsen Kahraman sensibilisierte mit ihrem Vortrag für die psychischen Auswirkungen von Antisemitismus und Rassismus.*



*Prof. Dr. Ilka Quindeau war am 12. Oktober 2024 live aus Berlin zugeschaltet.*

der Hamas am 7. Oktober 2023 beleuchtete Prof. Dr. Quindeau die komplexen Dynamiken der Debatten und setzte sie in Beziehung zum Konzept der Ambiguitätstoleranz. Sie konstatierte, dass die Abwehr und Auslagerung von Antisemitismus Selbstreflexion verhindere und eine kritische, konstruktive Debatte unmöglich mache. Auch hier zeigte sich in der Diskussion, wie wichtig Schutzräume zur Wahrnehmung und Diskussion des Umganges mit dem Fremden sind und wie leicht Stereotypen und reflexartige Zuschreibungen entstehen.

Am Nachmittag näherten sich die Teilnehmenden in fünf parallel stattfindenden Workshops dem Thema Vielfalt in sehr unterschiedlichen Bereichen. **KM**

### Workshop 1 „Rassismuskritische Haltung – diskriminierungssensible Therapie“

Im Format eines Bingo-Spiels hatten die Teilnehmenden zu Beginn des Workshops die Möglichkeit, einander spielerisch nach etwaigen prägnanten Lebenserfahrungen rund um Zugehörigkeit oder Anderssein zu befragen.



*Dr. Birsen Kahraman (re.) ergänzte ihren Vortrag zur diskriminierungssensiblen Therapie mit einem Workshop, den sie gemeinsam mit Samya Korff, M. Sc. (li.) anbot.*

In einer weiteren fragebogengestützten Runde gab es Gelegenheit, das eigene soziale Umfeld näher und vertrauter Personen („The Trusted Ones“) nach diversen Kriterien getreu dem Thema „Gleich, anders, fremd?“ zu explorieren. Im nachfolgenden Gespräch in Kleingruppen wurde dies ausgewertet, indem die nahen Vertrauensbeziehungen bezüglich Gleichheit oder Diversität hinterfragt wurden. Die Teilnehmenden diskutierten über unterschiedliche Zugehörigkeiten, rassistische und inter-

sektionelle Zuschreibungen aneinander ebenso wie über die Möglichkeiten deren Überwindung.

Dem Leitungs-Duo Korff und Kahraman gelang es trotz großer Anzahl an Teilnehmenden mit über 40 Personen eine Arbeitsatmosphäre zu schaffen, die den Umgang mit dem Thema frei von vorwürflichen Zuschreibungen ermöglichte und Raum für ehrliche und offene Begegnungen schaffte. **TB**

### Workshop 2 „Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung – geht das und wenn ja, wie?“

Dr. Michael Wunder führte in seinen Workshop mit einem anonymisierten Fall ein und befragte die Anwesenden, wer sich die psychotherapeutische Behandlung mit diesem Patienten vorstellen könnte, und erfragte Gründe und Vorbehalte.

Nachdem der Referent sein Verständnis und Vorgehen in diesem spezifischen Fall geschildert hatte, führte er in die Rahmenbedingungen und die Geschichte im Umgang mit Menschen mit Behinderungen in Medizin und Psychotherapie ein. Das Ziel bei der Behandlung von Patient\*innen, die unter den Bedingungen einer kognitiven Einschränkung leben, sei nicht Heilung, sondern die Ermöglichung von Partizipation. Dahinter stehe ein Paradigmenwechsel vom Medizinischen zum Sozialen sowie die Anerkennung, dass Behinderung keine Krankheit ist.

Dr. Wunder erläuterte, dass Menschen mit Intelligenzminderungen alle Formen psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten entwickeln können und die Wahrscheinlichkeit sogar um ein 4-faches erhöht ist. Bereits das Label der Intelligenzminderung müsse als Grundtraumatisierung verstanden werden. Frühe Selbstwertprobleme, vermehrte soziale Frustration, Ausgrenzung und Missachtung führen häufig zu geringeren Kompensationsfähigkeiten.

Der erfahrene Psychologische Psychotherapeut betonte, dass für die Behand-



*Referent Dr. Michael Wunder ermutigte mit seinem Workshop, auch Patient\*innen mit geistiger Behinderung zu behandeln.*

lung von Menschen mit geistiger Behinderung keine „Spezialpsychotherapie“ notwendig sei. Voraussetzung sei lediglich ein empathisches Sich-Einlassen gepaart mit dem Wissen, dass die psychotherapeutischen Entwicklungen mehr Zeit bedürfen.

Zum Ende bat Dr. Michael Wunder die Teilnehmenden, sich den eingangs beschriebenen Fall in Erinnerung zu rufen. In einer lebendigen Diskussion erläuterten die Anwesenden die Veränderung ihrer vorherigen Einschätzung. Mit großem Dank für diesen Parforceritt endete der Workshop. **TM**

### Workshop 3 „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten“

In der ersten Hälfte des Workshops regte die Referentin Dr. Eva Kleinemeier-Thundiyl die mehr als 40 Teilnehmenden mit einer Übung dazu an, die eigenen Erfahrungen mit der Behandlung von Menschen mit Geschlechtsinkongruenz zu reflektieren. Daraufhin erläuterte sie die wesentlichen Begrifflichkeiten und sozialmedizinischen wie psychotherapeutischen Grundlagen.

Eva Kleinemeier-Thundiyl stellte die S3-Leitlinie als Grundlage für Diagnostik, Beratung und Behandlung neben der Begutachtungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes Bund vor, die die Voraussetzung der Kostenübernahme bildet. Eindrücklich zeigte sie das Spannungsfeld zwischen beiden Leitlinien auf.

Im zweiten Teil des Workshops stand die Psychotherapie mit Menschen mit



*Im Zentrum des Workshops von Dr. Eva Kleinemeier-Thundiyil ging es um die Rolle der Psychotherapeut\*innen bei der Indikationsstellung medizinischer Interventionen sowie um die eigene Einstellung zu Gender und Geschlechtsidentität.*

Geschlechtsinkongruenz im Fokus. Wesentlich sei eine affirmative Haltung, die die Person in ihrem So-Sein bedingungslos annehme. Dies bedeutet nicht eine (vor)schnelle Indikationsstellung für geschlechtsangleichende Maßnahmen, sondern eine sorgfältige Beurteilung, für die sich ausreichend Zeit genommen werden sollte. Die Referentin ermutigte zu Offenheit und der Bereitschaft, sich einzuarbeiten, und berichtete von positiven Erfahrungen, dies auch mit den Patient\*innen transparent zu besprechen. Weiterhin wurden phasenspezifische Themen der Transition mit Fallbeispielen erläutert, zu Komorbiditäten informiert sowie die psychotherapeutische Versorgungslage in Hamburg vorgestellt.

Dr. Eva Kleinemeier-Thundiyil stellte darüber hinaus ein umfangreiches Literaturangebot zur Verfügung sowie eine Aufstellung regionaler Anlaufstellen. Diese profunde Wissensvermittlung sowie die Diskussionsfreude der Anwesenden machten den Workshop zu einer sehr gelungenen Veranstaltung. **CG**

#### **Workshop 4 „Kinder psychisch kranker Eltern: Gemeinsame Perspektiven von KJP und PP“**

Zu Beginn des Workshops stellte Prof. Dr. Timo Hennig Grundlagen und Befunde zum Thema vor und legte dar, dass es im Aufwachsen und der Entwicklung von Kindern einerseits Belastungen und Risikofaktoren, andererseits Ressourcen und Schutzfaktoren bzw. Kompensationsfaktoren gibt, bei denen sowohl innere als auch äußere Einflüs-

se eine Rolle spielen. Die Beziehungen zu den Eltern haben natürlich eine wesentliche Bedeutung, und je früher die Eltern-Kind-Beziehung durch z. B. die psychische Erkrankung eines Elternteils belastet ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit (sie liegt, wie Studien belegen, bei 60 %), dass Kinder im Laufe ihres Lebens psychische Probleme bzw. Auffälligkeiten entwickeln können.

Im anschließenden Austausch in Kleingruppen aus PP- und KJP-Kolleg\*innen wurden die verschiedenen Problemstellungen deutlich. In beiden Konstellationen erfordert es viel Achtsamkeit und Vorsicht, das Thema zu benennen und in der Aufmerksamkeit zu behalten.



*Prof. Dr. Timo Hennig und Dr. Helene Timmermann untersuchten die Besonderheiten bei der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern sowie mit psychisch kranken Patient\*innen, die Eltern sind.*

In der folgenden Diskussion, ob es sinnvoll(er) ist, mit der ganzen Familie therapeutisch zu arbeiten oder den Kindern sowie den Eltern jeweils eigene Unterstützung anzubieten, fand ein anregender Austausch über die Bedeutung der Therapie als geschützten Ort statt.

In ihrem Vortrag zum Thema „Eltern als Bündnispartner in der Psychotherapie ihres Kindes“ betonte Dr. Helene Timmermann, dass es in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darum gehe, die Eltern in ihrer Elternrolle anzusprechen und gemeinsam zu erarbeiten, wie das Kind unterstützt werden kann. Eine Balance zwischen respektvoller Akzeptanz und angemessener Konfrontation sei immer wieder herzustellen. Bei der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern wies die Referentin auf folgende in der Therapie zu berücksichtigende und abzuwägende Aspekte hin: das Wissen

um die elterliche Erkrankung, die Tabuisierung der psychischen Erkrankung, die Parentifizierung des Kindes, die Alltagsbelastung des Kindes sowie die emotionale Belastung der Kinder und der Eltern.

Dr. Helene Timmermann und Prof. Dr. Timo Hennig illustrierten die Themen anhand von anschaulichen Fallbeispielen. Etliche Fragen, Anregungen und ergänzende Fallbeispiele von Teilnehmenden rundeten den gelungenen Workshop ab. **HP**

#### **Workshop 5 „ADHS im Erwachsenenalter – ein Überblick“**

Referent Nicolai Semmler berichtete eingangs von seinem persönlichen Zugang zum Thema und seinem Anliegen, ADHS sowohl für Betroffene als auch für Psychotherapeut\*innen handhabbarer zu machen. Zunächst stellte er hierfür die Definition des Begriffes Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) vor. Er betonte das Wort „Syndrom“, da hiermit das gleichzeitige Vorliegen von mehreren, unspezifischen Symptomen, die auch bei vielen anderen Erkrankungen vorkommen können, einhergeht. Und genau das erschwere die Diagnostik. Voraussetzung für die Diagnose im Erwachsenenalter ist der Nachweis, dass ADHS bereits in der Kindheit vorgelegen hat und die Symptomatik weiterhin anhält. Wird eine ADHS-Diagnose gestellt, bedeutet



*Referent Nicolai Semmler gab einen fundierten Überblick über das Störungsbild ADHS im Erwachsenenalter.*

das allerdings nicht, dass nicht zusätzlich beispielsweise PTBS, kPTBS oder eine Borderline-Störung vorliegen können.

Nicolai Semmler betonte, dass sich Behandelnde stets über die neurologischen sowie über die psychotherapeutischen Fragestellungen im Klaren sein müssen. Somatische Aspekte können nicht ausschließlich psychotherapeutisch und psychotherapeutische Fragestellungen nicht ausschließlich medikamentös behandelt werden.

Das vollständige Bild der Erkrankung findet sich nach Semmler in den Utah-Kriterien, die auf Paul Wender zurückgehen.

Semmler untermalte die theoretischen Ausführungen immer wieder mit lebendigen Beispielen und bediente sich hierfür seiner persönlichen Geschichte, aber auch prominenter Beispiele wie die des Künstlers Olli Schulz.

Im weiteren Verlauf des Workshops gab Nicolai Semmler einen Überblick über

gängige Testverfahren und vermittelte Entscheidungskriterien zu psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen Fragestellungen.

Der Referent plädierte insgesamt für eine Sensibilisierung für die pharmakologische Behandlung und für neurologische Ansprechbarkeit.

Mit vielen praktischen Tipps, Literaturempfehlungen und weiteren Informationsquellen endete der erkenntnisreiche Workshop. KS

## KV-Förderrichtlinie: gemeinsame Informationsveranstaltung am 8. Oktober 2024

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) hat mit einer Förderrichtlinie beschlossen, für eine Übergangszeit bis zu einer gesetzlich verankerten Finanzierung 20 ambulante Weiterbildungsstellen in psychotherapeutischen Praxen finanziell zu fördern. Mit dieser Förderrichtlinie, die zum 1. Oktober 2024 in Kraft getreten ist, soll es ermöglicht werden, dass Absolvent\*innen des Psychotherapiestudiums eine Weiterbildung im ambulanten Versorgungsbereich in Hamburg beginnen können. Wegen der fehlenden Finanzierung konnten bislang weder in Hamburger Kliniken noch in ambulanten Einrichtungen Weiterbildungsstellen geschaffen werden.

Am 8. Oktober 2024 hatte die KVH gemeinsam mit der PTK Hamburg alle niedergelassenen PP- und KJP-Mitglieder zu einer Informationsveranstaltung in die Räumlichkeiten der KV eingeladen.

Rund 60 interessierte Kolleg\*innen waren der Einladung gefolgt, um sich



*Am Abend des 8. Oktober 2024 wurde die Förderrichtlinie für die ambulanten Weiterbildungsstellen in psychotherapeutischen Praxen vorgestellt.*

über die Voraussetzungen für die Zulassung als Weiterbildungsstätte sowie über die finanzielle Förderung durch die KVH und das Antragsverfahren zu informieren. PTK-Präsidentin Heike Peper warb bei den Teilnehmenden für die Beteiligung an der Weiterbildung, um die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) unter fairen Bedingungen zu qualifizieren und so den Nachwuchs für die ambulante Versorgung zu sichern.

Sollten auch Sie sich in der Weiterbildung engagieren und die Förderung der KVH in Anspruch nehmen wollen, stehen Ihnen folgende Ansprechpersonen zur Verfügung:

**KVH: Britta Deicke**

E-Mail: [arztregister@kvvh.de](mailto:arztregister@kvvh.de)

Tel.: 040-22 802 682

**PTK: Dr. Tanja Tischler, Referentin für Fort- und Weiterbildung**

E-Mail: [weiterbildung@ptk-hamburg.de](mailto:weiterbildung@ptk-hamburg.de)

Tel: 040-226 226 070.

Sie finden die [KV-Förderrichtlinie](#) sowie [FAQ zur Förderrichtlinie](#) auf der KVH-Website unter: [www.kvvh.net](http://www.kvvh.net).

Informationen zur Weiterbildungsordnung der PTK sowie FAQ zur Weiterbildung finden Sie hier:

<https://ptk-hamburg.de/aus-und-weiterbildung-fortbildung/weiterbildung/>

KM/TT

## Bericht von der 96. Delegiertenversammlungssitzung

Am 18. September 2024 tagte die 96. Delegiertenversammlung (DV) im großen Konferenzraum der AlsterCity Hamburg.

### Berichte des Vorstandes

Die Vorstandsmitglieder berichteten zu ausgewählten Aktivitäten auf Landes- sowie Bundesebene. Hervorzuheben sind insbesondere die Umsetzung der neuen „Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen“ (WBO PT) in Hamburg inkl. der neuen Förderrichtlinie

der KV Hamburg sowie die Überarbeitung der Muster-Berufsordnung (MBO). Bei Letzterem lösten die geplanten Änderungen des Paragraphen zur videogestützten Therapie bzw. ausschließlichen Online-Behandlung (§ 5 Abs. 5 MBO) und der Paragraph hinsichtlich der Arbeit aus dem Homeoffice (§ 22 MBO) eine kontroverse Diskussion aus.



*Der Vorstand berichtete zu ausgewählten Themen und Veranstaltungen auf Bundes- sowie Landesebene.*

## Neues aus der Geschäftsstelle

Geschäftsführerin Karen Walter informierte zur Weiterentwicklung des Internen Mitgliederbereichs (IMB). Sie berichtete auch über personelle Änderungen in der Geschäftsstelle und damit einhergehende neue Arbeitsverteilungen.

## Haushalt 2025

Es folgten die Erläuterungen zur Haushaltsplanung 2025. Der Vorstand hatte den von der Geschäftsstelle vorgelegten Haushaltsentwurf verabschiedet und dem Haushaltsausschuss zugeleitet. Daraufhin hatte der Haushaltsaus-

schuss den Entwurf diskutiert und in Erwartung eines nahezu ausgeglichenen Betriebsergebnisses in 2025 zugestimmt. Bei der Kalkulation der Einnahmen konnte eine Minderung der Hebesätze des einkommensabhängigen Beitrags um 3 % angewendet werden. Die Beschlussvorlagen zum Haushalt 2025 und zu den Beiträgen wurden von der DV einstimmig angenommen.

## Beitragsordnung sowie Entschädigungs- und Reisekostenordnung

Die Beitragsordnung der PTK Hamburg wurde einer Revision unterzogen. Mit Änderungsanträgen seitens des Vorstandes beschloss die Delegiertenversammlung die 3. Änderungssatzung der Beitragsordnung einstimmig per Handzeichen.

Es folgte eine Diskussion zur Änderungssatzung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung, u. a. zu einer Anpassung der Sitzungsgelder für die Delegiertenversammlung und der Ausschüsse und Kommissionen. In der Diskussion wurden von den Delegierten weitere Änderungs- und Ergänzungs-



*Die 3. Änderungssatzung der Beitragsordnung wurde auf der DV vom 18. September 2024 verabschiedet.*

vorschläge eingebracht. Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit wurde die Beschlussfassung der 5. Änderungssatzung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg auf die kommende DV am 20. November 2024 vertagt.

Heike Peper bedankte sich abschließend für die rege und engagierte Beteiligung und beendete die 96. Delegiertenversammlung der PTK Hamburg.

WH/KM/JR

## Ankündigungen zu Bekanntmachungen

Folgende Neufassungen bzw. Änderungssatzungen unserer Ordnungen und Satzungen sind bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe verabschiedet, in Kraft getreten und online auf der Kammerwebsite bekannt gemacht worden:

- Änderungssatzung Beitragsordnung (ab 11.10.2024)
- Änderungssatzung Fortbildungsordnung (ab 01.08.2024)
- Neufassung der Weiterbildungsordnung für PP und KJP (ab 01.10.2024)

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: Dr. Thomas Bonnekamp, Dr. Claudia Gorba, Wiebke Heinzel, Kirsten Maaß, Torsten Michels, Heike Peper, Julia Rübiger, Kerstin Sude, Dr. Tanja Tischler, Karen Walter.

Fotos: PTK Hamburg

### Geschäftsstelle

Weidestraße 122c  
22083 Hamburg  
Tel.: 040/2262260-60  
Fax: 040/2262260-89  
info@ptk-hamburg.de  
www.ptk-hamburg.de



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

ein bewegtes Kammerjahr neigt sich dem Ende zu – ein Jahr voller Herausforderungen, aber auch voller Erfolge für die psychotherapeutische Versorgung in Hessen. Es ist uns gelungen, in wichtigen Bereichen Fortschritte zu erzielen, die für unsere berufliche Zukunft und die Bedürfnisse unserer Patient\*innen gleichermaßen von Bedeutung sind.

Zu Beginn des Jahres starteten wir mit einem bedeutenden Meilenstein: Die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche wurde offiziell zugelassen. Diese Entscheidung ist ein großer Schritt, um jungen Menschen in Hessen bessere und vielseitigere Therapieangebote machen zu können. Zusammen mit dem hessischen Kultusministerium haben wir die Fortbil-

dung für Lehrkräfte zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen fortgesetzt, um im alltäglichen Umfeld der jungen Menschen für die Sensibilisierung hinsichtlich psychischer Belastung und Erkrankung zu schaffen.

In einem zunehmend rauen politischen Klima ist es zudem entscheidender denn je, unsere demokratischen Werte zu vertreten. Deshalb haben wir, gemeinsam mit den Landeskammern, dem Bündnis Kammern in Hessen und auch im Rahmen der Delegiertenversammlung der PTK Hessen, ein starkes Zeichen für die Demokratie gesetzt. Wir haben uns deutlich gegen Diskriminierung, Hass und Hetze ausgesprochen und klargestellt, dass unsere Arbeit auf den Werten einer offenen und respektvollen Gesellschaft basiert.

Die Umsetzung der Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen haben wir vorangetrieben und wichtige Schritte in Richtung Zukunft gemacht. Mit großer Freude haben wir die ersten Weiterbildungsstätten anerkannt. Dennoch bleibt die Finanzierung der Weiterbildung eine große politische Herausforderung, der wir uns weiterhin intensiv widmen. Ihr Engagement und Ihre Unterstützung sind dabei von unschätzbarem Wert, um die Zukunft

der Fachpsychotherapeut\*innen und damit die Versorgung psychisch kranker Menschen sicherzustellen.

Auch beim diesjährigen Sommerempfang des Bündnisses „Heilen und Helfen“ ging es um ein Thema, das die Gesellschaft aktuell bewegt: Chancen und Risiken von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen. Diskutiert wurde unter anderem, wie KI-gestützte Tools künftig in der psychotherapeutischen Praxis integriert werden könnten – und welche Gefahren in einem unkritischen Einsatz dieser Technologien liegen.

All diese Themen zeigen: Die Aufgaben sind vielfältig, doch nur gemeinsam können wir Fortschritte erzielen. Wir danken Ihnen herzlich für Ihr Engagement in diesem ereignisreichen Jahr und freuen uns darauf, mit Ihnen 2025 ebenso tatkräftig und vorausschauend zu gestalten.

Wir wünschen Ihnen eine besinnliche und ruhige Zeit zum Jahresende.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter  
Präsidentin

## Entwicklungen in der Berufspraxis verlangen Änderungen in der BO – Bericht zur neunten Delegiertenversammlung

Die neunte Delegiertenversammlung (DV) der fünften Wahlperiode fand Ende Oktober in Wiesbaden statt. Neben dem Finanzbericht und dem Haushaltsplan 2025 wurden mögliche Änderungen in der Berufsordnung diskutiert. Der PiA-Landessprecher wurde verabschiedet, im Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für den Gemein-

samen Beirat wurden Mitglieder nachgewählt. In ihren Resolutionen kritisierte die DV erneut die prekäre Lage um die Finanzierung der Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen.

Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter eröffnete die neunte Delegiertenversammlung und übergab die Sitzungs-

leitung anschließend erneut an die Vertreter\*innen des Präsidiums – Vorstandsmitglieder Birgit Wiesemüller und Prof. Dr. Rudolf Stark.

### Finanzbericht

Vorstandsmitglied Karl-Wilhelm Höffler ergänzte den Finanzbericht mit einigen



Dr. Heike Winter, Kammerpräsidentin eröffnet die 9. Delegiertenversammlung.

Hinweisen zum Haushaltsplan 2025. Die Ausschüsse seien nach Ihrem Bedarf befragt worden, hier waren nur geringe Anpassungen notwendig. Das Digitalisierungsprojekt der Kammer habe sich aus verschiedenen Gründen verzögert und wird in 2025 mit einem angepassten Budget fortgesetzt.

Lisa Raudasch wurde der Delegiertenversammlung als neue Mitarbeiterin der Geschäftsstelle und Zuständige für das Thema vorgestellt. Mit Ihrer Erfahrung im Bereich Digitalisierung im EdTech-Umfeld wird sie das Thema in der Kammer tatkräftig vorantreiben.

Die Rücklage für die Umsetzung der neuen Weiterbildung sei zu hoch gewesen. Aus diesem Grund wurde ein Antrag gestellt, den Betrag teilweise in die Betriebsmittlrücklage umzuschichten, die DV hat diesem zugestimmt.



Lisa Raudasch, Referentin Digitalisierung der PTK Hessen

Im Rahmen des Finanzberichts erläuterte Horst Kuhl, Kaufmännischer Leiter der PTK Hessen, die Mitgliederstruktur und -entwicklung der Kammer. Der Finanzbericht zeigte, dass die Mitgliederzahl derzeit bei 6.770 liegt, im Oktober des vergangenen Jahres waren es noch 6.621, was einen stetigen Anstieg seit 2010 widerspiegelt. Davon sind 3.955 Mitglieder als Psychologische Psychotherapeut\*innen (PP) tätig, 1.126 als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (KJP) sowie 183 Mitglieder haben eine Doppelapprobation und inzwischen 22 Mitglieder als Psychotherapeut\*innen (PT) gemäß der neuen Weiterbildung.

Horst Kuhl stellte die Beitragseinnahmen und Kosten für das Jahr 2024 vor sowie den Haushaltsplan 2025 des Kammervorstands. Zur Finanzierung des eLogbuchs muss die PTK Hessen eine Umlage an die Bundespsychotherapeutenkammer zahlen. Um diese Kosten im Haushaltsplan abzubilden, musste für 2024 ein Nachtragshaushalt beschlossen werden. Auf Empfehlung des Finanzausschusses hat die Delegiertenversammlung den Nachtragshaushalt 2024 und den Haushaltsplan 2025 einstimmig angenommen. Beide sind im mitgliederinternen Bereich der PTK-Homepage veröffentlicht.

## Änderung der Berufsordnung

Infolge verschiedener Entwicklungen in der psychotherapeutischen Berufspraxis wurden potentiell notwendige Änderungen in der Berufsordnung (BO) diskutiert. Die Videotherapie beispielsweise wurde in der Pandemie zu einem zentralen Werkzeug, das die Fortsetzung der Behandlung an vielen Stellen erst möglich gemacht hat. Nach der Pandemie sind viele Patient\*innen in die Praxen zurückgekehrt, aber die Videotherapie bietet weiterhin eine wichtige Alternative. Aus berufspolitischer Sicht birgt die digitale Behandlung aber auch eine Vielzahl von Herausforderungen und Fragen, die es zu klären gilt. Muss ein\*e Psychotherapeut\*in in allen Kammern Mitglied sein, wenn er\*sie bundesweit per Video therapiert? Kann ein\*e Psychotherapeut\*in ausschließlich über Video therapieren? Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu noch keine Festlegungen getroffen, der Gesetzgeber hat im Digitalgesetz einen Wegfall der 30%-Begrenzung festgelegt. Diskutiert wurde deshalb, ob es weiterer Regelungen in der BO bedarf, um die Sicherung der Behandlungsqualität, vor allem in Krisensituationen, zu gewährleisten.

Außerdem wurde über den Behandlungsbegriff in der BO gesprochen. Die unterschiedliche Benennung, wie zum Beispiel „Psychotherapie“, „psychotherapeutische Behandlung“ oder „psychotherapeutische Tätigkeit“, führt zu Problemen in der Auslegung – unter anderem in der Frage, ob probatorische Sitzungen Teil der psychotherapeutischen Behandlung sind.

Ein weiteres Thema war die (Un-) Vereinbarkeit einer Berufstätigkeit als Heilpraktiker\*in in Kombination mit einer Approbation als Psychotherapeut\*in. Die BO in Hessen ist dahingehend nicht eindeutig, während die Musterberufsordnung (MBO) eine Kooperation nur mit Angehörigen anderer verkammerter Heilberufe erlaubt – was die Kombination ausschließen würde. Der Ausschuss für Ethik und Berufsordnung der PTK Hessen tendiert dazu, die Formulierung der MBO zu empfehlen.



*Als Geschäftsführer und Syndikusanwalt der Kammer beantwortet Olaf Diederichs rechtliche Fragen der Delegiertenversammlung.*

## Status quo Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen

Die Delegierten diskutierten über die Weiterentwicklung der WBO PP/KJP. Die Zweitverfahrensregelungen gemäß der Psychotherapievereinbarung werden auslaufen, d. h., wer vor dem 1. April 2026 ein Zweitverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut absolviert, darf diese Fortbildung zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung noch nach den jetzigen Regelungen beenden. Danach könnte ein Zweitverfahren nur noch über eine Bereichsweiterbildung der Kammer absolviert werden. Dazu ist es notwendig, dass die WBO Hessen an die MWBO angepasst wird und die Verfahren AP, TP und VT in die Bereichsweiterbildung aufgenommen werden. Die Delegiertenversammlung war demgegenüber positiv eingestellt.

Darüber hinaus wurde auch über die MWBO P diskutiert und über die Änderungsanträge, die auf dem folgenden Deutschen Psychotherapeutentag abgestimmt werden sollten. Hier handelte es sich um die wechselseitige Anerkennung von Selbsterfahrungsleiter\*innen aus dem Gebiet Erwachsene für das Gebiet Kinder und Jugendliche und umgekehrt sowie um die Möglichkeit der berufsbegleitenden Bereichsweiterbildung und Änderungsanträge zur Ausgestaltung der Bereichsweiterbildungen Spezielle Schmerzpsychotherapie und Diabetes.

## Personelle Veränderungen

Die Nachwahl wird in der kommenden Sitzung Ende März 2025 stattfinden. Steffen Schiele hat in den vergangenen vier Jahren als PiA-Landessprecher (Psychotherapeut\*in in Ausbildung) den Nachwuchs des Berufsstandes in der Delegiertenversammlung vertreten und schied dann nach seiner bestandenen Approbationsprüfung aus. Seine Nachfolge übernimmt ein Team aus drei PiA: Monika Ochmann (GAP, PP), Erik Walter (Horst-Eberhard-Richter-Institut Gießen, PP), Eva Maria Buchwald (Justig Liebig Universität, KJP). Kammerpräsidentin Dr. Winter dankte Steffen Schiele für seine tatkräftige Unterstützung und das Engagement in der Kammer und begrüßte Monika Ochmann, die erstmalig stellvertretend für das Trio an der der Delegiertenversammlung teilnahm.



*Dr. Heike Winter (Präsidentin) und Steffen Schiele (ehem. PiA-Landessprecher)*

Nach dem Ausscheiden von Dr. Maria Weigel, Delegierte, sollen Else Döring, Vizepräsidentin, und in Stellvertretung Franziska Reichard, Delegierte, dem Hessischen Ministerium für Familie und Gesundheit (HMFG) für die Nominierung im Gemeinsamen Beirat vorgeschlagen werden. Dieses Gremium dient dem Dialog mit ärztlichen Kolleg\*innen. Im Mittelpunkt des Austausches stehen Fragen zur Ausübung der Psychotherapie, der Weiterbildung und der Berufsordnung. Der Landesgesetzgeber beruft die Mitglieder des Gemeinsamen Beirats auf Vorschlag der beiden Kammern.



*Die Abendveranstaltung der DV drehte sich um das Thema „Rassismus und Diskriminierung im psychotherapeutischen Setting“. Lesen Sie mehr zum spannenden Vortrag von Dr. Timo Slotta (PP) auf der PTK-Webseite.*

## Ergebnisse der Nachwahlen

*Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung*

Angela Drescher (VT-AS PP)  
(Nachfolgerin für Dr. Charlotte Reidenbach, VAIR PP)

*Gemeinsamer Beirat*

Else Döring (DPTV PP, KJP)  
Stellv.: Franziska Reichard (QdM PP)

## Resolution: Finanzierung der Weiterbildung

Während ihrer neunten Sitzung hat die Delegiertenversammlung eine Resolution zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung verabschiedet. Darin forderte sie eine sofortige Regelung zur Finanzierung der Weiterbildung im GVSG-Kabinettsentwurf. Neben der Vergütung für die Versorgungsleistungen, die die Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung erbringen, müssten auch notwendige Betriebskosten der Ambulanzen und Praxen sowie die Kosten für Theorie, Supervision und Selbsterfahrung berücksichtigt werden. Ebenso war eine Regelung zur Sicherung der stationären Weiterbildung erforderlich.

## Termine

10. Delegiertenversammlung  
28./29. März 2025  
Ort: voraussichtlich Hotel Oranien, Wiesbaden

## Psychotherapeutenkammer Hessen ist „nah dran“ – Veranstaltung zum Thema Psychotherapie und körperliche Erkrankungen gut besucht

Endlich wieder vor Ort: Im Oktober lud die PTK Hessen erstmals nach der Corona-Pandemie wieder zu einer Fortbildung in Präsenz in die Evangelische Akademie Frankfurt ein. Unter dem Thema „Psychotherapie und körperliche Erkrankungen“ wurden drei spannende Vorträge von Fachexpertinnen gehalten, die zahlreiche Kolleg\*innen anlockten und zur gemeinsamen Diskussion ermunterten.

### Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS)

Dr. Almut Dorn aus Hamburg startete mit einem aufschlussreichen Vortrag zur Prämenstruellen Dysphorischen Störung (PMDS). Dorn betonte, dass es sich bei der PMDS nicht um eine „Modediagnose“ handle, sondern um eine ernsthafte Störung mit klaren somatischen Korrelaten. Aktuelle Studien, unter anderem vom Max-Planck-Institut Leipzig, bestätigten, dass ein Serotoninmangel in der zweiten Zyklushälfte bei einigen Frauen auftritt, der zu den typischen Symptomen der PMDS führt.



*Dr. phil. Dipl.-Psych Almut Dorn (PP, VT)*

### Psychotherapie bei Magen-Darm-Erkrankungen

Dr. Sabrina Berens aus Heidelberg führte das Publikum in die psychosomatischen Aspekte von Magen-Darm-Erkrankungen wie dem Reizdarmsyndrom und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) ein. Sie verdeutlichte die Rolle der „Darm-Hirn-Achse“ und betonte, wie psychische Belastungen und stressassoziierte Symptome die Magen-Darm-Funktion



*Dr. phil. Sabrina Berens (PP, TP)*

beeinflussen können. Berens erklärte, dass es besonders bei solch schambelasteten Erkrankungen wichtig sei, einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in zu fördern. Sie hob außerdem die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen hervor, um Patient\*innen umfassend helfen zu können.

### Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit somatischen Erkrankungen

Den Abschluss bildete Prof. Dr. Gitta Reuner von der Universität Heidelberg, die über die psychotherapeutische Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sprach. Ein besonderes Augenmerk legte sie auf Epilepsie, eine Krankheit, die oft mit psychischen Komorbiditäten wie Angst und Depression einhergeht. Reuner betonte die Bedeutung von Copingstrategien und die Notwendigkeit, sich als Psychotherapeut\*in ein grundlegendes Verständnis der Erkrankung anzueignen, ohne selbst zum\*zur Mediziner\*in



*Prof. Dr. Gitta Reuner (KJP, VT) und Dr. Heike Winter (Präsidentin)*

zu werden. Besonders wichtig sei es, die psychotherapeutische Sprechstunde als Einstiegsweg für Kinder und ihre Familien aktiv anzubieten, um Barrieren abzubauen.



*Die Teilnehmenden beteiligten sich rege mit ihren Fragen.*



*In den Pausen diskutierten die Teilnehmenden weiter über die spannenden Vorträge.*

#### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Gabriele Blank, Bad Vilbel

#### Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring, Laura Speinger

#### Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/53168-0  
Fax: 0611/53168-29  
presse@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Kammerversammlung am 26. Oktober 2024

Die Delegierten der Kammerversammlung treffen sich am 26. Oktober 2024 zu ihrer 11. Sitzung in der 5. Wahlperiode. 31 Mitglieder sind anwesend, womit die Versammlung beschlussfähig ist.

### Bericht aus dem Ministerium

Nach begrüßenden Worten durch Kammerpräsident Roman Rudyk beginnt die Sitzung wie gewohnt mit einem Bericht aus dem Ministerium. **Susanne Passow** gibt einen aktuellen Sachstand zu drei Themen, die derzeit bearbeitet werden: die notwendigen Anpassungen des HKG, die anwendungsorientierten Parcoursprüfungen sowie die Finanzierung der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung. Zu Letzterem werde derzeit eine gemeinsame Veranstaltung sowie gemeinsame Pressearbeit von PKN und Ministerium geplant. Im Bereich der HKG-Novelle, die in zwei Stufen ablaufen soll, arbeite man mit Hochdruck an der Neufassung der Wahlvorschriften für die PKN. Das Verfahren gehe zügig voran und die Ressortbeteiligung soll Anfang November gestartet werden. Für die zweite Stufe der Novellierung würden momentan Themen gesichtet und diskutiert werden, u. a. auch Änderungsvorschläge der PKN. Für die anwendungsorientierten Parcoursprüfungen sei eine Änderung der Approbationsordnung als Übergangslösung erforderlich gewesen, die am 1. November 2024 in Kraft tritt. Frau Passow dankt der PKN für die Unterstützung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung (NiZZA) bei der Durchführung der Prüfungen.

### Bericht des Vorstands

Kammerpräsident **Roman Rudyk** eröffnet den Vorstandsbericht mit einer

Darstellung der Aktivitäten im Bereich der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung. Man befinde sich in zahlreichen Beratungsgesprächen mit Praxen, Kliniken sowie Instituten, die Weiterbildungsstätte werden wollen. **Mara Küster**, in der Geschäftsstelle im Referat Weiterbildung tätig, gibt ergänzend einen Überblick über die Anzahl der bisher laufenden und abgeschlossenen Antragsverfahren und Beratungsleistungen zur Zulassung als Weiterbildungsstätte. Roman Rudyk berichtet darüber hinaus über den regen Austausch auch auf anderen Ebenen, u. a. Politik und Studierende. Ein Kernthema ist zudem die Äquivalenz von Facharzt- und Fachpsychotherapeutenstandard bezüglich Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung von psychisch Erkrankten. Durch die Reform der Psychotherapieausbildung hätte der Berufsstand nun mittlerweile vergleichbare Aus- und Weiterbildungszeiten mit vergleichbarer Intensität wie in der Facharztausbildung.

**Andreas Kretschmar** legt in seinem Bericht den Fokus auf die Strukturentwicklung für die Position eines leitenden Fachpsychotherapeuten in der Klinik. Schwerpunkt sind dabei Tätigkeitsprofile und Empfehlungen zur tariflichen Eingruppierung.

**Dr. Kristina Schütz** referiert über die Bereichsweiterbildung, Mara Küster stellt dabei den Stand der ausgesprochenen Weiterbildungs-Zusatztitel in den Bereichen Klinische Neuropsychologie, Systemische Therapie sowie Sozialmedizin vor. Dr. Schütz berichtet, dass das Curriculum Sozialmedizin wie geplant im November starten wird. Thema ist außerdem die neue Gremienstruktur auf Bundesebene zur Wei-

terbildung, die schrittweise umgesetzt wird.

**Jörg Hermann** stellt die zahlreichen Termine mit verschiedenen Akteuren in Jugendhilfe und Erziehungsberatung vor, mit denen man zur Umsetzung der Weiterbildung im institutionellen Bereich im Austausch ist. Weitere Themen sind Extremismusprävention sowie das Curriculum „Klimakrise und psychische Gesundheit“ auf Bundesebene.

**Kordula Horstmann** berichtet, dass Niedersachsen ein Gesetz für die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) bekommen soll. Darüber hinaus wird ein Landesbeirat für PSNV gegründet, in dem die PKN einen Sitz haben wird.

**Götz Schwoppe** schließt den Bericht des Vorstandes mit einer Darstellung über die Vernetzungsarbeit mit Schulen und Erfahrungen mit der Terminservicestelle.



*Götz Schwoppe hat die Sitzungsleitung inne.  
Foto: Gina Briehl*

### Bericht der Geschäftsstelle

**Gina Briehl**, seit dem 1. April 2024 als Referentin für Kommunikation in der PKN tätig, beginnt den Bericht der Geschäftsstelle mit einer Übersicht über die internen und externen Kommunikationsleistungen der Kammer. Sie stellt u. a. dar, dass die Sichtbarkeit der Kammer bei Medien und Öffentlichkeit durch eine regelmäßige Pressearbeit in den vergangenen Monaten enorm gesteigert wurde. Außerdem liege der Fokus in der Kommunikation auf der ste-

tigen Weiterentwicklung der zentralen Kommunikationskanäle Newsletter und Website, um Mitgliedern, aber auch Ratsuchenden ein breites Informationsangebot bieten zu können.

Geschäftsführerin **Imke Sawitzky** ergänzt den Bericht mit dem Ausblick auf laufende und kommende Digitalisierungsprojekte und die daraus resultierenden Kosten. Im Mittelpunkt steht der Relaunch des internen Mitglieder-Log-in-Bereichs. Das Onlinezugangsgesetz (OZG) macht dies erforderlich, darüber hinaus soll die Neuaufstellung des Bereichs den Mitgliedern aber auch mehr Möglichkeiten beim Führen ihrer Fortbildungskonten oder der Akkreditierung von Veranstaltungen bieten. Ein weiterer Punkt ist das eLogbuch, bei dem die BPtK das Projektmanagement übernommen hat, nachdem alle Landeskammern eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit unterzeichnet haben. Das Projekt ist im Oktober dieses Jahres gestartet.

### Anträge

Es stehen wieder einige Änderungsanträge auf der Tagesordnung, welche die Wahlordnung, die Weiterbildungsordnung PP/KJP sowie die Kostenordnung betreffen. Alle Anträge wurden einstimmig angenommen.

### Wahlordnung

Um auch den Approbierten nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes vom



Antragsabstimmung Foto: Gina Briehl

15.11.2019 (BGBl. S. 1604) die Wahl zu ermöglichen, hat das Ministerium einen Erlass verfasst, mit dem approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach neuem Recht der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten angehören. Die Wahlordnung der PKN muss dahingehend angepasst werden.

### Weiterbildungsordnung PP/KJP und Kostenordnung

Um eine Anpassung an die geänderte Muster-Weiterbildungsordnung auf Bundesebene unter Berücksichtigung des Niedersächsischen HKG zu erlangen, wird eine Neufassung der Weiterbildungsordnung PP/KJP beantragt. Des Weiteren werden die Weiterbildungsbereiche „Spezielle Schmerztherapie“ und „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ aufgenommen.

Aufgrund der Neufassung der WBO PP/KJP sind Änderungen in den Leistungsbeschreibungen der Kostenordnung erforderlich.

### Ausschuss- und Kommissionsarbeit

Zunächst berichtet der Finanzausschuss über seine Tätigkeiten, bevor Imke Sawitzky den Haushaltsplan 2025 vorstellt. Dieser wird von den Delegierten einstimmig verabschiedet.

Es folgen weitere kurze Berichte aus den Ausschüssen und Kommissionen. Für den Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik war das Thema „Vertretung im Verhinderungsfall“ sehr präsent – es wurde überlegt, wie dieser Aspekt patientengerecht und öffentlichkeitswirksam kommuniziert werden könnte. Die Kommission Angestellte beschäftigt sich zuletzt viel mit der tariflichen Vergütung. In der Kommission Nachwuchsförderung ist man erfreut über die rege Teilnahme an der Begrüßungsveranstaltung für PiA und Neuapprobierte Ende September. Außerdem sei die künftige Einbindung von Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung (PtW) ein Thema. Die Klima-Kommission berichtet über den Hitzeworkshop im Juni sowie die Fragestellung der nachhaltigen Praxisführung.

Die Sitzung wird mit Bekanntgabe des nächsten Termins zur konstituierenden Kammerversammlung am 26. April 2025 geschlossen, zu der die im März 2025 gewählten Delegierten in neuer Konstellation zusammenkommen werden.

## Kammertag: Wie gelingt sektorenübergreifende Vernetzung?

Der diesjährige Kammertag im Vorfeld der Kammerversammlung stand unter dem Titel „Sektorenübergreifende psychotherapeutische Versorgung“. Kammerpräsident Roman Rudyk leitete den Tag ein und moderierte die Veranstaltung, um gemeinsame Fäden der Referierenden aufzugreifen. Mehrere Impulsvorträge gaben Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit sowie Chancen und Barrieren der Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsbe-

reiche. Kristof Hückstädt stellte seine Arbeit in der stationären Akutpsychiatrie vor, Dominik Derer die in der ambulanten Versorgung Erwachsener, Götz Schwöpe knüpfte mit der ambulanten Versorgung Kinder und Jugendlicher an, Jörg Hermann bildete den institutionellen Bereich ab und zuletzt gab Daniel Nowik einen Überblick über die Medizinische Rehabilitation. In der anschließenden Diskussion zeigte sich, dass die sektorenübergreifende Vernet-

zung insbesondere in der Behandlung suchtkranker Patient\*innen gelingt. Insgesamt konnte mit den Impulsvorträgen das gegenseitige Verstehen der unterschiedlichen Sektoren gefördert werden. Gleichzeitig waren sich alle Teilnehmenden einig, dass auch die beste Vernetzung kein Heilmittel für eine Mangelversorgung und gesamtgesellschaftliche Probleme sein kann.

## Der Vorstand zum Gespräch bei Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi

Ende August traf sich der Vorstand zum politischen Austausch mit dem niedersächsischen Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, Dr. Andreas Philippi. Zentrales Thema des Treffens waren die Umsetzung und ausbleibende Finanzierung der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung – ein Thema, was dem Vorstand derzeit große Sorgen bereitet. Denn gelingt die Umsetzung nicht, hängt die gesamte zukünftige psychotherapeutische Versorgung am seidenen Faden. Die Finanzierungslücke müsse dringend geschlossen und in den Nachwuchs investiert werden, so der Vorstand. Der Minister bekräftigte seine Unterstützung für die Forderungen der PKN: Es sei wichtig, dass Ministerium und PKN an einem Strang ziehen und sich gemeinsam für ein bedarfsgerechtes Weiterbildungsangebot einsetzen. Im Bundesrat habe man dazu einen ersten Impuls gesetzt. Man nehme im Ministerium genau zur Kenntnis, dass die vorgesehenen Gesetzesänderun-



Der PKN-Vorstand mit Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi

Foto: Gina Briehl

gen auf Bundesebene nicht ausreichen, um Weiterbildungsstellen in Praxen, Weiterbildungsambulanzen und Kliniken sicherzustellen. Hierfür bedürfe es seitens des Bundes eine klare Aussage, wie die Finanzierung in den kommenden Jahren aufgestellt werden soll. Es wurde außerdem festgelegt, im kom-

menden Jahr ein „Weiterbildungssymposium“ für Kliniken und weitere Einrichtungen zu realisieren.

Der Vorstand hat den Austausch als sehr konstruktiv empfunden und bedankt sich beim Minister für die gute Zusammenarbeit.

## Institutionelle Weiterbildung in der Jugendhilfe



Jörg Hermann, Silke Niepel und Bernd Herzig (v. l. n. r.) Foto: Gina Briehl

Am 15. August 2024 hat auf Einladung der PKN ein weiteres Informationsgespräch zur Möglichkeit der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung im institutionellen Bereich der Jugendhilfe mit dem Landesjugendamt stattgefunden. Unterstützt durch Frau Küster aus der Geschäftsstelle unterrichtete Vizeprä-

sident Jörg Hermann die Leiterin des Landesjugendamts, Silke Niepel, und Bernd Herzig, den stellvertretenden Leiter des Teams „Hilfen zur Erziehung, Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen“ über den aktuellen Stand und die geplante Umsetzung der Weiterbildung.

Die Initiative des Berufsstands und der Kammern, einen Teil der Weiterbildung auch in der Jugendhilfe absolvieren zu wollen, wurde dabei ausdrücklich begrüßt und Unterstützung angeboten. Besonders die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern, bei denen auch psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden, stellen eine Herausforderung für die pädagogische Arbeit dar, bei der psychotherapeutische

Kompetenz sowohl für die Arbeit mit den Klient\*innen selbst als auch zur Unterstützung der pädagogischen Teams als notwendig erachtet wird. Die Profession wird dabei als Leistungserbringer im gruppenergänzenden und -übergreifenden Angebotsbereich gesehen.

Die Vertreter\*innen des Landesjugendamts schlugen vor, zu einer Veranstaltung relevante niedersächsische Träger der ambulanten und stationären Jugendhilfe und die PKN einzuladen, um einen Austausch zu konkreten Fragen zu ermöglichen, eine Weiterbildungsstätte zu werden. Dieser Vorschlag wurde von Jörg Hermann dankend angenommen.

## Wahl zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Jahr 2025, Wahlausschreiben des Wahlleiters nach § 15 der Wahlordnung (WO-PKN)

### Hinweis:

Das folgende Wahlausschreiben ergeht aus redaktionellen Gründen vor Schließung der Wählerverzeichnisse. Es steht unter dem Vorbehalt, dass sich aus den Mitgliederzahlen, die bei Schließung der Wählerverzeichnisse festgestellt werden, keine Änderung der Anzahl der zu wählenden Mitglieder ergibt. Sollte das der Fall sein, ergeht rechtzeitig ein weiteres Wahlausschreiben.

Im März 2025 wird die Wahl zur Versammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen stattfinden. Hiermit möchte ich Sie mit dem weiteren Ablauf der Wahl vertraut machen.

### I.

Die Wählerverzeichnisse werden Anfang Dezember 2024 geschlossen. Die Anzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung stellt sich wie folgt dar:

Es sind gemäß § 20 Absatz 3 des Niedersächsischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG), § 3 Absatz 1 WO-PKN **41 Mitglieder** (§ 20 Absatz 3 Sätze 1 und 2 HKG) zu wählen.

Davon gehören

**29 Mitglieder** zur Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten (PP) sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT)

und

**12 Mitglieder** zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

Nach einem Erlass des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung vom

24. Juni 2024 gehören Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) 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 (PP) an, soweit sie nicht zusätzlich über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) verfügen.

### II.

Bewerberinnen und Bewerber um einen Sitz in der Kammerversammlung können sich nicht direkt selbst zur Wahl stellen, sondern müssen von wahlberechtigten Kammermitgliedern vorgeschlagen werden.

Diese Wahlvorschläge müssen bis zum

**23. Januar 2025, 16.00 Uhr**

bei mir, dem Wahlleiter, unter der Anschrift der Kammer eingereicht werden. Wahlvorschläge, die nach diesem Termin eingehen, können nicht zugelassen werden.

Bitte übersenden Sie die Wahlvorschläge rechtzeitig, damit möglicherweise aufgetretene Mängel beseitigt werden können.

Zur Sicherheit empfehle ich, die Unterlagen parallel zum Postweg eingescannt per E-Mail an [wahlen@pknds.de](mailto:wahlen@pknds.de) zu senden.

### III.

Um zur Wahl zugelassen zu werden, müssen die Wahlvorschläge folgende Bedingungen erfüllen:

Weil die Gruppe der PP/PT und die der KJP in gesonderten Wahlgängen ihre eigenen Vertreterinnen und Vertreter

in die Kammerversammlung wählen, müssen die Wahlvorschläge für jede Berufsgruppe gesondert eingereicht werden. Bewerberinnen und Bewerber einer Berufsgruppe können dabei nur von Wahlberechtigten dieser Berufsgruppe vorgeschlagen werden.

Ein Wahlvorschlag enthält entweder eine Einzelbewerberin oder einen Einzelbewerber (Einzelwahlvorschlag) oder eine Liste von Bewerberinnen und Bewerbern (Listenwahlvorschlag). Auf den Listen müssen die zur Wahl stehenden Personen in erkennbarer Reihenfolge verzeichnet sein. Auf jedem Wahlvorschlag müssen

Familienname,  
Vorname,  
akademischer Grad,  
Berufsgruppe,  
Ort der Berufsausübung

der Bewerberinnen und Bewerber enthalten sein.

Ein Listenwahlvorschlag muss eine Kurzbezeichnung als Überschrift enthalten, die nicht länger als fünf Wörter sein darf.

Eine Bewerberin oder ein Bewerber darf nur für die Berufsgruppe kandidieren, in deren Wählerverzeichnis sie oder er eingetragen ist, und darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden.

Die Bewerberin oder der Bewerber muss schriftlich der Kandidatur zustimmen. Die entsprechende Zustimmungserklärung muss dem Wahlvorschlag im Original beigelegt werden.

Jeder Wahlvorschlag – ob Einzelwahlvorschlag oder Listenwahlvorschlag – muss von mindestens zehn Wahlberechtigten, den sogenannten Unterstützerinnen und Unterstützern unterschrieben sein. Diese Personen müssen in derselben Berufsgruppe wahlberechtigt sein wie die Bewerberinnen und

Bewerber. Die Unterstützerinnen und Unterstützer müssen zusätzlich zu ihrer Unterschrift ihren Familiennamen, Vornamen und ihre Anschrift angeben. Unterschrift und Angaben können auf dem Wahlvorschlag selbst (z. B. Rückseite) oder auf einem gesonderten Blatt (unter Hinweis auf den unterstützten Wahlvorschlag) verzeichnet sein und müssen zusammen mit dem Wahlvorschlag eingereicht werden. Jede Unterstützerin oder jeder Unterstützer darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen; hat eine Unterstützerin oder ein Unterstützer mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, so sind alle Unterschriften ungültig.

Zu jedem Wahlvorschlag gibt es eine Vertrauensperson, die zur Abgabe von Erklärungen gegenüber mir, dem Wahlleiter, und dem Wahlausschuss berechtigt ist. Vertrauensperson für den jeweiligen Wahlvorschlag ist – wenn nicht anders angegeben – diejenige oder derjenige, die oder der den Wahlvorschlag an der ersten Stelle unterzeichnet hat; die oder der an zweiter Stelle unterzeichnet hat, ist stellvertretende Vertrauensperson. Es kann aber auch eine andere Vertrauensperson oder Stellvertreterin oder Stellvertreter aus dem Kreise der Unterstützerinnen und Unterstützer benannt werden.

Wird in einer Berufsgruppe kein (gültiger) Wahlvorschlag eingereicht, findet für diese Berufsgruppe keine Wahl statt.

Über die Zulassung der Wahlvorschläge entscheidet der Wahlausschuss in seiner öffentlichen Sitzung am **24. Januar 2025**. Hier wird auch die Reihenfolge der Wahlvorschläge auf den Stimmzetteln durch das Los bestimmt.

Die entsprechenden Formulare (Bewerberinnenerklärung/Bewerbererklärung, Liste der Unterstützerinnen und Unterstützer, Wahlvorschlag Liste PP/PT sowie Wahlvorschlag Liste KJP) und die Wahlordnung der PKN finden Sie auf unserer Homepage [www.pknds.de](http://www.pknds.de) unter „Kammerwahl 2025“. Ebenfalls finden Sie hier genauere Informationen über die Möglichkeit des Versands von

Wahlinformationen (Wahlwerbung). Gemäß § 19f WO-PKN haben die Wahlberechtigten ein Widerspruchsrecht, falls sie keine Wahlinformationen der Bewerberinnen und Bewerber erhalten wollen. Wenn Sie von dem Widerspruchsrecht Gebrauch machen wollen, schreiben Sie bitte eine diesbezügliche Mitteilung bis zum **15. Januar 2025** mit Ihrem Namen und Ihrer Mitgliedsnummer an [wahlen@pknds.de](mailto:wahlen@pknds.de).

Die folgenden Informationen betreffen den Wahlvorgang selbst. Sie werden hier pflichtgemäß aufgeführt und Ihnen zusammen mit den Wahlunterlagen noch einmal zugesandt.

#### IV.

Die Wahl erfolgt nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Wahlberechtigt ist jede oder jeder Kammerangehörige, die oder der in ein Wählerverzeichnis eingetragen ist und nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen ist.

Das Verfahren der Stimmabgabe ist in § 24 WO-PKN festgelegt. Diese Vorschrift hat den Wortlaut:

#### § 24

- (1) Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.
- (2) Ist auf dem Stimmzettel mehr als ein Wahlvorschlag aufgeführt, so hat jedes wahlberechtigte Kammermitglied nur eine Stimme. Zur Stimmabgabe kennzeichnet die Wählerin oder der Wähler auf dem Stimmzettel die Bewerberin oder den Bewerber, dem sie ihre oder dem er seine Stimme geben will, durch ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Die Wählerin oder der Wähler ist nicht an die Reihenfolge, in der die Bewerberinnen und Bewerber innerhalb eines Wahlvorschlages aufgeführt sind, gebunden.
- (3) Ist auf dem Stimmzettel nur ein Wahlvorschlag genannt, so hat jede Wahlberechtigte oder jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie Mitglieder der Kammerversammlung

aus ihrer bzw. seiner Berufsgruppe zu wählen sind. Zur Stimmabgabe kennzeichnet die Wählerin oder der Wähler die Bewerberinnen oder Bewerber, denen sie ihre oder denen er seine Stimme geben will, durch jeweils ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

- (4) Es ist nicht zulässig, weitere Vermerke in den Stimmzettel einzutragen.
- (5) Werden die Namen von mehr Bewerberinnen oder Bewerbern mit Stimmabgabevermerken versehen, als die Wählerin oder der Wähler abzugeben berechtigt ist, so ist die Stimmabgabe ungültig.
- (6) Die Wählerin oder der Wähler legt den entsprechend Abs. 2 bzw. Abs. 3 gekennzeichneten Stimmzettel in den inneren Briefumschlag und verschließt diesen. Der Briefumschlag darf keine Kennzeichen haben, die auf die Person der Wählerin oder des Wählers schließen lassen.
- (7) Die Wählerin oder der Wähler unterschreibt die Erklärung auf dem Wahlausweis unter Angabe des Ortes und des Datums.
- (8) Die Wählerin oder der Wähler legt den verschlossenen inneren Briefumschlag und den unterschriebenen Wahlausweis in den äußeren Briefumschlag, verschließt diesen, versieht ihn auf der Rückseite mit den Absenderangaben und übersendet diesen Brief (Wahlbrief) auf ihre bzw. seine Kosten der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter.
- (9) Der Wahlbrief muss spätestens um 16.00 Uhr des Tages, an dem die Wahlzeit endet, der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter zugegangen sein.

Das bedeutet zusammengefasst:

- Mehr als ein Wahlvorschlag auf dem Stimmzettel (Absatz 2): nur ein

Kreuz für eine Kandidatin oder einen Kandidaten.

- Nur ein Wahlvorschlag auf dem Stimmzettel (Absatz 3): so viele Kreuze, wie Mitglieder aus der Berufsgruppe in die Versammlung gewählt werden sollen.
- Pro Kandidatin oder Kandidat darf es nur ein Kreuz geben.
- Keine Bindung an eine Reihenfolge.
- Nur den Stimmzettel in den inneren Briefumschlag stecken. Der innere Briefumschlag muss anonym bleiben und darf nicht beschriftet werden.

■ Der unterschriebene Wahlausweis und der innere Umschlag kommen in den äußeren Umschlag.

■ Absenderin oder Absender und Postwertzeichen nur auf dem äußeren Umschlag vermerken.

Alles andere führt regelmäßig zur Ungültigkeit der Stimmabgabe.

**Die Wahlbriefe müssen bei mir, dem Wahlleiter, (Anschrift wie Kammer) bis zum 4. März 2025, 16.00 Uhr eingegangen sein.**

Zu spät eingehende Wahlbriefe können nicht berücksichtigt werden.

Sollten Sie weitere Fragen haben, rufen Sie bitte die Geschäftsstelle der Kammer an oder schreiben eine E-Mail an [wahlen@pknds.de](mailto:wahlen@pknds.de), insbesondere, wenn es um die Zusendung von Unterlagen oder Formblättern geht.

Mich können Sie **über die Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Leisewitzstraße 47, 30175 Hannover** und unter der **Mobilfunknummer**

**0171 / 3638550**

erreichen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Günter Heiß  
(Wahlleiter)

## Bekanntmachungen

### Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 26. Oktober 2024 folgende Ordnungsänderungen bzw. Neufassungen beschlossen:

- **Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**
- **Weiterbildungsordnung für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**
- **Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**

Die Ordnungsänderungen bzw. Neufassungen treten am Tag nach der Veröffentlichung auf [www.pknds.de](http://www.pknds.de) in Kraft. Die Ordnungsänderungen bzw. Neufassungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 26.10.2024  
Roman Rudyk  
Präsident

### Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47  
30175 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
[info@pknds.de](mailto:info@pknds.de)  
[www.pknds.de](http://www.pknds.de)

## Konstituierende Kammerversammlung am 24. August 2024



*Dem neuen Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gehören sieben Mitglieder an. V. l. n. r.: Mirka Münzebrock-Child, Oliver Kunz, Julia Leithäuser, Andreas Pichler, Elisabeth Dallüge und Georg Schäfer; auf separatem Foto: Bettina Meisel (Gruppenfoto: Andreas Wiese; kleines Foto: privat)*

Die 6. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen trat am 24. August 2024 in Düsseldorf zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Gerd Höhner hieß als noch amtierender Präsident die Kammerversammlungsmitglieder und insbesondere die zahlreichen neuen Kolleginnen und Kollegen unter ihnen herzlich willkommen. Als Gäste begrüßte er Hermann Schürmann, der bis zum Ende der 5. Wahlperiode Beisitzer im Kammervorstand war, sowie Michaela Schmöhl und Sophie Pult von der PiA-Vertretung (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung) NRW. Zu Beginn wurde mit einer Schweigeminute der Opfer der Messerattacke in Solingen am Abend zuvor gedacht.

Der 6. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gehören 121 Mitglieder an. Zu Beginn ihrer Sitzung nahmen die Teilnehmenden den von allen Fraktionen gestellten Antrag an, dass für die Wahlperiode 2024 bis 2029 sieben Mitglieder in den Kammervorstand gewählt werden sollen. Ulrike Moths, Alterspräsidentin der Kammer, übernahm für die einzelnen Wahlgänge die Sitzungsleitung. Vorab sprach sie dem bisherigen Vorstand und den Kammerversammlungsmitgliedern ausdrücklichen Dank für ihr Engagement aus. Ihr Einsatz für die Kammer habe maßgeblich dazu beigetragen, dass man gemeinsam auf eine erfolgreiche Arbeit zurückblicken könne und ein konstruktives Miteinander gewachsen sei.

### Vorstandswahl mit klaren Ergebnissen

Andreas Pichler (Fraktion DPtV kooperiert!) wurde in der Abstimmung zum neuen Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gewählt. Der Psychologische Psychotherapeut war in den letzten zehn Jahren Vizepräsident der Kammer und tritt die Nachfolge von Gerd Höhner an, der nach zehn Jahren Präsidentschaft nicht erneut kandidiert hatte. Andreas Pichler ist in Königswinter niedergelassen. Zur Vizepräsidentin wurde Julia Leithäuser (Fraktion DPtV kooperiert!) gewählt. Die Psychologische Psychotherapeutin führt eine eigene Praxis in Bonn. Im Anschluss wählten die Kammerversammlungsmitglieder fünf Beisitzerinnen und

Beisitzer in den Vorstand. Elisabeth Dallüge (Fraktion DPtV kooperiert!) ist Psychologische Psychotherapeutin und in der LWL-Maßregelvollzugsklinik Herne des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe angestellt. Oliver Kunz (Fraktion DGVT plus) ist Psychologischer Psychotherapeut und in Mülheim an der Ruhr niedergelassen. Er war auch von 2019 bis 2024 Beisitzer im Kammervorstand. Bettina Meisel (Fraktion Bündnis KJP) ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Meerbusch niedergelassen. Mirka Münzebrock-Child (Fraktion DGVT plus), Psychologische Psychotherapeutin, führt eine eigene Praxis in Dortmund. Georg Schäfer (Fraktion Analytiker:innen/Psychodynamische Liste) ist Psychologischer Psychotherapeut und in Bonn niedergelassen. Alle neuen Vorstandsmitglieder wurden jeweils mit großer Mehrheit gewählt.

### Breites Aufgabenspektrum

Andreas Pichler betonte in seiner Rede zur Kandidatur seinen Wunsch, dass der Kammervorstand als Team zusammenarbeitet und alle sieben Mitglieder ihre spezifischen Kenntnisse, Erfahrungen und thematischen Schwerpunkte einbringen können. Aktuell sei es äußerst wichtig, die offenen Fragen zur Finanzierung der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin bzw. zum Fachpsychotherapeuten weiterhin zu thematisieren und auf Antworten zu drängen. „Der Gesetzgeber muss die Finanzierung der Weiterbildung unbedingt regeln“, unterstrich Andreas Pichler die bereits vielfach vorgetragene Forderung der Kammer. Es dürfe nicht sein, dass Nordrhein-Westfalen wegen fehlender Weiterbildungsplätze sehenden Auges in einen Fachkräftemangel hineingerate, der die Sicherung der zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung gefährde. „Wir reden von nichts weniger als der Zukunft unseres Berufsstandes“, sagte Andreas Pichler. „Der bereits jetzt bestehende Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung wird massiv verstärkt, wenn in den Praxen und Kliniken der Nachwuchs fehlt. Die Leidtragenden werden die Patientinnen und Patienten sein, die



*Konstituierende Sitzung in Düsseldorf*

dann keine Versorgung erhalten. Das dürfen wir auf keinen Fall zulassen“, mahnte er eindringlich in Richtung der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Die Profession habe Konzepte und Lösungsvorschläge vorgelegt. Es sei an der Politik, endlich zu handeln.

Andreas Pichler stellte ferner heraus, dass die Kammer sich zukünftig auch verstärkt den Bezügen zwischen psychischer Gesundheit und gesellschaftlicher Entwicklung widmen werde. „Der Klimawandel mit seinen Folgen für die psychische Gesundheit und auch Themen wie Armut und prekäre Lebensverhältnisse oder Gewalt und Aggression im öffentlichen Raum stehen im Zusammenhang mit dem Erhalt oder eben auch der Gefährdung der psychischen Gesundheit“, hielt er fest. „Hier gilt es, Position zu beziehen, sich in die öffentlichen Debatten einzubringen und Lösungswege aufzuzeigen, beispielsweise im Bereich der Prävention.“ Andere Aufgaben würden in der Weiterentwicklung der Kammer bei der Erfüllung ihrer Aufgaben liegen. Insgesamt erwarte den neuen Vorstand ein breites und anspruchsvolles Arbeitsprogramm.

Julia Leithäuser, Elisabeth Dallüge, Oliver Kunz, Bettina Meisel, Mirka Münzebrock-Child und Georg Schäfer umrissen in ihren Ansprachen zur Kandidatur für den Kammervorstand ebenfalls Themen und Ziele in der Kammerarbeit, die ihnen für die nächsten Jahre am Herzen liegen. Zu den zentralen Aufgaben gehöre die Umsetzung der Weiterbildung.

Auch die Vorstandsaktivitäten zum geplanten Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter gelte es fortzuführen. Dabei sei darauf hinzuwirken, die Belastung der Praxen während der Erprobungsphase des Verfahrens in Nordrhein-Westfalen möglichst gering zu halten. Als weitere Aufgaben wurden unter anderem der Erhalt der Verfahrensvielfalt in der Psychotherapie, die Nachwuchsförderung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angesprochen. Grundsätzlich sei es wichtig, sich weiterhin für Verbesserungen in der Bedarfsplanung einzusetzen. Gleiches gelte für die Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit von Kolleginnen und Kollegen in allen Versorgungsbereichen.

### Verabschiedung bisheriger Vorstandsmitglieder

Andreas Pichler verabschiedete als neu gewählter Kammerpräsident seinen



*Gerd Höhner (l.), Andreas Pichler*



Verabschiedung von Barbara Lubisch (linkes Foto Mitte), Bernhard Moors (mittleres Foto links) und Birgit Wich-Knoten (rechtes Foto)

Vorgänger aus dem Vorstand. Er sprach Gerd Höhner großen Dank für dessen Wirken und Engagement in zehn Jahren Präsidentschaft aus. Er habe mit seinem persönlichen Stil wesentlich zu Vertrauen zueinander, einem respektvollen Umgang miteinander und einer hohen Kooperationsbereitschaft in der Gremienarbeit beigetragen. Besonderer Dank gebühre Gerd Höhner für seine Nachdenklichkeit, seine Weitsicht, seine differenzierte politische Sichtweise und seine mitunter mahnende Stimme. Bei all dem habe er stets die Gemeinsamkeit des Berufsstandes an oberster Stelle gesehen. Er selbst habe die Zusammenarbeit mit Gerd Höhner stets als kollegial und fruchtbar erlebt, so Andreas Pichler.

Barbara Lubisch, Bernhard Moors und Birgit Wich-Knoten wurden ebenfalls von neu gewählten Vorstandsmitgliedern mit großem Dank für ihre langjährige Vorstandsarbeit verabschiedet. Alle drei hatten nicht wieder zur Wahl in den Vorstand kandidiert, arbeiten aber weiterhin in der Kammerversammlung mit.

### Weitere Wahlen und Einrichtung erster Ausschüsse

Die 6. Kammerversammlung wählte in ihrer Sitzung aus ihrer Mitte 26 Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) und alle weiteren Kammerversammlungsmitglieder als deren Stellvertretende. Als ersten Ausschuss richtete sie den Finanzaus-

schuss ein und wählte dessen Mitglieder sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter. Als Mitglied für den Finanzausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wurde Dr. Georg Kremer gewählt, als stellvertretendes Mitglied Bettina Tietz-Roder. Alle Abstimmungsergebnisse fielen einstimmig aus. Die Kammerversammlung richtete zudem bereits einen Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ ein, um sich zeitnah mit den drängenden Fragen insbesondere zur Weiterbildung befassen zu können. Dessen Mitglieder und deren Stellvertretungen wurden jeweils mit deutlicher Mehrheit gewählt. Weitere Ausschüsse sind in Planung.

## Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen: Abschluss des Schwerpunktthemas „Seelische Gesundheit“

Die Einrichtung der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen wurde von der Landesgesundheitskonferenz NRW in ihrer 26. Entschliessung 2017 beschlossen. Für ihren Aufbau und ihre Steuerung wurde eine Lenkungsgruppe unter dem Vorsitz des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) eingesetzt. Als Schwerpunkt für den Zeitraum 2019 bis 2023 verständigte sich die Lenkungsgruppe auf das Thema „Seelische Gesundheit“. 2023 wurde das Schwerpunktthema bis 2024 verlängert.

Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ist Mitglied der Landesgesundheitskonferenz NRW und wurde

in der Lenkungsgruppe der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen Mitglied sowie in deren Arbeitsgruppen „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ und „Seelische Gesundheit im Alter“ durch Gerd Höhner, Kammerpräsident bis August 2024, vertreten.

Am 26. September 2024 fand in Bochum die Abschlussveranstaltung zum bisherigen Themenschwerpunkt statt. „Die Notwendigkeit und die Dringlichkeit, sich um seelische Gesundheit zu kümmern, ist in den versorgungsrelevanten Institutionen des Gesundheitswesens und ihnen nahestehenden Einrichtungen angekommen“, bilanziert Andreas Pichler, seit August 2024 Präsident der Psychothe-

rapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. „Der langjährige Schwerpunkt der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen ist nun zwar abgeschlossen, das Thema ‚Seelische Gesundheit‘ damit jedoch nicht beendet. Es bleibt eine Aufgabe und der Weg zum Ziel ist lang. Die Kammer wird sich dafür einsetzen, ihn gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen weiterzuverfolgen. Dabei gilt es, auch immer wieder in den Blick zu rücken, dass die Prävention von psychischen Erkrankungen im Kindesalter ansetzen muss.“ Ab 2025 befasst sich die Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen mit dem Schwerpunkt Bewegung, insbesondere Bewegung im Alltag.

## Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ist intensiv mit der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen befasst.

Eine Arbeitsgruppe, an der Vorstandsmitglieder sowie die Geschäftsführung und Mitarbeitende der Kammer beteiligt sind, beschäftigt sich weiterhin fortlaufend mit zentralen Fragen zu diesem Arbeitsthema. Unter anderem werden mögliche Spielräume bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung ausgelotet, Qualitätsanforderungen diskutiert und juristische Fragen geklärt. Die Arbeitsgruppe unterstützt

damit die Geschäftsstelle bei der Bearbeitung von Anträgen auf Zulassung als Weiterbildungsstätte oder zur Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis. Mittlerweile wurde eine Reihe von Weiterbildungsstätten zugelassen und in einem Verzeichnis auf der Website der Kammer ([www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)) veröffentlicht. Ein in der konstituierenden Kammerversammlung Ende August 2024 eingerichteter Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ befasst sich ebenfalls mit Aspekten zur Umsetzung der Weiterbildungsordnung. Des Weiteren beteiligen sich Mitarbeitende der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in einer Arbeitsgruppe auf Bundesebene an

notwendigen Vorbereitungen zur Einführung des elektronischen Logbuchs zur Dokumentation der abgeleiteten Weiterbildungsinhalte. Mitglieder des Vorstands der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wurden zwischenzeitlich in neue Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) berufen, die sich mit der Weiterführung der Weiterbildungsreform befassen. Der Vorstand hatte zudem im Oktober 2024 die Bundestagsabgeordneten aus Nordrhein-Westfalen in einem Schreiben nachdrücklich darum gebeten, sich für die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung einzusetzen.

## Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter

Am 1. September 2024 ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Einführung eines datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter in Kraft getreten. Entwickelt wurde das QS-Verfahren vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Vor einer bundesweiten Umsetzung soll das Verfahren ab 2025 in Nordrhein-Westfalen für sechs Jahre erprobt werden. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat hierzu auf ihrer Website [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) einen Themenschwerpunkt veröffentlicht.

Der Kammervorstand ist zu diesem Arbeitsthema mit den auf Landesebene

verantwortlichen Institutionen im Gespräch und stimmt sich mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ab. Mit dem IQTIG tauschte sich der Vorstand über gegenseitige Erwartungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit aus. Der Kammervorstand setzt sich auch intensiv dafür ein, an den relevanten Gremien zur Umsetzung des QS-Verfahrens beteiligt zu werden. Um zentrale Fragen zum QS-Verfahren und zum Testlauf in der Region eingehend zu erörtern, hat die Kammer eine Kommission eingerichtet. Sie begleitet den Vorstand bei Abstimmungen auf Bundesebene und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein-Westfalens. Ferner sollen die Informationen aus den Arbeitsgemeinschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesarbeitsgemein-

schaft datengestützte und einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung NRW (LAG DeQS NRW) zum QS-Verfahren diskutiert werden. Die Kommission wird den Vorstand zu Handlungsfeldern wie Strategieentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit, Informationsveranstaltungen und Interessenvertretung in den Gremien beraten. Zu ihren Aufgaben gehört dabei, den Informations-, Beratungs- und Servicebedarf der Kammermitglieder zum QS-Verfahren zu erfassen.

Ziel aller Kammeraktivitäten ist, den Informationsfluss und den Meinungsaustausch zum Arbeitsthema „QS-Verfahren“ zu sichern, die Erprobung in Nordrhein-Westfalen kontinuierlich kritisch zu begleiten und die Belastung der betroffenen Praxen möglichst gering zu halten.

### Auslage Haushaltsplan 2025

Der Haushaltsplan 2025 kann vom 7. bis 17. Januar 2025 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen eingesehen werden.

### Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211/52 28 47-0  
Fax: 0211/52 28 47-15  
[info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
[www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)

## OPK vor Ort 2024 mit aktuellem Thema „Neutralität und ihre Grenzen – Werthaltungen in der Psychotherapie“



OPK vor Ort 2024 im Kaisersaal in Erfurt, Foto: Sabrina Höft

Auch in diesem Jahr war die OPK wieder in ihren fünf Bundesländern vor Ort und lud die Mitglieder ein, gemeinsam über ein aktuelles und spannungsgeladenes Thema zu diskutieren.

Zu Beginn der Veranstaltung referierte zunächst der Präsident Herr Dr. Peikert über die zentralen Themen und Ziele der OPK in der laufenden Wahlperiode, stellte die neue Kammerversammlung vor und leitete zum diesjährigen Thema „Neutralität und ihre Grenzen“ ein, welches nicht aktueller hätte sein können: Angesichts der globalen Krisen, den zunehmenden politischen und gesellschaftlichen Kontroversen prallen Meinungen, Einstellungen und Werte aufeinander. Das macht auch vor dem Behandlungsraum nicht halt. Obgleich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Neutralität verpflichtet

sind, so empfinden sie doch auch moralische Verpflichtungen und gesellschaftliche Verantwortung. Wir wollten unter anderem darüber sprechen, was so ein innerer Konflikt mit der Psychotherapeutin und dem Psychotherapeuten, mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung macht und wie mit solchen Situationen umgegangen werden kann.

Den Einstieg in die Thematik lieferte ein Experteninterview von Herrn Dr. Peikert und der Vizepräsidentin, Frau Dr. Ahrens-Eipper mit Herrn Dr. Timo Slotta und Frau Dr. Christina Schütteler, Autor und Autorin des Buches „Diskriminierungssensible Psychotherapie und Beratung“, welches wir vorab per Video aufgezeichnet hatten.

Im Anschluss wurden drei Fallvideos mit kritischen Themen bzw. Situationen

aus den unterschiedlichsten Bereichen der psychotherapeutischen Arbeit präsentiert und mit dem Podium, bestehend aus Kammerversammlungsmitgliedern des jeweiligen Bundeslandes, sowie dem Publikum diskutiert. Hierbei entstand ein reger, konstruktiver und reflektierter Austausch, wobei uns ganz ausdrücklich ein offener Erfahrungsaustausch ohne moralischen Zeigefinger am Herzen lag.

In bewährter Weise nutzten wir auch dieses Jahr das Abstimmungstool „TEDME“, sodass sich das Publikum auch interaktiv an der Diskussion beteiligen und an Umfragen teilnehmen konnte.

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass die Psychotherapie in den vergangenen Jahren herausfordernder gewor-

den ist. Umso wichtiger sei es jedoch, sich offen und neugierig im Behandlungsraum zu begegnen und im Zweifelsfall die neutrale Haltung zu verlassen, wenn moralische oder ethische Grenzen vonseiten der Patientinnen und Patienten überschritten werden. Zudem sollen kontinuierlich die Möglichkeiten der

Qualitätszirkel, Supervisionen und des kollegialen Austausches genutzt werden, um sich selbst und kritische Therapiesituationen zu reflektieren und gute Handlungsoptionen zu finden.

Es wurde deutlich, dass die Mitglieder großes Interesse an der Thematik ha-

ben und sich eine vertiefende Auseinandersetzung sowie konkrete Handlungsimpulse wünschen. Aus den anregenden Diskussionen nimmt die OPK wertvolle Impulse mit, um nun genau daran weiter zu arbeiten.

## Heilberufe helfen dem Harz und pflanzten 9.000 Bäumchen – Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer engagiert sich für eine gesunde Zukunft

„Heilberufe helfen dem Harz!“ Die erste gemeinsame Baumpflanzaktion aller Heilberufe Sachsen-Anhalts war ein voller Erfolg! Die Vizepräsidentin der OPK, Dr. Sabine Ahrens-Eipper war selbst einen ganzen Tag dabei und pflanzte 100 Rot-Erlen und Douglasien-Setzlinge. „Es war körperlich anspruchsvoll, aber es hat mit den anderen vielen Helferinnen und Helfern großen Spaß gemacht“, berichtet Ahrens-Eipper. „Außerdem investieren wir mit dieser Aktion in die Zukunft des Harzwaldes und den Klimaschutz.“

Dass Gesundheit eine gesunde Umgebung, eine gesunde Natur braucht, ist kein Geheimnis. Da scheint das Enga-

gement folgerichtig, die Ärmel hochzukrempeln und selbst zuzupacken: Am 18. und 19. Oktober 2024 trafen sich nun insgesamt mehr als 300 Angehörige der Kammern von Humanmedizinern, Apothekern, Zahnärzten, Tierärzten und Psychotherapeuten, um im Wernigeröder Stadtforst Setzlinge in den Waldboden zu bringen.

Und hier das Ergebnis der Aufforstungsaktion in Zahlen: Unter kundiger Anleitung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Stadtforstes wurden mit vereinten Kräften rund 9.000 Bäumchen gepflanzt – Rot-Erlen und Douglasien.

Bepflanzt wurde eine drei Hektar große Fläche, das entspricht in etwa sechs Fußballfeldern.

Die Heilberufe haben außerdem gespendet: Ein 25.000-Euro-Scheck konnte zur Wiederaufforstung des Harzwaldes an Wernigerodes Oberbürgermeister Tobias Kascha und Stadtförster Michael Selmikat überreicht werden. Jeder Euro steht dabei tatsächlich für ein Bäumchen.

Im kommenden Jahr wird die Aktion fortgesetzt. Die OPK wird dabei wieder mithelfen und zur Unterstützung der Aktion unter den Mitgliedern der Kammer aufrufen.



OPK-Vizepräsidentin Dr. Sabine Ahrens-Eipper und der Ärztekammerpräsident Sachsen-Anhalts, Prof. Uwe Ebmeyer packten zusammen einen Tag kräftig beim Bäumepflanzen an.



25.000 Euro kamen bei der Spendenaktion der Heilberufe zusammen. Jeder Euro steht für ein Bäumchen. (beide Fotos: Peter Gercke)

## Neumitglieder-Veranstaltung hat deutlich mehr Kapazität für Teilnehmende als in diesem Jahr genutzt

Die OPK hält weiterhin an ihrem Konzept der Informationsveranstaltungen

für Neumitglieder fest. Bereits seit 2015 werden neue Kolleginnen und

Kollegen in kleineren Gruppen zu Gesprächen mit Vorstands- sowie Kam-

merversammlungsmitgliedern eingeladen. Diese Atmosphäre lässt es zu, auf Fragen der neuen Mitglieder intensiver einzugehen, die Arbeit der Kammer vorzustellen und auch für die berufspolitische Arbeit zu werben.

Innerhalb der zwei letzten Jahre hat die OPK rund 1.100 Neumitglieder zu ver-

zeichnen, was nicht nur neuapprobierte Kolleginnen und Kollegen sind, sondern zu denen auch Doppelapprobierte und Kolleginnen und Kollegen, die ihren Arbeits- und Wohnsitz jüngst in das OPK-Gebiet verlegt haben, zählen. Lediglich rund 100 Neumitglieder nahmen an den Gesprächen in diesem Jahr teil. Zu zehn Veranstaltungen in zehn Städten unse-

rer Bundesländer waren die Kolleginnen und Kollegen eingeladen. Das Format der Veranstaltung hat aber Kapazität für deutlich mehr Teilnehmende. Daher möchten wir neue Kolleginnen und Kollegen auffordern, die Neumitglieder-Veranstaltung zu nutzen, um mit der OPK in Kontakt zu kommen.

## „Kammer trifft Politik“ in Mecklenburg-Vorpommern: Heilberufe und Politik diskutieren über Vorschläge zum Bürokratieabbau



Für die OPK nahm Vizepräsidentin Dr. Sabine Ahrens-Eipper (2. v. r.) am Kammertreffen teil.

Die zweite Veranstaltung der Reihe „Kammer trifft Politik“ fand am 16. Oktober 2024 im Café Niklot, im Schweriner Schloss statt. In diesem schönen Ambiente sprachen die Präsidentinnen und Präsidenten sowie Vizepräsidentinnen der fünf Heilberufekammern mit Politikerinnen und Politikern über das Thema Bürokratie. „Zukunft gestalten, Mangel verwalten – mehr Zeit für Patientinnen und Patienten durch Bürokratieabbau“ lautete der Titel. Gekommen waren Vertretende aller Parteien und des Gesundheits- sowie Agrarausschusses. Das Besondere dieser Veranstaltungsreihe ist, dass alle Kammern über ein gemeinsames Thema reden und konkrete Lösungsvorschläge präsentieren, die von den Verantwortlichen in der Landesregierung umgesetzt werden können. So gab es auch in diesem Jahr zu Beginn einen selbst gedrehten Film, der für jede Kammer noch einmal jeweils ein dringend zu lösendes Problem herausstellte, und ein Booklet mit der Auflistung von bürokratischen Vorgängen, die effizienter gestaltet werden können. Kern von „Kammer trifft Politik“ ist eine Podiumsdiskussion, die

moderiert ist und an der die Vertretenden der Heilberufekammern teilnahmen. Jede und jeder bekam die Gelegenheit zu Statements.

Ein Problem bei der Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses verzeichnet die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer seit Jahren. Deren Vizepräsidentin Dr. Sabine Ahrens-Eipper konstatiert für Mecklenburg-Vorpommern nur drei Weiterbildungsstätten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Erwachsenenbereich, lediglich zwei für Kinder- und Jugendliche. Sehr bedenklich; es gebe keine *stationären* Weiterbildungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Der Grund ist eine fehlende gesetzliche Regelung für die Finanzierung der Weiterbildungsstätten, demzufolge gebe es einen Rückstau an approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die keine Weiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern absolvieren können. „Wir brauchen Stellen in den Kliniken für die Weiterbildung. Hier müssen alle gemeinsam an pragmati-

schen Lösungen arbeiten“, appelliert Ahrens-Eipper.

In der anschließenden Fragerunde meldeten sich die Politikvertretenden zu Wort und lobten die konkreten Vorschläge der Kammern. Dr. Harald Terpe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN verwies die Fragen nach der Finanzierung der Weiterbildung bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Bundespolitik und brachte die Idee eines „virtuellen Budgets“ ins Gespräch.

Elke Annette-Schmidt, Vize-Präsidentin des Landtages und Mitglied des Gesundheitsausschusses versprach, dass sie die Vorschläge in die Arbeitskreise mitnehmen werde.

Es bleibt zu hoffen, dass zumindest die Landespolitikerinnen und -politiker in ihren Gremien über die Vorschläge der Heilberufekammern sprechen und diese bestenfalls umsetzen. Elke Annette-Schmidt zumindest gab in Aussicht, dass man in einem Jahr schauen werde, welche Punkte abgehakt werden können.

Die dritte Veranstaltung von „Kammer trifft Politik“ ist für 2025 geplant.

Katarina Sass  
Ärzttekammer M-V

### Geschäftsstelle

Goyastraße 2d  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341/462432-0  
Fax: 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Liebe Kolleg\*innen,

der Berufszugang für Psychotherapeut\*innen wurde durch die Ausbildungsreform auf völlig neue Füße gestellt und im Zuge dessen auch die Weiterbildungsordnung, die in Rheinland-Pfalz am 1. Juli 2023 in Kraft getreten ist. Es ist also kein Wunder, dass die Umsetzung der umfangreichen Änderungen, die die Etablierung einer neuen Weiterbildungsinfrastruktur erfordert, ein Kraftakt ist. In Rheinland-Pfalz sind wir dabei auf einem guten Weg, es hat sich bereits viel getan:

Die Kammer hat zahlreiche Gespräche auf allen Ebenen geführt, um über die neue Weiterbildung sowie die damit einhergehenden Chancen und Herausforderungen zu informieren und viele Mitglieder und Institutionen zum Thema Weiterbildung beraten. Diese Initiativen zeigen erste Erfolge: Die Nachfrage nach Beratung durch die Mitarbeiter\*innen in der Kammer steigt deutlich und die Anzahl der in der Geschäftsstelle eingehenden Anträgen nimmt ebenfalls zu. Mittlerweile konnten die ersten fünf Weiterbildungsstätten für die neue Gebietsweiterbildung im Erwachsenenalter für den ambulanten Versorgungsbereich anerkannt werden. Zwei von ihnen sind außerdem berechtigt worden, die Bezeichnung „Weiterbildungsinstitut“ zu tragen. Dies bedeutet, andere Stätten können Theorie-, Selbsterfahrungs- und Supervisionsmodule dieser Stätten nutzen, um ihr eigenes Angebot zu ergänzen. Außerdem konnten fünf Kammermitglieder als neue Weiterbildungsbefugte anerkannt werden. Fünf weitere Anträge befinden sich momentan noch im Prüfprozess.

Nicht nur in der Gebietsweiterbildung, sondern auch in der Bereichsweiterbildung gibt es Bewegung: So konnte die Kammer kürzlich die erste rheinland-pfälzische Weiterbildungsstätte für die praktische Weiterbildung im neuen Bereich „Sozialmedizin“ zulassen. Auch die ersten zwei Weiterbildungsbefugten für den Bereich Sozialmedizin wurden von der Kammer anerkannt.



Dr. Andrea Benecke (Foto: Lisa Krieg)

Es ist also viel im Fluss und schon einiges geschafft – wir wünschen uns jedoch, dass das Netz an Weiterbildungsstätten dichter wird und das Angebot an Weiterbildungsplätzen größer. Unser großes und langfristiges Ziel sollte es sein, dass wir allen Studienabgänger\*innen der rheinland-pfälzischen Universitäten die Möglichkeit bieten, in Rheinland-Pfalz auch eine Weiterbildung zu absolvieren – bis dahin haben wir noch viel zu tun. Wir möchten Sie ermutigen, sich in der Weiterbildung unseres Nachwuchses zu engagieren und vielleicht ebenfalls die Zulassung einer Weiterbildungsstätte und die Anerkennung als Befugte\*r zu beantragen. Die zuständigen Mitarbeiter\*innen in der Geschäftsstelle beraten Sie gerne!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Andrea Benecke  
Vizepräsidentin der LPK RLP

## Neuer Praxistipp der LPK-Juristinnen: Das berufsrechtliche Verfahren

Gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes RLP ist es die gesetzliche Aufgabe der Kammer, die Einhaltung der Berufspflichten der Kammermitglieder zu überwachen und notwendige Maßnahmen zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände zu treffen. Die Kammer wird daher aktiv, wenn sie von einem potenziellen Verstoß

gegen die Berufsordnung Kenntnis erhält. Das berufsrechtliche Verfahren ist ein wichtiges Instrument im Rahmen des Patient\*innenschutzes. Aber wie läuft so ein berufsrechtliches Verfahren ab und was bedeutet das für den\*die betreffende\*n Psychotherapeut\*in? Wer erfährt von dem Verfahren und kann es zum Entzug der Approbation

führen? Diese Fragen werden im neuen Praxis-Tipp der LPK-Juristinnen beantwortet. Alle Praxis-Tipps finden Sie auf [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) unter Psychotherapeut\*innen / Alles was Recht ist.

## Medizinischer Dienst als erste rheinland-pfälzische Weiterbildungsstätte für „Sozialmedizin“ zugelassen

Die Landespsychotherapeutenkammer hat den **Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz** als erste rheinland-pfälzische Weiterbildungsstätte für die praktische Weiterbildung im Bereich „Sozialmedizin“ zugelassen. Die Kammermitglieder **Dr. Anke Schäfer** und **Dr. Klaus Friedel**, beide approbiert als Psychologische Psychotherapeut\*innen, wurden als Weiterbildungsbefugte für den Bereich „Sozialmedizin“ von der Kammer anerkannt. Die neue in Alzey ansässige Weiterbildungsstätte bietet neben Hospitationsmöglichkeiten im Sinne der Weiterbildungsordnung auch Supervision sozialmedizinisch gutachterlicher Tätigkeit durch die Weiterbildungsbefugten an. Der theoretische Teil der Weiterbildung kann bei kooperierenden Anbietern absolviert werden.

Kammergeschäftsführerin **Petra Regelein** sagte anlässlich der Zulassung der neuen Weiterbildungsstätte: „Die Lan-

despsychotherapeutenkammer freut sich sehr darüber, dass Psychotherapeut\*innen beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz die Möglichkeit haben, eine hochklassige Weiterbildung in ‚Sozialmedizin‘ zu absolvieren und diese mit einer Zusatzbezeichnung abzuschließen. Im Zuge des demografischen Wandels wird die Begutachtung sozialmedizinischer Fragestellungen immer bedeutsamer, psychische Erkrankungen spielen dabei eine große Rolle. Umso wichtiger ist es, dass uns dafür ausreichend sehr gut weitergebildete Psychotherapeut\*innen zur Verfügung stehen.“

Seit 1. Januar 2023 ist die Weiterbildung Sozialmedizin in der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz verankert. Die Weiterbildung soll Kenntnisse übergreifender Inhalte der Sozialmedizin, der sozialen Sicherungs-

systeme und Versorgungsstrukturen, der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, der arbeitsmedizinischen und -psychologischen Grundlagen und der Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen vermitteln sowie Kompetenzen zu deren Anwendung in psychotherapeutischen Stellungnahmen und Gutachten. Ziel der Weiterbildung ist das Erlangen der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „sozialmedizinische\*r Psychotherapeut\*in“.

Weitere Informationen zum Thema Weiterbildung finden Sie auf unserer Homepage unter Psychotherapeut\*innen / Weiterbildung. Außerdem können Sie sich mit Fragen zum Thema Weiterbildung gerne an die zuständige Mitarbeiterin in der Kammergeschäftsstelle, Frau **Dr. Leonora Schäfer**, wenden (Telefon: 06131/93055-18; E-Mail: kammer(at)lpk-rlp.de).

## Empfehlungen des Pakts gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen: Bessere Zugänge zu Psychotherapie gefordert

In einem feierlichen Akt hat der **Pakt gegen sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen** der rheinland-pfälzischen Landesregierung, die von Ministerpräsident **Alexander Schweitzer** und Familienministerin **Katharina Binz** repräsentiert wurde, Handlungsempfehlungen überreicht. Die insgesamt 40 Empfehlungen sollen den Schutz vor sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche im Land verbessern und sind das Ergebnis eines interdisziplinären Arbeitsprozesses, an dem auch Vorstandsmitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz beteiligt waren: Kammerpräsidentin **Sabine Maur** wirkte in der „Arbeitsgruppe für bedarfsgerechte Infrastrukturen in Prävention und Intervention“ mit, Vorstandsmitglied **Ulrich Bestle** in der „Arbeitsgruppe zum Bedingungsgefüge sexualisierter Gewalt“. Auch die Unabhängige Beauf-



*David Dietz (Geschäftsführer Landespflegekammer), Sabine Maur und Birgit Zeller (Vorsitzende der Fachkommission) bei der Übergabe der Handlungsempfehlungen*

tragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs **Kerstin Claus** war bei der Übergabe der Empfehlungen anwesend und lobte diese: „Sie geben allen in Po-

litik und Zivilgesellschaft ein Instrument an die Hand, das hoffentlich nachhaltig Früchte tragen wird. Diese Handlungsempfehlungen können bundesweit als

Beispiel für Good Practice dienen.“ Sie mahnte an, dass den Empfehlungen auch eine verbindliche Umsetzung folgen müsse. Notwendig sei „eine konsequente Schaffung von Expertise auf allen Ebenen“. Ebenso wie der Betroffenenrat forderte sie Missbrauchsbeauftragte auch auf Landesebene.

Ministerin Katharina Binz hatte am 6. März 2023 sechs Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen unter dem Vorsitz von **Birgit Zeller** (ehemalige Leiterin des Landesjugendamtes) zur Fachkommission ernannt und sie beauftragt, Handlungsempfehlungen für die Landesregierung zu entwickeln. Zwei Tage später wurde der erste Betroffenenrat auf Landesebene in Deutschland gegründet. Die Mitglieder beraten als Interessenvertretung die Landesregierung und haben drei Plätze in der Kom-

mission inne. Der Landesbetroffenenrat hat seine Perspektiven an zahlreichen Stellen in die Handlungsempfehlungen eingebracht. Die Arbeit der Fachkommission wurde außerdem durch die sechs Arbeitsgruppen mit je 10–20 Mitgliedern unterstützt. Die Empfehlungen, die in diesem breit angelegten Beteiligungsprozess mit großem Engagement von über 180 beteiligten Personen erarbeitet wurden, sollen die Politik in Rheinland-Pfalz in den kommenden Jahren ressortübergreifend beeinflussen.

Eine der Handlungsempfehlungen ist die Schaffung von schnelleren und verlässlicheren Zugängen zu Psychotherapie für Betroffene sexualisierter Gewalt. Gefordert werden die zeitnahe Verkürzung der Wartezeiten auf einen Therapieplatz, insbesondere im Kontext

von Psychiatrieentlassungen. Psychotherapieplätze für akute und langfristige Behandlung sollten bedarfsgerecht ausgebaut werden. Traumatherapeutische und differenzierte, multiprofessionelle Angebote sollten ebenfalls verstärkt werden.

Sabine Maur sagte anlässlich der Übergabe der Empfehlungen: „Die LPK RLP hat an den Handlungsempfehlungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt mitgearbeitet. Wichtig ist nun die tatkräftige Umsetzung auf Landesebene. Die Kammer wird sich weiter in der Fortbildung von Psychotherapeut\*innen zu diesem Thema sowie in der Vernetzungsarbeit engagieren. Die Gesundheitspolitik ist gefordert, die Handlungsempfehlungen zur psychotherapeutischen Versorgung umzusetzen.“

## LPK RLP auf dem Zukunftskongress „Wir 2045“: Psychische Gesundheit ist Fundament einer gelingenden Zukunft

Nur wer psychisch gesund ist, kann innovativ, kreativ und leistungsfähig Lösungen für die Herausforderungen der Zeit entwickeln. Diese Überzeugung vertrat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auf dem Zukunftskongress „**Wir 2045**“, den die Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz „**ZIRP**“ am 8. Oktober 2024 veranstaltete.

Zu verschiedenen gesellschaftlichen Themenbereichen präsentierten Expert\*innen so genannte „Zukunftsnacks“, stellten also in stark verdichteter Form ihre Visionen für Rheinland-Pfalz im Jahr 2045 vor. In diesem Rahmen erläuterte Kammergeschäftsführerin **Petra Regelin** in ihrem Kurzvortrag die Schlüsselrolle der psychischen Gesundheit für eine gelingende Zukunft. Sie legte den Fokus auf die heutigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – denn sie werden im Jahr 2045 unsere Gesellschaft tragen. Die psychische Gesundheit der jungen Menschen hat sich seit 2010 weltweit verschlechtert, das äußert sich in einem Anstieg

an Angststörungen und Depressionen, aber auch an Selbstverletzungen und Suiziden. Weiter verschärft hat sich die Situation durch die Pandemie. 45 Prozent der Erkrankungen der 10- bis 24-Jährigen sind psychischer Natur.

Man müsse also rechtzeitig ansetzen, damit junge Menschen psychisch stabil aufwachsen können, so Frau Regelin. Dazu sei es wichtig, die Stimme junger Menschen zu hören und in politische Entscheidungen einfließen zu lassen. Zudem müsse jungen Menschen das Gefühl gegeben werden, dass es gerecht unter den Generationen zugeht und der Klimawandel aktiv bekämpft wird. Nur so könnten sie optimistisch in die Zukunft schauen. Zuversicht sei ein Schlüsselwort für eine psychisch gesunde Zukunft. Zugleich müsse dafür gesorgt werden, dass gut qualifizierte Expert\*innen für Mental Health und niedrigschwellige Unterstützungssysteme in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, die jungen Menschen im Bedarfsfall zur Seite stehen kön-



*Petra Regelin (Foto: Lisa Krieg)*

nen. Bisher ist die Versorgung nicht bedarfsgerecht und erreicht vor allem diejenigen besonders schlecht, die sie am dringendsten brauchen, machte Frau Regelin deutlich. Hier gebe es für die Zukunft dringend Verbesserungsbedarf. Sie appellierte an die anderen Kongressteilnehmer\*innen, den Wert der psychischen Gesundheit für die Zukunft anzuerkennen und sich gemeinsam für deren Schutz zu engagieren.

Dass dieser Appell auf offene Ohren stieß, machte das sehr positive Feedback auf den Vortrag deutlich.

## Kammerpräsidentin besucht Long-Covid-Selbsthilfegruppe Stigmatisierung weiterhin verbreitet



Sabine Maur (Mitte) und die Selbsthilfegruppe Long Covid Mainz

Immer noch machen viele Menschen, die unter Long Covid leiden, negative Erfahrungen im Gesundheitswesen. Dies berichteten Betroffene und deren Angehörige der Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, **Sabine Maur**, bei ihrem Besuch der **Selbsthilfegruppe Long Covid Mainz**.

Häufig würde Erkrankten nicht geglaubt und ihre Beschwerden nicht ernst genommen; dies gelte insbesondere für Frauen. Interdisziplinärer Austausch, der aufgrund der großen Breite der möglichen Symptome von Long Covid besonders wichtig ist, erfolge zu selten. Auch mit Versorgungsämtern und

Rententrägern hatten viele Betroffene schlechte Erfahrungen gemacht. Allerdings wurde der Präsidentin auch von rühmlichen Ausnahmen und positiven Erfahrungen im Gesundheitssystem berichtet.

Auffällig sei, dass die Symptome von Long Covid zwar häufig psychologisiert würden – also fälschlicherweise keine körperlichen, sondern rein psychische Ursachen angenommen werden –, andererseits aber kaum psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung für Betroffene zur Verfügung steht. Diejenigen Mitglieder der Selbsthilfegruppe, denen es gelungen ist, psychotherapeutische Hilfe zu erhalten,

schilderten der Präsidentin positive Beispiele von Psychotherapeut\*innen, die sich zum Thema Long Covid fortbilden und so wertvolle Unterstützung leisten können. Besonders wichtig sei es, dass die Behandler\*innen die Erkrankung akzeptieren und Verständnis zeigen sowie ein transparentes Vorgehen in der Therapie.

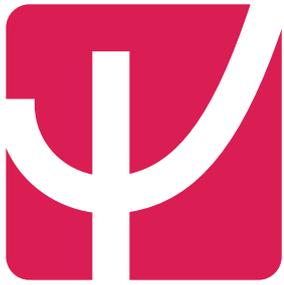
Die Mitglieder stellten der Kammerpräsidentin zahlreiche Fragen, vor allem zu unterschiedlichen Therapieformen. Frau Maur erläuterte unter anderem die Besonderheiten von neuropsychologischer Therapie und EMDR sowie die Möglichkeiten von Videotherapie. Auch die Therapiedauer und Antidepressiva waren Themen. Darüber hinaus stellte die Präsidentin das bisherige Engagement der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zum Thema Long Covid vor: So ist die Kammer beispielsweise beim Runden Tisch „Post-Covid“ des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums vertreten und hat sich im Januar dieses Jahres in einer großen digitalen Veranstaltung dem Thema „Post-Covid, ME/CFS und Psychotherapie“ gewidmet. Für den 26. März 2025 plant die LPK RLP gemeinsam mit mehreren Kooperationspartnern eine weitere Fachtagung zum Thema Post-Covid.



Der Vorstand und die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wünschen allen Mitgliedern und Kolleg\*innen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!

### 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

## Jubiläumsfeier zum 20-jährigen Bestehen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes („20 Jahre PKS“)

Am 30. August 2024 feierte die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) ihr 20-jähriges Bestehen im Rahmen einer festlichen Veranstaltung in gleichsam kultureller und herzlicher Atmosphäre im Haus der Ärzte. Zahlreiche PKS-Mitglieder sowie Gäste aus Politik und Gesundheitswesen kamen zusammen, um die bedeutenden Errungenschaften der letzten zwei Jahrzehnte gebührend zu würdigen.

Den Auftakt des Abends bildete das Grußwort von Präsidentin Stefanie

Maurer, die die zahlreich erschienenen Gäste herzlich willkommen hieß. Stolz blickte sie auf den gemeinsamen berufspolitischen Weg der Psychotherapeut\*innen in den letzten 20 Jahren im Saarland zurück: „Ich bin sehr froh darüber, dass wir heute den Vorteil haben, von zwei Jahrzehnten voller Erfahrungen, Erfolgen und gemeinsamer Arbeit profitieren zu können. Wir haben als Kammer Standards gesetzt, ethische Grundsätze verteidigt, uns für die Rechte und das Wohl unserer Patientinnen und Patienten eingesetzt und

durch unsere Arbeit aktiv dazu beigetragen, psychische Erkrankungen und ihre persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen sichtbarer zu machen.“ Den zukünftigen Herausforderungen, wie der Digitalisierung, der Umsetzung der Finanzierung der neuen Weiterbildung oder der Versorgungssituation, sieht Stefanie Maurer auch angesichts der ausgezeichneten Teamarbeit zuversichtlich entgegen.

Geschäftsführer Christian Lorenz führte die Gäste anschließend durch das Pro-



*Einführende Worte von Stefanie Maurer, Kammerpräsidentin der PKS (links), Grußwort von Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP und Vizepräsidentin der BPtK (Mitte)*

gramm des Abends. Zum Auftakt seiner Moderation stellte er das Team der Geschäftsstelle und die verschiedenen Aufgabenbereiche vor, anschließend übergab er das Wort an Gesundheitsminister Dr. Magnus Jung.

Dr. Jung sprach nicht nur seine Glückwünsche anlässlich des Jubiläums aus, sondern nutzte die Gelegenheit auch, um sich für die fachliche Zusammenarbeit zu bedanken. Einer der wesentlichen Punkte in der Zusammenarbeit sei die Frage, ob im Saarland tatsächlich genügend Psychotherapieplätze zur Verfügung stehen. Statistiken weisen zwar auf eine ausreichende Zahl hin, doch die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz zeichnen ein anderes Bild. Dr. Jung sieht hier Handlungsbedarf und betonte: „Manche Probleme dulden keinen Aufschub!“ Er thematisierte unter anderem Gründe für den wachsenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf im Saarland, welche beispielsweise in gesellschaftlichen Herausforderungen, wie der Pandemie oder der Flüchtlingsbewegung, liegen. „Diese Themen gehören an die Öffentlichkeit!“, so der Gesundheitsminister. Ebenso wichtig seien Themen

wie die bedarfsbemessene Planung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie die Organisation und Finanzierung der neuen Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen. Zudem sei es drängend, unter Wahrung des Datenschutzes, Brücken des Dialogs zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und den Kinder- und Jugendlichentherapeut\*innen zu bauen. Dr. Jung betonte die Bedeutung der Psychotherapeutenkammer, sich auch in Zukunft aktiv zu gesellschaftlichen Entwicklungen zu äußern. Er versicherte, dass das Gesundheitsministerium den Anliegen der Kammer stets Gehör schenken werde.

Danach richtete Sabine Maur, Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer und Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, ein Grußwort an die Gäste. Sie bezeichnete die Psychotherapeutenkammer als „unverzichtbaren Pfeiler der Berufsgemeinschaft der Kammern“. Die besondere Beziehung zwischen der Kammer des Saarlandes und der in Rheinland-Pfalz bestünde auch, weil sich Präsident\*innen und Vorstandsmitglieder schon immer sehr

schätzten und Gemeinsamkeiten, wie die geringen Ressourcen der kleineren Kammern, zusammenschweißen würden. Maur stellte klar, dass die Kammer deutlich mehr als nur eine Institution sei. Es sei an erster Stelle ein Netzwerk von Fachleuten mit wissenschaftlicher Expertise, Empathie und Leidenschaft, welches sich für psychische Gesundheit einsetze. Die saarländische Perspektive sei hierbei wichtig und bereichere den Austausch auf Bundesebene. „Die nächsten Jahre werden uns gesundheitspolitisch herausfordern“ betonte Maur. Unter anderem konturierte sie hierbei den steigenden Bedarf an Prävention, den besseren Zugang zur Psychotherapie und die Weiterentwicklung von Versorgung. Hier seien die ersten Weichenstellungen, wie im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, allerdings noch nicht ausreichend. Zukünftig würden die Landesministerien zusätzlich unter Druck geraten, wenn es psychotherapeutische Nachwuchsprobleme gäbe. Maur betonte, dass sich auf Bundesebene weiter für den Nachwuchs eingesetzt würde – nicht nur für die Finanzierung, sondern auch für ausreichende Therapieplätze. Hierbei sehe sie die Psychotherapeutenkammer des



Beiträge zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Kammer, mit Gründungspräsidentin Ilse Simon-Rohr (Mitte)

Saarlandes als „unverzichtbare Partnerin“ an.

Nachfolgend gab Christian Lorenz den Startschuss zur Reise durch die Zeit der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes. Diese Reise begann mit

senärztliche Vereinigung und Vater Krankenkasse“ machte. Daraufhin folgte das sog. 10-Pfg.-Urteil, welches regelte, dass Psychotherapeut\*innen angemessen vergütet werden sollten. Dies wurde durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes zusätzlich



*Vorstand der PKS, Stefanie Maurer zusammen mit den Präsidentinnen der Schwesternkammern, Sabine Maur (LPK RLP) und Heike Peper (PTK HH)*

Einblicken in die Vergangenheit, welche Gründungspräsidentin Ilse Simon-Rohr für die Gäste eindrücklich präsentierte. Sie berichtete von der „Geburt“ der Kammer, welche am 02.02.2004 nach nicht ganz komplikationsloser und langer „Schwangerschaft“ endlich erfolgte. Bis 2002 das neue Saarländische Heilberufekammergesetz in Kraft trat und in Absatz 2 die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes als öffentliche Berufsvertretung der PP und KJP nannte, waren zahlreiche Hürden zu überwinden und viele Meilensteine zu erreichen. So wurden 1964 psychische Störungen als behandlungsbedürftige Krankheit eingestuft und drei Jahre später zunächst nur für niedergelassene ärztliche Psychoanalytiker\*innen als Kassenleistung abrechenbar. Aufgrund des steigenden Bedarfs wurde 1972 das Delegationsverfahren eingeführt und 1980 erweitert. Die Krankenkassen ermöglichten aufgrund der steigenden Nachfrage in Deutschland schließlich freiberuflichen Psychotherapeut\*innen, im Erstattungsverfahren psychotherapeutische Leistungen abzurechnen. 1990 trat dann das Psychotherapeutengesetz in Kraft, was Psychotherapeut\*innen zu „legalen Kindern von Mutter Kas-

gestärkt. Mit dem Psychotherapeutengesetz gab es außerdem die Möglichkeit, für Psychotherapeut\*innen eine Landeskammer einzurichten. Nachdem 2002 das neue Saarländische Heilberufekammergesetz in Kraft trat, wurde die Psychotherapeutenkammer dort offiziell als öffentliche Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeut\*innen und der Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen genannt. Um eine Kammer zu gründen, mussten potenzielle Mitglieder zunächst durch den Errichtungsausschuss bei der Approbationsbehörde erfragt werden. Daraufhin konnte das 1. Wählerverzeichnis erstellt werden. Die Gründungspräsidentin berichtete von einer sehr hohen Wahlbeteiligung bei der Wahl zur 1. Kammer. In der konstituierenden Sitzung im Februar 2004 wählten 17 Vertreter\*innen den Vorstand mit Ilse Simon-Rohr als Präsidentin. Es galt viele Aufgaben zu bewältigen. Regelungen, Ordnungen, ein Haushaltsplan und die Entscheidung für ein Versorgungswerk standen auf der Agenda. „All diese Aufgaben gemeinsam angepackt und zum Teil bewältigt zu haben, war schon eine große Leistung“, berichtete Simon-Rohr mit Stolz.

Die Gegenwart wurde durch den Vorstand der PKS – Stefanie Maurer, Sandra Dörrenbächer, Christina Roeder, Gundula Steinke und Silke Wendels – dargestellt. Einleitend berichtete Vizepräsidentin Dr. Sandra Dörrenbächer von der Entwicklung des Vorstands der gegenwärtigen Legislatur. Unter der Überschrift „Gegenwart zwischen Bleiben und Wandel“ zeichnete sie die Entwicklungsphasen des Vorstands mit dem Bild eines langsam wachsenden Baumes nach. Sie sprach vom chaotischen Anfang, vom Formungsprozess, von der Suche nach Orientierung, den unvermeidlichen Stürmen und schließlich vom Übergang zu einer handelnden Einheit, die erst inmitten einer engagierten Vertreterversammlung kraftvoll gedeihen kann. Dies führte zu den gegenwärtigen Aufgaben, die von Vorstand und Vertreterversammlung gemeinsam bearbeitet werden. Im Vorfeld waren hierzu von den Mitgliedern der Vertreterversammlung Themen gesammelt worden, welche für diese in Verbindung mit der gegenwärtigen Kammerarbeit stehen. Als zentrale Themen kristallisierten sich die Begriffe Verfahrensvielfalt, Chancengleichheit, Sichtbarkeit, Generativität, Versorgung, Lernendes System, Teamarbeit und Vernetzung heraus und wurden im Anschluss ausführlich dargestellt. Dabei wurde erneut die Bedeutung der engen Zusammenarbeit zwischen dem gegenwärtigen Vorstand und der Vertreterversammlung klar erkennbar, die als Grundlage für den gemeinsamen Erfolg dient und dienen wird.

Einblicke in die Zukunft der Kammer wurden durch den psychotherapeutischen Nachwuchs, nämlich durch Studentinnen der Universität des Saarlandes, gewährt (siehe hierzu ausführlich im nächsten Beitrag).

Zum Abschluss des Abends wurde bei ausgelassener Stimmung auf das Jubiläum der Kammer angestoßen. Die Gäste genossen den Austausch, schwelgten gemeinsam in Erinnerungen und schmiedeten Zukunftspläne. Motivation, Engagement und Leidenschaft für den Beruf und das Überwinden von zukünftigen Herausforderun-

gen waren über den gesamten Abend hinweg spürbar. Dies lässt zuversicht-

lich in die Zukunft der saarländischen Kammer blicken.



*Eindrücke des Miteinander – Austausch und Vernetzung*

## Engagierte Stimmen der saarländischen Studierenden: Inspirierende Rede bei der 20-Jahr-Feier der Kammer und Offener Brief zur Finanzierung der Weiterbildung

Auf der Jubiläumsfeier zum 20-jährigen Bestehen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes teilten Vertreterinnen der Studierenden der Universität des Saarlandes Wünsche, Ängste und Gedanken der Psychotherapeut\*innen von morgen mit. Aissa Drohberg, Bachelorstudentin im neuen Studiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie, betonte die notwendige Einbindung der Studierendenschaft in berufspolitische und fachliche Entscheidungen, um auf die Bedürfnisse der nächsten Generationen eingehen und anpassungsfähige Strukturen gewährleisten zu können. „Nur so können wir alle sicherstellen, dass unsere Profession dynamisch, zukunftsorientiert und am Puls der Zeit bleibt.“, so Drohberg. Ines Ben Hmouda, Masterstudentin des Studiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie, sprach über die besonderen Herausforderungen und Hoffnungen

der Studierenden. Der neue Studiengang zeichne sich durch einen hohen Praxisanteil aus, was die Studierenden durch wertvolle Erfahrungen im direkten Patientenkontakt auf die zukünftige Rolle in der Psychotherapie vorbereite. Ungewissheiten in Bezug auf Weiterbildungsmöglichkeiten nach dem Abschluss seien ein zentrales Thema und würden es den Studierenden erschweren, mit Sicherheit und Zuversicht auf die berufliche Zukunft hinzuarbeiten. Die Studierenden drängen auf mehr Klarheit und Transparenz bezüglich der Konzepte, der Finanzierung, der Umsetzung und der Zusammenarbeit mit Aus- und Weiterbildungsinstituten, Ambulanzen, Institutionen und Kliniken. „All diese Aspekte sind derzeit noch mit vielen Unklarheiten behaftet, und wir Studierende wünschen uns mehr Informationen und Sicherheit in diesen Fragen.“ Die Studentinnen betonten, dass die Zukunft der Psychotherapeu-

tenkammer des Saarlandes in den Händen der jetzigen und der zukünftigen Psychotherapeut\*innen liege, weshalb weiterhin auch in die universitäre Lehre investiert und neue Wege beschritten werden müssen. Drohberg und Ben Hmouda betonten die Motivation der Studierendenschaft, mit daran zu arbeiten, die Erfolgsgeschichte der Kammer fortzuschreiben, die wesentlich zur Entwicklung und Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung im Saarland beitrage.

### Offener Brief der saarländischen Studierendenschaft zur auskömmlichen Finanzierung der neuen Weiterbildung

In ihrem offenen Brief mit dem Titel „Die Zukunft der Studierenden und die Gesundheit der Bevölkerung stehen auf dem Spiel – Wir fordern eine klare Finanzierung der psychotherapeutischen



Beitrag der Vertreterinnen der saarländischen Studierendenschaft: Ines Ben Hmouda (links) und Alissa Drohberg (rechts)

Weiterbildung“ setzen sich der Fachschaftsrat Psychologie der Universität des Saarlandes gemeinsam mit den Psychologiestudierenden, unterstützt von den Professorinnen und Professoren der Fachrichtung Psychologie, für eine angemessene Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung ein. „Es betrifft uns alle. Dieses Problem darf nicht länger ignoriert werden,“ betonen die Verfasser\*innen. Der offene Brief wurde mit einem Begleittext an die Landtagsfraktionen, das

saarländische Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Presse geschickt, um das Anliegen auch in der Öffentlichkeit klar zu unterstreichen. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes unterstützt diese engagierte Initiative unserer Studierenden nachdrücklich. Der offene Brief kann unter [https://ptk-saar.de/wp-content/uploads/2024/11/FSR\\_Finanzierung\\_Pth-Weiterbildung\\_final.pdf](https://ptk-saar.de/wp-content/uploads/2024/11/FSR_Finanzierung_Pth-Weiterbildung_final.pdf) eingesehen werden.



Weitere Eindrücke von der Jubiläumsfeier der PKS



## Redaktion

Sandra Dörrenbächer, Julia Spanier

## Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124  
66123 Saarbrücken  
Tel.: 0681/95455-56  
Fax: 0681/95455-58  
[kontakt@ptk-saar.de](mailto:kontakt@ptk-saar.de)  
[www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de)

Liebe Kolleg\*innen,



es herrscht weiter Krieg. In der Ukraine und an vielen anderen Orten in der Welt.

Der Klimawandel wird zunehmend deutlich und bedroht die Menschheit insgesamt und viele Menschen ganz besonders.

Eigentlich könnte ich nun aufhören zu schreiben. Alles Weitere scheint belanglos.

Aber vielleicht auch nicht. Vielleicht sind es ja die all-

täglichen Aktivitäten, das Arbeiten an Zielen, die Umsetzung von Werten, welche dazu beitragen, kleine und große Änderungsprozesse anzustoßen. Daher nun ein paar Informationen aus der PKSH.

Mit dem Ende der „Fortschritts-Koalition“ sind in nächster Zeit vermutlich auch keine gesetzlichen Initiativen zur Finanzierung der Weiterbildung der approbierten Psychotherapeut\*innen zu erwarten. In Rheinland-Pfalz und Hamburg gibt es mittlerweile für die ambulante Weiterbildung monatliche Gehaltszuschüsse von 2.700 Euro für eine begrenzte Zahl an PtW durch die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. In Sachsen ist die Bezuschussung für alle PtW in allen ambulanten Weiterbildungsabschnitten (also bis zu 36 Monate) möglich. Wir sind auch in Schleswig-Holstein dabei, mit Unterstützung des Ministeriums für Justiz und Gesundheit eine tragfähige Perspektive für die Finanzierung der Weiterbildung zu erreichen. Auch beim Parlamentarischen Abend der IDH in Kiel haben wir auf die Probleme aufmerksam gemacht. Über die Aktivitäten der Studierenden berichtet Sarah Sophie Weber auf diesen Länderseiten.

Ende November wird die nächste Kammerversammlung stattfinden. Wie in jedem Jahr werden die Mitglieder über eine neue Beitragsordnung entscheiden. Der Vorstand und der Finanzausschuss schlagen eine leichte Erhöhung des Mitgliedsbeitrages vor, um die Personal- und Sachkosten in der Geschäftsstelle zu decken. Ein zusätzlicher Betrag wird auch benötigt, um im nächsten Jahr die Kammerwahl durchführen zu können.

Aus vielen Kammern, die in diesem Jahr Wahlen zur Kammerversammlung durchgeführt haben, wird berichtet, dass die Wahlbeteiligung gesunken ist. Wir wollen es mit der Ermöglichung eines „digitalen Wahlverfahrens“ allen Mitgliedern erleichtern, sich an der Wahl zu beteiligen. Eine hohe Wahlbeteiligung scheint mir besonders wichtig, um die Bedeutung der Selbstverwaltung unserer Profession zu unterstreichen. Die Aufgaben der Kammer habe ich ja schon in der vorletzten Ausgabe des PTJ grob beschrieben.

Eine mögliche Herausforderung wird es vermutlich auch sein, eine ausreichende Zahl an Interessent\*innen zu finden, die bereit sind, sich als Kandidat\*innen für die Wahl zur Kammerversammlung aufstellen zu lassen.

Und man kann ja nicht früh genug darauf hinweisen: Am Samstag, den 7. Juni 2025, findet wieder ein Norddeutscher Psychotherapietag (NPT25) in Lübeck statt.

Und weil das Jahr 2024 beim Erscheinen dieses Heftes schon wieder dem Ende entgegengeht, wünsche ich Ihnen im Namen des Vorstands und der Mitarbeiter\*innen der Geschäftsstelle alles Gute, Glück, Gesundheit für 2025.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. phil. Clemens Veltrup  
 Präsident

## Parlamentarischer Abend der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH)

Am 26. September 2024 richtete die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) ihren traditionellen diesjährigen Parlamentarischen Abend in den Räumlichkeiten des Kieler Yacht Club (KYC) aus. Eingeladen waren unter anderem Politiker\*innen, Vertreter\*innen von Kostenträgern und Verbänden im Gesundheitswesen sowie Journalist\*innen. Gut 100 Personen waren der Einla-

derung der in der IDH zusammengeschlossenen Kammern bzw. KVen sowie des Apothekerverbandes gefolgt.

Die Veranstaltung stand in diesem Jahr unter dem Thema „Ist unsere Versorgung in Gefahr“. In ihrem Grußwort ging die schleswig-holsteinische Gesundheitsministerin, Prof. Dr. Kerstin von der Decken, auf aktuelle Probleme

der gesundheitlichen Versorgung im Land ein, wie zum Beispiel den Rückgang der Anzahl an Apotheken oder den bestehenden Fachkräftemangel.

In ihren Statements wiesen die Repräsentant\*innen der fünf in der IDH vertretenen Heilberufe auf problematische Entwicklungen aus ihrer jeweiligen Sicht hin. Für die Psychothera-



Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken bei ihrem Grußwort  
Fotos des Parlamentarischen Abends:  
Thomas Eisenkrätzer

peut\*innen sprach Dr. Clemens Veltrup, Präsident der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, die problematische Situation in der neuen Weiterbildung an. Von 60 Masterstudierenden der Universitäten Kiel und Lübeck hätte nur eine einzige Studentin sich zur Approbationsprüfung angemeldet. Dies vor dem Hintergrund, dass die Finanzierung der auf das Studium nachfolgenden Weiterbildung nach wie vor ungeklärt ist.

In der anschließenden Diskussion gab es Beiträge der Politiker\*innen sowie der Kostenträger und von Angehörigen der Heilberufe. Themen waren unter an-

derem die Vergütung von Leistungen, die Entbürokratisierung sowie die Berücksichtigung des demographischen Wandels. Zum Thema Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) bestand Einigkeit, dass diese in der Hand der Heilberufe verbleiben sollen.



Präsident Dr. Clemens Veltrup (rechts) bei seinem Statement

Auf der Veranstaltung wurde auch der mit 2.500 € dotierte Medienpreis 2023 der IDH vergeben. Er wird jährlich für umfassende, unabhängige und kritische Berichterstattung über die Themen Gesundheit bzw. Gesundheitspolitik mit Bezug zu Schleswig-Holstein verliehen. Zu den Nominierten gehörten Frau Kruse und Herr Butenschön vom ZDF für einen Folgebeitrag über eine junge Frau mit einem implantierten Herzen, Frau



Gastgeber Dr. Michael Dierks (links) mit den Nominierten des IDH Medienpreises; in der Mitte Gewinner Jonas de la Chaux von den Kieler Nachrichten

Beckwermert und Herr Müller (Kieler Nachrichten – KN) mit Podcast und Zeitungsartikel über eine Frau, die einen Freitodbegleiter in Anspruch genommen hat, sowie Herr de la Chaux (ebenfalls KN) mit mehreren Zeitungsartikeln zu den Bedingungen der Medizinstudierenden im Praktischen Jahr (PJ). Der Preis ging an Herrn de la Chaux für das Publizieren der sowohl zeitlich als auch finanziell problematischen Situation der angehenden Mediziner. Der Beitrag hat dazu geführt, dass das UKSH seine PJler\*innen heute entlohnt.

Michael Wohlfarth  
Geschäftsführer

## Demonstrieren für die psychotherapeutische Zukunft: Keine Finanzierung – keine Therapie

Was tun gegen das Gefühl der Ohnmacht? Ohnmacht, weil wir nach mindestens fünf Jahren intensiven Studiums vor der unbeantworteten Frage stehen, wie es weitergehen soll. Noch immer fehlt eine Regelung zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung im neuen System. Also demonstrieren wir. So auch am 16. Oktober 2024 in Berlin. Um 8.02 Uhr geht die Reise am Hauptbahnhof in Lübeck mit dem Regionalexpress los. Wir sind beladen mit selbstgebastelten Schildern, die wir initial für die Demonstration vor vier Monaten – ebenfalls in Berlin – geschustert hatten. Manche Mitfahrende waren schon bei der Demo am 6. Juni 2024 dabei, für andere ist es heute die erste, weil für sie überhaupt erst vor einer Woche der klinische Master in



Demonstration vor dem Reichstag in Berlin

Foto: Privat



Demonstration in Berlin

Foto: Lime Light Reiter

Lübeck gestartet hat. Die allgemeine Aufregung ist trotz Müdigkeit spürbar.

Allmählich ist die Brisanz der nicht geregelten Finanzierungslage bei fast allen Studierenden angekommen. Manche setzen noch auf die Strategie „wird schon alles werden“, aber für viele ist klar ersichtlich: Ohne unser Zutun bewegt sich hier gar nichts. Mit im Zug sitzen Jenny, Paula, Momo, Hannah, Lena, Julia, Melisa, Sarah und ich. Es tut gut, diese Reisen nicht allein zu bestreiten, gemeinsam für unsere berufliche Zukunft und eine gesicherte psychotherapeutische Grundversorgung laut zu werden. Demonstrieren allein genügt aber leider nicht; noch aus dem Regionalexpress heraus telefonieren wir mit Redakteuren, nehmen O-Töne für Podcasts auf, schreiben Politiker\*innen, zu welcher Zeit jetzt genau ihr Redebeitrag auf der Demo stattfinden soll. Auf Pressearbeit hat uns das Modul Arbeits- und Organisationspsychologie nicht vorbereitet, aber man wird besser, je häufiger man versucht, ungläubigen Journalist\*innen die Situation begreifbar zu machen.

Wir sind mittlerweile in Berlin angekommen. Bei bestem Herbstwetter spazieren wir zum Bundestag. Dort wartet schon eine Bühne und DJ Basti, den wir noch von seinem Psychologie-Bachelor in Lübeck kennen. Das

PtW-Forum, die offizielle bundesweite Interessensvertretung aller (angehenden) Psychotherapeut\*innen im neuen System, und die Psychologie Fachschaften Konferenz (PsyFaKo) haben gemeinsam diese Demonstration organisiert – alles Studierende oder frisch Approbierte – alle in der gleichen Situation ohne Aussicht auf eine strukturelle Lösung für das Weiterbildungsproblem. Wir hören uns Reden an, reden selbst, schreien Slogans wie „Keine Finanzierung – keine Therapie“. Jenny aus dem ersten Mastersemester erzählt mir, dass sie erst nur aus

Solidarität mit den höheren Fachseminestern mitreisen wollte, weil für die baldigen Absolvent\*innen das Problem so akut vor der Tür stehe. Dann habe sie gemerkt, dass es jetzt eine Lösung braucht, damit es überhaupt Weiterbildungsplätze – auch in den kommenden Jahren – geben wird. Sie erzählt, dass sie sich hängen gelassen fühlt vom Staat, beschreibt ihre Sorgen, nicht zu wissen, wie man die Zeit bis zum Weiterbildungsplatz (finanziell) überbrücken soll. Ihre Gedanken und Besorgnisse kann ich absolut nachfühlen. Während Jenny und ihre Kommiliton\*innen gerade erst mit dem Master anfangen, sind meine Freund\*innen und ich bald fertig. Das Fragezeichen des „Und dann?“ schwebt über uns wie ein Damoklesschwert. Demonstrieren wirkt da manchmal wie eine ganz eigene Form der Therapie – Wut rauslassen, aktiv werden, sich gegenseitig Zuversicht spenden.

Vor über einem Jahr, im März 2023, wird die Petition zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung eingereicht. Am 4. Mai 2023, dem bundesweiten Aktionstag zur Petition, veranstalten wir in Lübeck zusammen mit den Standorten Bremen, Hamburg und Kiel unsere erste Aktion. Wir sammeln Unterschriften. Die Petition ist erfolgreich und wird vom Petitionsausschuss mit dem höchstmöglichen Votum an



Demonstration in Hamburg

Foto: Privat



Sara Sophie Weber auf der Demonstration in Berlin Foto: Privat

den Bundestag weitergeleitet. Ein Jahr später: Der Entwurf zur Finanzierung der Weiterbildung in der vorgeschlagenen Fassung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) ist unzureichend. Wir demonstrieren in Berlin. 700 Menschen versammeln sich am 6. Juni 2024. Nur eine Wo-

che später reisen wir von Lübeck nach Travemünde. Wir protestieren auf der Gesundheitsminister\*innen-Konferenz mit dem Slogan „Keine Finanzierung – keine Therapie“, sind so laut, dass Lauterbach von seinem Skript abweicht, noch einmal zurück ans Mikrofon tritt und unser Anliegen adressiert. Nächste Demo am 28. Juni 2024 zur ersten Lesung des GVSG: Erste Erfolge! Im Juli stimmt der Bundesrat unseren Forderungen zu. Und dann der Grund für die erneute Demo am 16. Oktober 2024: Das Bundesgesundheitsministerium lehnt unsere Forderungen ab.

„Auch wir fühlen diesen Unglauben über die Kurzsichtigkeit und Fahrlässigkeit, mit der momentan vom Gesundheitsministerium in Kauf genommen wird, dass die psychotherapeutische Grundversorgung der kommenden Jahre und Jahrzehnte in realer Gefahr schwebt“, mit diesen Worten versuche ich in meinem Redebeitrag auf der Demo die Stimmung der Betroffenen einzufangen. Für uns steht fest: Psychotherapie ist unersetzlich und ohne

Finanzierung keine Weiterbildung, ohne Weiterbildung keine Therapie!

Mit dem Spätzug fahren wir zurück nach Lübeck, müde und vor Oktoberkälte fröstelnd. Für manche steht am Folgetag frühmorgens eine Vorlesung an, andere gehen ins Praktikum und der Rest schreibt fleißig Masterarbeit. Wir gehen die Schritte auf dem Weg, den wir gehen müssen, um Psychotherapeut\*innen werden zu können. Doch die finale Entscheidung darüber, ob der letzte Abschnitt dieses Weges weiterhin blockiert bleiben wird, liegt nicht in unserer Hand. In wenigen Tagen findet die Anhörung zum GVSG vor dem Ausschuss des Bundestages statt. Ein Stichtag, auf den wir seit Monaten warten. Wir warten weiter, studieren weiter, demonstrieren weiter. Solange es eben braucht, bis der Nachwuchs der Psychotherapie in Deutschland endlich gesichert ist.

Sara Sophie Weber  
Masterstudierende Klinische  
Psychologie und Psychotherapie  
Universität Lübeck

#### Gedenken

Wir gedenken der  
verstorbenen Kolleg\*innen:

Huber, Hella  
geb. 09.02.1952  
verst. 10.08.2024

Sasz, Wolfgang  
geb. 14.07.1950  
verst. 21.10.2024

#### 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.: 15.00–17.00 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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

## 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 15.00 – 17.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeut\*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen sowie Psychotherapeut\*innen beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeut\*innen verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

## Herausgeberin

Psychotherapeutenkammer Bayern  
Birketweg 30  
80639 München

## Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg),  
Dr. Judith Arnscheid (Baden-Württemberg),  
Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Prof. Dr.  
Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des  
Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin),  
Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Christoph  
Sülz (Bremen), Torsten Michels (Hamburg),  
apl. Prof. Dr. Regina Steil (Hessen), Dr.  
Heike Winter (Hessen), Holger Grotjohann  
(Niedersachsen), Jörg Hermann (Nieder-  
sachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-West-  
falen), Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Sabine  
Ahrens-Eipper (OPK), Dr. Andrea Dinger-  
Broda (Rheinland-Pfalz), Dr. Sandra  
Dörrenbächer (Saarland), Jens J. Müller  
(Schleswig-Holstein), Dr. Björn Riegel  
(Schleswig-Holstein).

## Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin,  
C. v. D. (V. i. S. d. P.)  
Matthias Schmid M. A., Redakteur  
Psychotherapeutenkammer Bayern  
Birketweg 30  
80639 München  
Tel.: 089/515555-19 und -26  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V. i. S. d. P.) für den Inhalt des in diesem Heft enthaltenen Stellen- und Praxismarktes des medhochzwei Verlages sowie der vom medhochzwei Verlag beigefügten Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils. Die Verantwortung für diese Inhalte trägt ausschließlich der medhochzwei Verlag.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der nebenstehend genannten Psychotherapeutenkammern enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournal's erforderlichen Adressdaten

haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei und nur zu diesem Zweck Zugriff.

23. Jahrgang, Ausgabe 4/2024

## 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



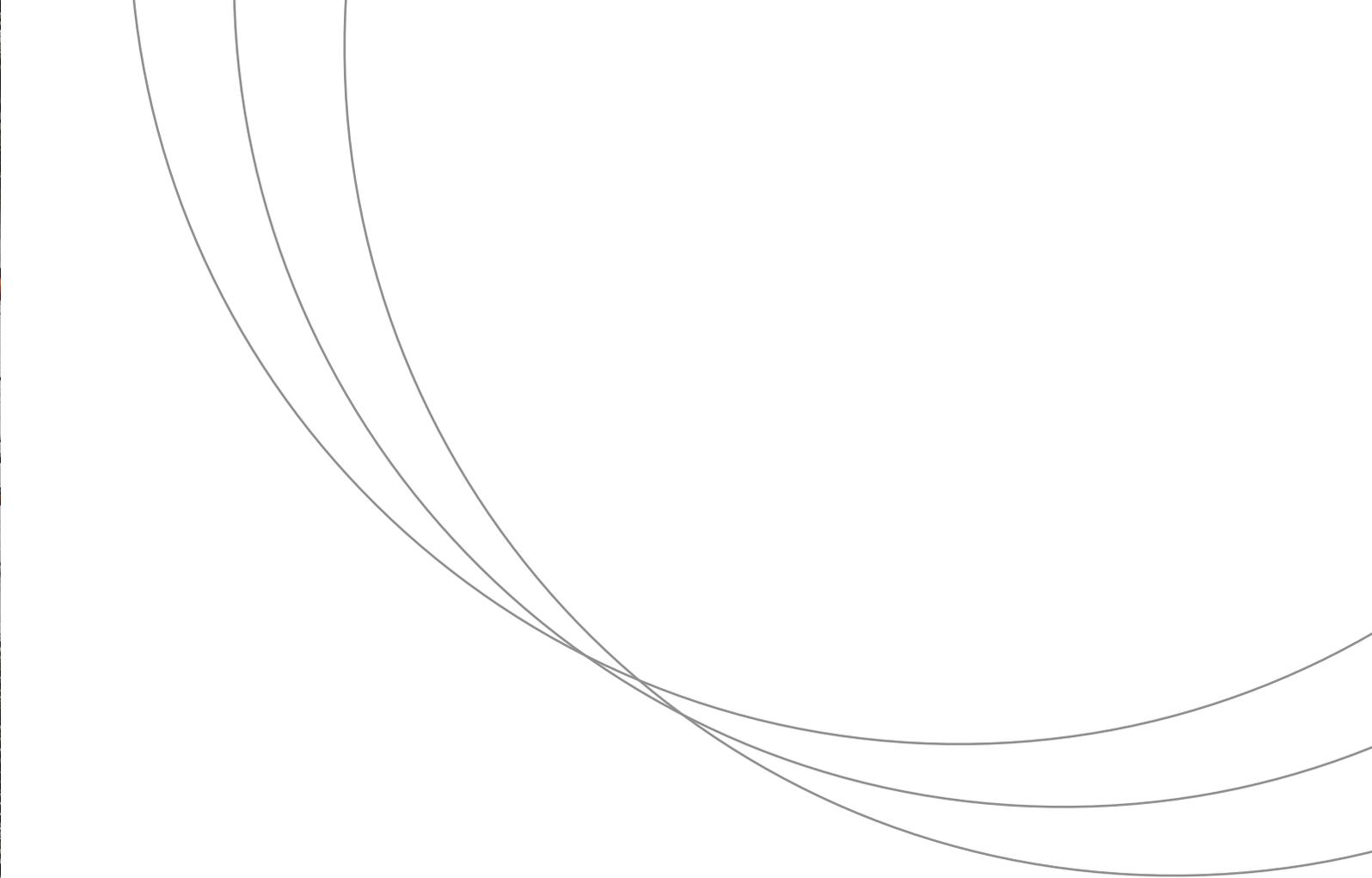
## Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 1/2025 ist der 20. Dezember 2024, für Ausgabe 2/2025 der 12. März 2025; weitere und ggf. aktualisierte Termine finden Sie auf unserer Website. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Mit jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern, eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) sowie eine Auflistung von ca. fünf thematischen Stichworten zu übermitteln. Der Titel, die Zusammenfassung und die Keywords sollten auch in englischer Übersetzung vorgelegt werden. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der 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.



## 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.



[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

