

Psychotherapeuten journal

- Spielen mit Maske: Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie unter Pandemiebedingungen
- Der Geist kann nicht erkranken:
Sinnorientierte Psychotherapie in der Praxis
- Doing Gender im therapeutischen Prozess
- Serie „Die neuen Störungsbilder der ICD-11“:
Pathologisches Horten und Störung mit Vermeidung
oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal wechselt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs in seinen Ausgaben zwischen einem in weiblicher Form und einem in männlicher Form verfassten Heft ab. Dies betrifft Textpassagen, in denen nicht eindeutig ein Mann/Männer bzw. eine Frau/Frauen gemeint sind. Durch das Abwechseln zwischen weiblicher und männlicher Sprachform sollen Frauen ebenso wie Männer sprachlich sichtbar gemacht werden. Transgeschlechtlichkeit kann aktuell in der Sprache des PTJ noch nicht abgebildet werden, transgeschlechtliche Menschen sind jedoch ausdrücklich mitgemeint und angesprochen. Zur ausführlichen Begründung dieses Beschlusses lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2017.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie halten heute das voraussichtlich letzte Heft des Psychotherapeutenjournals in der Hand, das in weiblicher Sprachform erscheint. Der Redaktionsbeirat hatte sich in seiner letzten „Zukunftswerkstatt“ dafür ausgesprochen, die aktuelle Regelung zu überdenken und eine für alle Hefte gleiche gendergerechte Schreibweise einzuführen – darüber wird das zuständige Gremium der Landeskammern voraussichtlich in seiner nächsten Sitzung im Juni eine Entscheidung treffen. Im Verlauf der letzten dreieinhalb Jahre seit Einführung des Wechsels zwischen weiblicher und männlicher Schreibform sind sowohl die Stimmen, die dieses Modell begrüßen, als auch die Stimmen, die die Thematisierung von Gendergerechtigkeit in der Sprache ablehnen, weniger geworden. Diese intensiv geführten Diskussionen erscheinen nebensächlich, ja fast unwirklich, vor dem Hintergrund der nun seit über einem Jahr währenden Corona-Pandemie, den allein in Deutschland über 80.000 Toten, den vielen an Covid-19-Erkrankten und unter „Long Covid“ Leidenden sowie den bei vielen Menschen steigenden psychischen Belastungen durch die Lebenseinschränkungen und die in Kontakten liegende ständige Bedrohung, sich oder andere zu infizieren.

Vor drei Jahren hatte ich geschrieben, dass wir Psychotherapeutinnen wissen, wie viel Zeit und Wiederholung es bedarf, um Neues zu etablieren. Und nun sind wir von einer Wirklichkeit überrannt worden, deren Dimensionen wir uns damals nicht im Entferntesten ausmalen konnten. So haben wir uns haben an Begrenzungen und Einschränkungen gewöhnt, deren Folgen sich immer deutlicher im Psychischen, im Lebenslustverlust und der ausgeprägten Erfahrung von Hilflosigkeit zeigen. Am Anfang gab es noch die vertrauten

und mühsam unterdrückten Impulse, sich zur Begrüßung die Hand zu geben. Diese Impulse scheinen, wie viele andere auch, verschwunden. So hat sich ein Mehr an Distanz etabliert, ein Vermeiden von Kontakt, in dem körperliche Nähe irritierend, manchmal bedrohlich erscheint. Wir treten voneinander zurück. Aber im Untergrund rumort es. Wir merken dies in unseren Praxen, in Kliniken, in Beratungsstellen, in unseren Kammergeschäftsstellen. Alle sind dünnhäutiger geworden, eine Gereiztheit und Bereitschaft, ungerecht und unüberlegt Gefühlen freien Lauf zu lassen, hat zugenommen. Wir konnten das ganz besonders im Ringen um die Impfberechtigungen für Psychotherapeutinnen merken. Die Nerven lagen bei vielen Kammermitgliedern blank. Sich emotional zu regulieren und besonnen zu handeln, fällt offenbar angesichts der schier Dauer der Einschränkungen, der dennoch steigenden Infektionszahlen und der damit verbundenen Ängste immer schwerer. Ich frage mich: Wie können wir als Profession in dieser Situation unsere Fähigkeiten, psychotherapeutisch für unsere Patientinnen da zu sein, aufrechterhalten? Was schützt und beruhigt uns, was stärkt und belebt uns?

Aber nicht nur die Pandemie kostet viel Kraft. Vor drei Jahren fragte ich, Herr Spahn war gerade Gesundheitsminister geworden, welche Entwicklungen wir in der Gesundheitspolitik zu bewältigen haben werden. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen, der Druck auf den Gesundheitsbereich und auf die darin tätigen Professionen sind überwältigend. Für alle sich in der Berufspolitik engagierenden Kolleginnen haben das Tempo und die Menge an neuen gesetzlichen Regelungen, auf die zu reagieren ist, so angezogen, dass die berufspolitische Interessenvertretung zu einer



Vollzeitbeschäftigung geworden ist. Und nun hat Corona einmal mehr sichtbar werden lassen, dass eine auf marktwirtschaftliche und Profit abzielende Gestaltung des Gesundheitswesens fehlgeht. Nur mit einer Gemeinwohlorientierung, wie sie z. B. in den Priorisierungen, der Corona-Impfverordnung, dem Schutz besonders vulnerabler Gruppen, aber auch dem Zur-Verfügung-Stellen von staatlichen Hilfsgeldern sichtbar wird, ist eine Gesellschaft solchen Herausforderungen gewachsen. Wir brauchen eine Abkehr von der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Dies zeigt sich nicht nur in der prekären Lage der Pflege in Kliniken, auf Intensivstationen und in Pflegeheimen. Ob diese Erkenntnisse aber nach der Bewältigung der Corona-Pandemie noch Wirkung haben werden, bleibt abzuwarten. Entscheidungen im Rahmen der Pandemie zu treffen, ist sicher für alle in Verantwortung stehenden politisch Handelnden nicht leicht – gerade vor dem Hintergrund der vielfältigen Interessengruppen und der Rufe nach jemandem, der mit starker Hand durchgreift und die Krise endlich beendet.

Mir bleibt noch, Ihnen unser aktuelles Heft mit interessanten Originalia zur Lektüre ans Herz zu legen.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Frühsommer. Bleiben Sie gesund.

*Torsten Michels (Hamburg)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia 106

Heike Krause

„Wir müssen die Masken aufsetzen, wenn wir spielen“. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Pandemiebedingungen

Die Coronapandemie stellt Psychotherapeutinnen vor die schwierige Aufgabe, Gefühle der Patientinnen zu halten, denen sie auch selbst ausgesetzt sind. Vorgesprochen und theoretisch begründet wird ein Lösungsansatz, der auch für die Psychotherapie Erwachsener angewendet werden kann: Anerkennen der gemeinsamen Bedrohung und (Mit-)Teilen dazugehöriger Affekte. Prägnante Fallbeispiele zeigen daraus resultierende Integrations- und Mentalisierungsprozesse.

113

Eric Pfeifer

Die geistige Dimension in der sinnorientierten Psychotherapie

Die von Viktor Frankl begründete Existenzanalyse und Logotherapie (EALT) wird häufig als sinnorientierte Psychotherapie oder dritte Wiener Richtung der Psychotherapie bezeichnet. Die der EALT zugrunde liegende Anthropologie benennt drei Dimensionen menschlichen Seins: Körper, Seele, Geist. Anhand eines klinischen Fallbeispiels werden mögliche Potenziale der geistigen Dimension im Rahmen psychotherapeutischer Praxis aufgezeigt.

120

Brigitte Schigl

Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie

Der Beitrag zeichnet die Rolle von Gender in der Psychotherapie nach und folgt der Chronologie des Behandlungsprozesses von der Wahl der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten bis zum Abschluss der Psychotherapie. Dabei werden Abschnitte im Prozess, genderkonnotierte Themen und Dynamiken in den unterschiedlichen Genderkombinationen der therapeutischen Dyade mit ihren jeweiligen Vorteilen und Risiken beleuchtet.

Serie

126

Anne Katrin Külz

Pathologisches Horten als neue Diagnose in der ICD-11: Charakteristika und Behandlung

Pathologisches Horten wird in der ICD-11 erstmals als eigenständige Diagnose geführt. Bislang wurde das Störungsbild zu den Zwangserkrankungen gezählt, auch wenn es hinsichtlich Phänomenologie, Genese, Komorbiditäten und relevanter Behandlungsschwerpunkte einige Besonderheiten aufweist. Der Artikel gibt einen Einblick in die spezifische Problematik pathologischen Hortens und stellt ein störungsspezifisches psychotherapeutisches Behandlungskonzept vor.

134

Andrea S. Hartmann

Die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Eine neue Diagnose in der Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ der ICD-11:

Mit der Aufnahme der Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme in die Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ in der ICD-11 rückt das Störungsbild auch für eine mögliche Diagnose unter Erwachsenen in den Fokus. Dieser Übersichtsartikel beschreibt das Erscheinungsbild der Diagnose und deren Geschichte sowie aktuelle Befunde zur Epidemiologie und Komorbidität und stellt Ätiologiemodelle sowie evidenzbasierte Behandlungsansätze dar.

Rezensionen

144 „Warte nicht, bis der Regen aufhört – tanze!“

Eine Rezension von Marisa Przyrembel: Juchmann, U. (2020). Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie bei Depressionen und Ängsten – MBCT in der Praxis.

145 Nützliches Lehrmaterial für die sexualtherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Eine Rezension von Reinhard Maß: Fliegel, S., Stienen, H. & Veith, A. (2019). Sexualtherapie – Basics. Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie (Staffel 3, DVD 10) sowie Stienen, H. & Fliegel, S. (2019). Sexualtherapie – Präferenzen und Identitäten. Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie (Staffel 3, DVD 11).

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

148 Bundespsychotherapeutenkammer

155 Baden-Württemberg

159 Bayern

163 Berlin

167 Bremen

171 Hamburg

175 Hessen

179 Niedersachsen

184 Nordrhein-Westfalen

189 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

192 Rheinland-Pfalz

196 Saarland

200 Schleswig-Holstein

103 Editorial

146 Leserbrief und Repliken

203 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

204 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A18 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Dieser Ausgabe ist ein Einhefter mit Amtlichen Bekanntmachungen der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beigelegt.

„Wir müssen die Masken aufsetzen, wenn wir spielen“

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Pandemiebedingungen

Heike Krause

Zusammenfassung: Die Bedrohung durch die Coronapandemie wird zunächst in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang betrachtet. Lösungsansätze in dem Dilemma, gemeinsam mit den Patientinnen¹ unter dem Einfluss dieser Bedrohungen zu stehen und gleichzeitig ihre Gefühle von Angst, Wut, Ohnmacht und Hilflosigkeit zu halten, werden beschrieben. Wesentliche Aspekte sind die Anerkennung der Bedrohung, die Einnahme der „depressiven Position“ und das Anrecht der Patientinnen, an den Gefühlen der Psychotherapeutinnen angesichts der gemeinsamen, bedrohlichen Realität teilzuhaben (Ermann, 2020). Fallbeispiele zeigen, wie sich die Gefahr der gegenseitigen Ansteckung und die dazu gehörenden Affekte auf die Interaktion und den Therapieprozess auswirken. Abschließend entwirft die Autorin eine hoffnungsvolle Perspektive für den Umgang mit allgemeinen globalen Bedrohungen in der Psychotherapie und im „wirklichen Leben“.²

Theoretische Einführung

Theorie versucht in der Regel, Dinge von außen zu verstehen, in einen großen Zusammenhang zu stellen, mit Abstand zu reflektieren. Die Coronapandemie ist etwas, das in unserem Leben so noch nicht dagewesen ist, wofür wenig Erklärungsmodelle und noch weniger Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen. Wir sind noch mitten drin, wissen nicht, wie es weitergeht und welche möglicherweise dauerhaften Veränderungen unserer sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Vertrautheiten mit der Pandemie einhergehen werden. Der Versuch, in dieser Situation eine reflektierende Haltung einzunehmen, ist schwer (Küchenhoff, 2020, S. 362 ff.). Trotzdem müssen wir tagtäglich in unserer psychotherapeutischen Praxis mit den Auswirkungen der Pandemie umgehen. Küchenhoff (ebd.) betont, dass die Pandemie in der Realität und in Gedanken und Gefühlen die Patientinnen ebenso wie die Psychotherapeutinnen erfasse, sie greife ein in die therapeutische Arbeit, sie erreiche die ganze Gesellschaft und verändere die Basis, auf der sich Analytikerinnen und Patientinnen begegnen. „Die Bedrohungen tauchen nicht plötzlich auf, um zu verschwinden, nein, sie bleiben, aber sie bleiben auch ungreifbar. Gerade deshalb ist die Coronakrise unheimlich.“ (ebd.) Wenn etwas, das bislang in Ordnung gewesen sei, infrage gestellt werde, entstehe ein Gefühl der „Verrücktheit des Alltags, (...) die Gefühlsqualität der Sicherheit und Selbstverständlichkeit“ (ebd.) gehe verloren.

Dabei drängen sich die Fragen auf, ob die Pandemie tatsächlich unseren Alltag verrückt bzw. ob das Gefühl der Sicherheit und Selbstverständlichkeit auf einer angemessenen

Wahrnehmung der Realität basiert. Ich denke, die Grundlage dieses Gefühls ist eine Illusion. So wissen wir, dass unsere Lebensgrundlagen durch die menschengemachte Klimakrise und andere Formen der Umweltzerstörung bedroht sind – nur sind die alarmierenden Entwicklungen immer noch so weit weg von unserem täglichen Erleben, dass wir die daraus resultierenden Bedrohungen noch (zu) gut verdrängen und verleugnen können. Anders verhält es sich mit der Coronapandemie: Sie berührt uns ganz direkt, zumindest durch die notwendigen Einschränkungen in unserem Leben. Sie nimmt uns – quasi plötzlich und unerwartet – unsere Illusion der Sicherheiten und Selbstverständlichkeiten. Plötzlich entsteht ein Gefühl von Bedrohung. Dieses spüren wir mehr oder weniger, abhängig davon, wie alt, unter Umständen krank und gefährdet wir oder uns nahestehende Menschen sind – und wie gut (oder schlecht) wir mit unserer individuellen psychischen Ausstattung das Gefühl von Bedrohung zulassen und verarbeiten können.

Die Tatsache, dass diese gemeinsame Bedrohung zwischen uns und unseren Patientinnen nun eine unmittelbare Nähe schafft, während wir gleichzeitig den äußeren Abstand durch Masken, distanzierte Begrüßungs- und Gesprächssituationen oder Videostunden vergrößern müssen, verrückt auch etwas innerhalb der therapeutischen Beziehung. Bei aller Veränderung, die diese äußere Realität in uns und in unserer thera-

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei diesem Heft handelt es sich um ein Heft in weiblicher Sprachform.

² Der Artikel entstand auf Grundlage der Niederschrift eines Impulsreferats der Autorin zum gleichnamigen Workshop der VaKJP Regionalgruppe Niedersachsen am 20.02.2021.

apeutischen Arbeit auslöst, plädiert Küchenhoff dafür, diese unbedingt fortzusetzen. Er hält das für möglich, ohne unsere analytische Haltung aufgeben zu müssen (ebd., S. 370 f). Durch die Tatsache der Ungewissheit und der Verrücktheit des Alltags entstehe zwar eine Wortlosigkeit, ein „Abgrund des Schweigens“ (ebd.), der schwer auszuhalten sei, der jedoch auch eine produktive, konstruktive, vorwärts gerichtete Seite habe. Es gehe darum, die Wortlosigkeit zuzulassen und damit quasi einen Gegenentwurf zur Verleugnung oder der Entwicklung von Verschwörungstheorien zur Verfügung zu stellen (ebd.).

Nun kann uns das Gefühl der eigenen Bedrohung und der Ungewissheit gegenüber der Zukunft, die wir mit den Patientinnen teilen, vielleicht phasenweise unfähig machen, uns selbst zu beruhigen und damit den Patientinnen helfen zu können, die Fähigkeit zur Beruhigung von uns zu übernehmen. Aber ich stimme Küchenhoff nicht zu, dass wir der Pandemie gegenüber grundsätzlich sprachlos sind. Erklärungsmodelle u. a. aus der Biologie und der Geschichte können helfen, die Pandemie zu verstehen und einzuordnen. Allen voran ist es die Tatsache, dass der menschliche Körper verletzbar ist. Pandemien hat es immer wieder gegeben. Dass die Coronapandemie sich aktuell derart schnell verbreitet hat, ist auch eine Folge der Globalisierung und der dichten Besiedlung unseres Planeten. Das gibt nicht unbedingt mehr Sicherheit – aber vielleicht mehr Demut dem Leben selbst gegenüber. Dennoch oder deshalb ist die Fähigkeit, den Verlust der Illusion der Sicherheit – und zwar sowohl der individuellen als auch der unserer Art – zu betauern und ihn zu verarbeiten, ein notwendiger, konstruktiver und nach vorn gerichteter Prozess. Bestenfalls könnte er auch zur Veränderung unseres räuberischen Lebensstils anregen.

Für Küchenhoff (2020) ist es grundlegend, dass Psychotherapeutinnen in diesem Prozess die depressive Position wahren und ermöglichen (ebd., S. 373). Als „depressive Position“ bezeichnet Melanie Klein ein Entwicklungsstadium, in dem das Kind die in der vorhergehenden „paranoid-schizoiden Position“ vorherrschenden primitiven Abwehrmechanismen von Omnipotenzphantasien, Spaltung, Verleugnung und Projektion und damit verbundene Verfolgungsängste, Vernichtungswünsche und Racheimpulse überwindet. Mit Erreichen der depressiven Position entwickelt es die Fähigkeit zur Besorgnis um andere und Trauer sowie zur Anerkennung von Grenzen und Realität (Klein, 1935). Das Verharren in der paranoid-schizoiden Position bis ins Erwachsenenalter hat klinische Relevanz. Nach Küchenhoff könne das Einnehmen der depressiven Position im Umgang mit der Bedrohung durch die Coronapandemie der Gefahr entgegenwirken, durch „die Abwehr der Realität, die Unfähigkeit, Gefahren zu bedenken und Verluste zu betauern, die Katastrophe geradezu herbeizuführen“ (Küchenhoff, 2020, S. 373).

In der psychotherapeutischen Arbeit ergibt sich mit Einnehmen der aus der depressiven Position resultierenden Haltung, das heißt mit Anerkennung der realen Bedrohungen, denen



Geteilte, unmittelbare Nähe trotz Masken (Foto: Heike Krause)

wir gemeinsam mit unseren Patientinnen ausgesetzt sind, nun eine besondere Herausforderung: einerseits selbst von Angst erfasst zu sein und gleichzeitig den Patientinnen beizustehen, ihre Angst auszuhalten.

Im Dezember 2020 betont Ermann (2020, S. 375–381), dass unser Alltag generell durch globale Bedrohungen belastet sei, denn „ökologischen, sozialen und politischen Wandel und Katastrophen“ habe es immer schon gegeben. Das „Traumatische des Neuen“ (ebd., S. 375) sei aber „das Tempo, mit dem sich dieser Wandel vollzieht, und die intrusive Art und Intensität, mit der die Ereignisse und Entwicklungen kommuniziert werden und in unseren Alltag eindringen“ (ebd., S. 376). Wir würden dazu neigen, die Ereignisse „zu bewältigen, indem wir sie verdrängen, verleugnen oder affektiv abspalten. Das gilt für unsere Patienten, das gilt aber auch für uns als Psychotherapeuten“ (ebd.). An zwei Fallbeispielen macht Küchenhoff dann deutlich, wie wichtig es sei, die reale Bedrohung anzuerkennen und die damit verbundenen Ängste wahrzunehmen, damit wir die Ängste unserer Patientinnen aufnehmen, bearbeiten und „den projektiven Anteil von dem durch die reale Bedrohung trennen“ (ebd., S. 380) können. Das sei nicht leicht, wenn wir der Bedrohung selbst noch ausgesetzt seien (ebd.).

Sympathisch ist mir seine Lösung: Seiner Meinung nach haben Patientinnen „einen Anspruch darauf daran teilzuhaben,

dass auch wir uns gefährdet fühlen, wenn die äußere Realität uns gemeinsam“ bedrohe, denn „das geteilte Erleben kann auch ihnen die Angst erträglicher machen und ihre Mentalisierung und Integration voranbringen“ (ebd.). Ich möchte ergänzen: Gemeinsam ist wahrscheinlich nicht nur die Angst, sondern sind auch Wut, Verzweiflung und Ohnmacht. Aus der geteilten Realität und der Anerkennung aller damit verbundenen Affekte könnte eine Integrationsleistung entstehen, die zur Veränderung im Innen und Außen antreibt.

Fallbeispiele aus meiner Praxis

Ich habe nicht den Anspruch, perfekte Therapiesequenzen zu zeigen – im Gegenteil. Indem ich auch die Verwirrung zeige, die die Folgen der Pandemie in mir und den Patientinnen auslösen, möchte ich zum gemeinsamen Nachdenken anregen. Zur Anonymisierung der Beispiele wurden die Namen geändert, die Genese verfremdet, die Diagnosen nicht ausdifferenziert.³

Vorab kurz Informationen zu meinem Hygienekonzept: In Niedersachsen gibt es keine generelle Maskenpflicht in Psychotherapien. Grundsätzlich gelten die AHA+L-Regeln. In der Arbeit vor allem mit kleineren Kindern ist dabei das Einhalten des Abstandes nicht immer möglich. Sobald das der Fall ist, müssen die Kinder ihre Masken aufsetzen, ich nutze dann eine FFP2-Maske. Spätestens alle 20 Minuten öffne ich die Fenster. Zusätzlich habe ich in jedem Therapieraum Luftreiniger stehen, die auf CO₂-Belastung reagieren. Jedes Kind hat eine Spielkiste mit eigenem Spielzeug. Es gibt auch gemeinsames Spielzeug, das nach Gebrauch desinfiziert wird oder in „Quarantäne“ kommt. Über den Sitzmöbeln und Matratzen liegen für jedes Kind bestimmte Decken, die ich nach den Stunden austausche.

Fallbeispiel 1: Tobias, 9 Jahre – Auszug aus einer Präsenzstunde

Tobias wurde bereits als Säugling vernachlässigt. Er schrie stundenlang, die Mutter war anwesend, kümmerte sich aber nicht. Sie verließ die Familie lange bevor Tobias in den Kindergarten kam. Tobias lebt heute mit Vater, Stiefmutter und Halbbruder. Er hatte zu Therapiebeginn zuhause Zustände von Desorganisation, zerstörte sämtliches Spielzeug, malte die Wände an, war oft nicht mehr ansprechbar, reizte die Stiefmutter, bis sie vor Wut platzte, manchmal auch den Vater, in der Schule konnte er keine fünf Minuten zuhören.

Diagnose: ICD-10 F98.9 als Traumafolgestörung mit strukturellen Entwicklungsdefiziten

In der Psychotherapie gibt es zu Beginn eine lange Phase, in der Tobias schweigend in die Stunden kommt und sich verstecken will, wobei es eigentlich nichts gibt, wo er sich verstecken kann. Es fühlt sich sinnlos an. Ich markiere ein „Kleines Kind versteckt sich hinter den Händen“-Spiel. Wenn ich ihn „finde“, blicke ich in leere Augen und ein erstarrtes Gesicht,

er rührt sich nicht. In der Gegenübertragung läuft es mir kalt den Rücken herunter. Ich denke oft daran, wie er als kleines Kind keine Antwort bekam, da war niemand, der ihn suchte und fand. Im Kontakt mit ihm bin ich in Gefahr, von seiner Erstarrung angesteckt zu werden. So versuche ich vor allem, lebendig zu bleiben, nicht aufzugeben. Ich stelle ihm auch meine Bilder in Metaphern zur Verfügung. Zwar hört er aufmerksam zu, bewegt sich aber nicht. Erst eine tatsächliche körperliche Berührung löst ihn aus seiner Erstarrung. (Dazu hatte ich einen kleinen Tiger engagiert, mir bei der Suche zu helfen, der ihn nun anstupste, an seinen Füßen schnüffelte, ihm an den Ohren zwickte.) Diese Szene wiederholt sich mehrfach. Er beginnt, es zu genießen, und lächelt schon, wenn der Tiger kommt. Irgendwann springt er in einer solchen Szene auf und sagt etwas ärgerlich: „Ich bin kein Baby mehr.“ Ich bestätige diesen Sprung aus der Regression nach vorn: „Jawoll, jetzt kannst Du Dir vieles selbst holen, was Du brauchst.“

Es folgt eine lange Phase mit sadistischen Größendemonstrationen, die ich – trotz nun notwendiger Masken – zunächst als erlösend normal empfinde. Er spielt stereotyp Kampfszenen mit Rittern und anderen Figuren, die mir zugeteilten Figuren werden immer wieder mit sadistischer Freude von seinen getötet. Ich darf auf keinen Fall aufgeben, meine Figuren dürfen auch nicht sterben. „Spiel weiter“ oder „Du musst so spielen, wie ich das sage“, drängt er, sobald ich eigene Impulse entwickle ..., kinderanalytischer Alltag. Zunehmend breiten sich Ohnmacht und Hilflosigkeit in mir aus. Irgendwann kann ich sie in Worte fassen und nun, nachdem ich seine Gefühle emotional verstehen und ihm in verdauter Form mitteilen konnte, erlaubt er meinen Figuren die Flucht.

Es folgt eine zweite Phase, in der wir Verstecken spielen. Jetzt suchen wir versteckte Figuren (u. a. „seinen“ Tiger/s. o.). Die Erstarrung weicht der Konkurrenz („wer versteckt besser“). Er möchte, dass ich ihm helfe (ich soll heiß und kalt sagen) und ihm damit Orientierung gebe. Er kann mich verwenden, idealisiert mich ein bisschen. Auch Aggression kommt in die Beziehung: Er möchte mit mir toben, mich mit Bällen abwerfen. Ich freue mich, wie lebendig er wird, lasse zu, was ich zulassen kann – dabei immer den Luftreiniger im Blick, der die Belastung mit CO₂ im Raum misst. Sobald dieser auf Rot schaltet und das Gebläse in der lautesten Stufe arbeitet, muss ich das Spiel unterbrechen und das Fenster öffnen. Tobias versucht, mit dieser Situation fertig zu werden: In der nächsten Stunde will er Papierflieger basteln, ganz brav am Tisch, bis er anfängt, sie auf mich abzu zielen. Am Ende bewerfen wir uns lustvoll gegenseitig, halten uns mit dem Toben etwas zurück. Das geht etwas länger und besser. Aber vermutlich nicht gut

3 I. d. R. tragen ICD-10-Diagnosen aufgrund der fehlenden Komplexität nicht zum analytischen, psychodynamischen Verständnis und der darauf basierenden Behandlungsplanung bei. Eine etwas differenziertere, wenn auch immer noch grob vereinfachte Diagnostik bietet die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ-2; Arbeitskreis OPD-KJ, 2020). Die Beschreibung der dort erfassbaren Achsen (v. a. Struktur, Beziehung, Konflikt) ist aber für das Verständnis der Beispiele in diesem Artikel nicht relevant. Stattdessen wird die individuelle Psychodynamik der Patientinnen mit ihrer Manifestation in der Übertragung ausführlicher beschrieben.

genug. Denn in der nächsten Stunde möchte er wieder „in echt“ Verstecken spielen. Ich soll zwar den Tiger verstecken, aber er versteckt sich vor dem Tiger. Die Stimmung bewegt sich zwischen Sinnlosigkeit und Aggression (wenn der Tiger ihn findet, bekommt dieser erst einmal einen Nasenstüber), es gibt aber auch Ansätze zur Wiedergutmachung (wenn der Tiger weint oder verwirrt ist, tröstet er ihn).

In der Stunde danach erzeugt allein das Aufbauen der Matratzen, die er für sein Versteck benötigt, so „schlechte“ Luft, dass ich trotz Eiseskälte innerhalb weniger Minuten mehrfach das Fenster öffnen muss. Wir frieren beide. Nun nimmt er sich eine Pistole aus seiner Spielkiste und richtet sie auf mich.

Ich sage: „Irgendetwas macht Dich gerade sehr wütend.“

Er: „Ich bin nicht wütend.“

Ich: „Dieses Corona kann einen wütend machen. Man kann gar nicht richtig spielen, immer muss man aufpassen.“

Er: „Stimmt.“ Dann schaut er zur Uhr: „Wie lange haben wir noch?“

Ich: „Fünfzehn Minuten.“

Er geht zu seiner Spielkiste. „Ich möchte jetzt Burg spielen.“

Mit einer wegwerfenden Geste schmeißt er mir „meine“ Krieger vor die Füße.

Ich: „Hm, die fliegen aber heute.“

Er: „Das mache ich immer so.“ (Er räumt sie ein bisschen zu mir.) Dann: „Du brauchst Dein Haus. Ich will Dich angreifen.“

Ich hole „mein Haus“ (wir haben es in einer Stunde zusammen gebastelt), sage ihm, dass ich verstehe, wie wichtig es ihm jetzt sei, ganz schnell spielen zu können.

Er: „Richtig.“

Im Spiel müssen meine Krieger wieder leiden.

Eigentlich kennen wir solche Rückgriffe auf bereits überwundene Bewältigungsstrategien in jedem Therapieprozess. Mit sadistisch-omnipotenten Überlegenheitsdemonstrationen reagiert Tobias hier auf die Erfahrung von Begrenztheit. Sie ist notwendig, damit wir uns nicht gegenseitig mit einem gefährlichen Virus anstecken. Während er in der ersten Phase mit stereotypen Kampfszenen dafür sorgte, dass ich in der Gegenübertragung seine Gefühle von Todesangst, Ohnmacht und schließlich Selbstaufgabe spüre, redet er aber nun mit mir. Wir sind miteinander im Austausch, die interpersonelle Abwehr wird um die Symbolisierung erweitert. Ich fühle mich nicht mehr hilflos und ausgeliefert, eher etwas gelangweilt und leer, gleichzeitig verstärkt sich mein Mitgefühl für seine Not. Ich freue mich über seine Reaktion auf meine Begrenzung, die gemeinsame Anerkennung der Realität, die er mit dem Blick zur Uhr demonstriert, und den geteilten Ärger. Er zeigt auch eine gewachsene Objekt Konstanz und seine Fähigkeit, die zur Verfügung stehende, begrenzte Zeit zu verwenden, um mir zu zeigen, was in ihm vorgeht – auch wenn das, was er zeigt, ein zumindest partieller „Rückgriff“ ist, der sich vor allem in meinem Gefühl der Leere widerspiegelt.

Meine Aufgabe ist es, wie immer in solchen Momenten der interpersonellen Abwehr oder des „enactments“ (Heisterkamp, 2004, S. 103 ff.; Raue, 2000, S. 5–21; Alvarez, 2001, S. 20 ff.) die induzierten Gefühle zu verdauen, um sie dann (verbal oder im Handlungsdialog) verwandelt oder – besser – „entgiftet“ zur Verfügung stellen zu können. Geht das? Denn da ist ja noch mehr als das, was zwischen uns beiden gerade passiert: Da

— In der Stunde danach erzeugt allein das Aufbauen der Matratzen für das Versteck so „schlechte“ Luft, dass ich trotz Eiseskälte innerhalb weniger Minuten mehrfach das Fenster öffnen muss. Wir frieren beide.

ist auch der Luftreiniger, der warnt, wenn wir uns real bedrohlich werden könnten. Da ist die selbstgenähte Maske, die ihm immer wieder unter die Nase rutscht, sodass ich unwillkürlich überprüfe, ob die Nasenklemme an meiner FFP2-Maske richtig sitzt. Da ist meine innerliche Frage, ob es okay ist, die Matratzen zu benutzen. Zwar werden sie nach seiner Stunde mit einer neuen Decke überzogen – aber könnte nicht trotzdem ...? Coronaviren halten sich in Stoffen mehrere Tage ... Was könnte passieren, wenn zum Beispiel das nächste Kind die Decke abzieht ...? Während ich das alles denke, frage ich mich, ob ich mit diesen Gedanken wirklich das Entwicklungsobjekt bin, das Tobias braucht, um seine früh angelegten Bewältigungsstrategien zu überwinden. Ist es nur die alte Wut, die er abwehren muss, um unsere Beziehung nicht zu gefährden? Oder muss er mich auch deshalb immer wieder so stark kontrollieren, weil er mich eben nicht kontinuierlich als hinreichend sicher erlebt? Sagt mir die Pistole angesichts der notwendigen Eingriffe in die ungestörte Übertragungsbeziehung nicht nur, dass er wütend ist, sondern möglicherweise sehr viel mehr: dass das Sicherheit gebende Gegenüber gerade für ihn gestorben ist?

Solche Zweifel überfallen mich immer wieder. Ich beruhige mich mit dem Gedanken, dass mir das Verdauen der Affekte, mit denen er mich angesteckt hat, offensichtlich wenigstens hinreichend gut gelungen ist. Sonst hätte er sich vermutlich in und außerhalb der Psychotherapie nicht so gut entwickelt. In der Familie und auch in der Schule ist er mittlerweile fast symptomfrei.

Fallbeispiel 2: Anna, 16 Jahre – Auszug aus einer Videostunde

Anna musste nach erlebter häuslicher Gewalt acht Wochen nach Therapiebeginn von zu Hause ausziehen, sie lebt jetzt in einer Wohngruppe. Am neuen Wohnort ist weder ein ambulantes noch ein stationäres Therapieangebot zu organisieren. Deshalb wurde und wird die Psychotherapie vorwiegend als Videotherapie fortgesetzt.

Diagnose: ICD-10 F43.2 mit strukturellen Entwicklungsdefiziten in Folge belastender, z. T. traumatischer Ereignisse und Faktoren in der Familie.

In der Behandlung verharnte Anna lange in einer Opferhaltung, verzettelte sich mit Mitarbeiterinnen und Kindern in der Gruppe in heftige Auseinandersetzungen, entwickelte eine Essstörung. In der Psychotherapie versuchte sie, mich zu instrumentalisieren, um Sonderbehandlungen in der Gruppe zu erreichen. Das alles arbeiteten wir recht konfrontativ in den Videostunden durch. Jetzt hat sie sich, erstaunlich schnell, nahezu stabilisiert. Sie kann sich mittlerweile gut reflektieren, die Symptomatik ist bis auf Durchschlafschwierigkeiten fast vollständig zurückgegangen. Für eine Klinikeinweisung gibt es keine Indikation mehr. Ein Beispiel zeigt dies und verdeutlicht einen anderen, wichtigen Aspekt einer Videotherapie:

Da das WLAN in ihrem Zimmer zu unzuverlässig gewesen war, nutzt sie für die Stunden das Mitarbeiterzimmer. Im Hintergrund sehe ich einen Mitarbeiter der Gruppe durch den Raum gehen.

Ich: „Ähm, es war aber vereinbart, dass Du ungestört bist während der Stunde.“

Sie: „Ja, das ist X. Der rallt das nicht.“

Ich: „Im Team wurde das aber beschlossen ...?“

Sie: „Ja, aber der rallt vieles nicht.“ Es folgt eine Einladung, sich gemeinsam über den Mitarbeiter aufzuregen, als er wieder raus ist.

Ich: „Ich möchte über Deine Beziehung zu diesem Mitarbeiter jetzt nicht sprechen. Erst einmal möchte ich klären, wie wir sichergehen können, dass Deine Stunden künftig ungestört sind.“

Sie: „Gut, ich sage es ihm (geht kurz raus, kommt wieder) ... ich hoffe, jetzt hat er es kapiert, ich hoffe, lange genug.“ (Frü-

das mit, was ich brauchen kann. Das andere lasse ich hier.“ Anschließend verabreden wir, dass sie das Thema noch einmal mit ihrer Bezugserzieherin bespricht, um die Ungestört-heit der Stunden zu gewährleisten.

Sie ist die erste Jugendliche, die das so formuliert. Andere Jugendliche genießen es sogar, mir ihr Zimmer zu zeigen, oder versuchen, mit dem Beharren auf Videostunden (z. B. „Das ist irgendwie viel schöner“) der Ambivalenz, die in echter Begegnung entstehen könnte, aus dem Weg zu gehen. Was macht es mit der therapeutischen Beziehung, was bedeutet ein Videosetting für die Übertragung? Auch hier habe ich mehr Fragen als Antworten. Insgesamt hat mich der Verlauf dieser Psychotherapie überrascht. Bei einer so schwer gestörten Jugendlichen wäre eine Videotherapie prinzipiell kontraindiziert. Daran hat sich diese Jugendliche zu meiner Freude nicht gehalten.

Fallbeispiel 3: Georg, 11 Jahre – Auszug aus einer Präsenzstunde

Georg terrorisiert die Familie beim Ins-Bett-Gehen mit seinen Ritualen. Wenn diese nicht eingehalten werden, bekommt er Panikattacken, die die Eltern in Atem halten, da sonst durch sein Geschrei der kleine Bruder wach wird. In der Interaktion mit mir testet er unentwegt Grenzen, so duzt er mich z. B. stereotyp, obwohl ich ihn immer wieder damit konfrontiere, dass ich gesiezt werden möchte.

Diagnose: ICD-10 F98.9, vorwiegend Trennungsangst, mit strukturellen Entwicklungsdefiziten.

Stunde: Georg stürmt die Treppe herauf, ruft mir außer Atem schon im Hausflur entgegen, dass er so gerannt wäre, weil er schon zu spät sei. In der Tür reißt er die Maske herunter und pustet

„Das ist mein Raum. Da will ich Therapie nicht so drin haben“

her hätte sie gereizt, vorwurfsvoll und demonstrativ-hilflos auf meine Begrenzung reagiert, mich unter Druck gesetzt, ihr zuzustimmen, dass der Mitarbeiter einfach blöd sei, dass sie gar keine Chance hätte, sich mit ihm auseinanderzusetzen, geweint oder bockig geschwiegen, wenn ich dem nicht nachgegeben wäre usw.).

Ich: „Wäre es dann nicht doch besser, Du gehst in einen anderen Raum?“

Sie: „Bei mir im Zimmer ist das WLAN mittlerweile besser. Da will ich aber nicht hin.“

Ich: „Hm, klingt nach 'geht nicht, weil soll nicht'.“

Sie: „Nein, das ist irgendwie blöd, wenn die Stunde da stattfindet. Das ist mein Raum. Da will ich Therapie nicht so drin haben. Ich brauche dazu einen anderen Raum.“

Ich: „Ah ja, das verstehe ich. Darüber habe ich so noch nicht nachgedacht. Das mit Videotherapie ist für uns alle noch sehr neu.“

Sie: „Ja, hier ist es echt besser. In meinem Zimmer bin ich oft total schlecht draufgekommen, wenn die Stunde zu Ende war. Hier ist das nicht so. Da schließe ich die Tür und nehme nur

erleichtert in den Vorraum. Hände waschen vergisst er, ich muss ihn zurückschicken. Mit der Maske in der Hand wedelnd kommt er, immer noch schnell atmend, in den Raum: „Muss ich die aufsetzen?“. Ich denke an die Geschwindigkeit von Aerosolen, blicke zu meinem Luftreiniger, habe vergessen, ihn einzuschalten, immerhin habe ich meine FFP2-Maske auf Ich: „Nun komm erst einmal an. Wenn Du reden möchtest, brauchst Du die Maske nicht aufsetzen.“

Er: „Puh! Ich kriege nämlich kaum Luft.“

Ich: „Wenn Du so in den Raum pustest, muss ich Dich allerdings noch einmal erinnern, wie man sich am besten mit Corona infizieren kann.“

Er: (lächelt mich verschmitzt an): „Über die Luft?“

Ich: „Ja.“ (schalte den Luftreiniger ein)

Er: „Gut, dann setze ich die Maske wieder auf.“

Er erzählt mir von einem Alptraum, den er gehabt hätte. Er hätte so geweint, dass sein ganzer Hals wehgetan hätte. Während er spricht, nimmt er seine Maske wieder ab („Ist doch okay jetzt? Ich atme ja ruhiger.“) wedelt aber weiter damit herum. Ich bitte ihn, sie an dem dafür vorgesehenen

Haken aufzuhängen und frage ihn, was er zur Beruhigung für seine Hände gebrauchen könne.

Er: „*Einen Ball*“. Ich gebe ihm einen kleinen Stoffball.

Im Gespräch mit ihm komme ich kaum zu Wort. Ich versuche, das Material zu verbreitern, er fokussiert immer wieder auf „*diesen Schmerz*“. Mühsam gelingt es, das Gefühl Wut herauszuarbeiten. In dem Moment wirft er mir den Ball zu.

Ich: „*Wir können gerne spielen, dann aber mit Maske, und Du weißt, wenn der Luftreiniger auf Rot schaltet ...*“

Er: (lässt mich nicht ausreden): „*... Fenster auf. Ich hasse ihn.*“ (blickt zum Luftreiniger)

Im Spiel bringt er mich blitzschnell an meine Grenzen – er hält sich nicht an das vorgeschlagene Abwechseln, donnert mir nacheinander ein paar Mal den Ball so hart ins Gesicht (oder nah daran vorbei), dass ich nur noch die Arme davor halten kann. Eigentlich soll er auch an seiner Wand bleiben, doch er springt immer wieder auf mich zu. Ich versuche es zwei bis drei Mal in ruhigem Ton. Als er erneut auf mich zu springt und der Ball an meinem Gesicht vorbei zischt, herrsche ich ihn recht laut an: „*Es reicht!*“, dann in ruhigerem Ton: „*Ich möchte keine Angst haben müssen, wenn ich mit Dir spiele.*“

Er (guckt etwas erschrocken, senkt den Kopf): „*Tschuldigung.*“

Ich: „*Tut mir leid, wenn ich laut werden musste, um mich zu schützen. ... An Deiner Reaktion sehe ich, dass es Dir auch leid tut. Ich denke, Du kennst es, dass andere laut werden müssen, um Dich zu bremsen.*“

Er nickt und spielt dann, die Grenzen besser beachtend, weiter. Wir beide behalten die CO₂-Anzeige des Luftreinigers im Blick, ich mache die Fenster auf, sobald das Gerät Stufe Rot erreicht. Irgendwann pendelt es sich ein, wir können ungestört spielen. Als das Gerät noch einmal etwas hochfährt, wirft er den Ball wütend dagegen und brüllt: „*Ich hasse Dich, halt' die Fresse!*“

Ich: „*Ich bin auch genervt und will, dass Corona aufhört. Aber ich bin froh, dass wir hier sogar toben können. Das ginge ohne unseren kleinen Freund nicht.*“

Als er später erneut auf den Luftreiniger schimpft, sage ich: „*Ich glaube, es ist nicht nur der Luftreiniger. Ich habe verstanden, dass es insgesamt schwer für Dich auszuhalten ist, wenn etwas nicht so geht, wie es für Dich in dem Moment wichtig ist.*“

Daraufhin legt er sich aufs Sofa, meint, er sei jetzt irgendwie so ausgepowert. Dann spricht er weiter über sein Gefühl im Traum und fragt mich, was man dagegen machen könne. Am Freitag wolle er bei einem Freund schlafen, das wolle er unbedingt schaffen. Ich freue mich, dass er eine Möglichkeit hat, sich seiner Angst zu stellen. Gleichzeitig denke ich: Ob ich nächstes Mal noch mit ihm toben mag? Kontakte begrenzen geht anders. Gerade heute Morgen habe ich gelesen, dass Erzieherinnen die Berufsgruppe mit den höchsten Infektionszahlen sind. Und wieder frage ich mich: Kann ich ihm, mit solchen Gedanken, überhaupt das bieten, was er jetzt braucht? Eigentlich müsste ich doch seinen Plan begrüßen, mich mit ihm freuen, ihm das Gefühl vermitteln, dass



„*Ich hasse Dich, halt' die Fresse!*“ (Foto: Heike Krause)

die (Zuwendung zur) Außenwelt nicht gefährlich ist. Verstärke ich nicht ungewollt die Seite, die die Symptome braucht, um die innere Bindung an die Eltern aufrecht zu erhalten? Was machen solche Gedanken grundsätzlich mit meiner Gegenübertragung und mit unserer Beziehung? Können wir/kann ich in meinem Alter solche Patientinnen zurzeit überhaupt nehmen?

Seit der oben beschriebenen Interaktion liegt Georg in den Stunden oft lange auf dem Sofa, erzählt und genießt, dass ich ihm zuhöre. Die Verbalisierung meines Ärgers und meiner Angst haben, zusammen mit der Fähigkeit, mich zu schützen, bei diesem getriebenen Angstpatienten zumindest in der therapeutischen Situation zur Beruhigung geführt, die ihm noch in der Stunde selbst – statt der Externalisierung seiner Angst (die ich bekam) – Ansätze einer depressiven Position (seine Entschuldigung, sein Gefühl, „irgendwie ausgepowert“ zu sein) ermöglichte. Die Eltern berichteten im nächsten Elterngespräch, das Zu-Bett-Gehen sei nun „irgendwie total friedlich“.

Schlussbemerkung

Viele der hier gestellten Fragen werden sich im kollegialen Diskurs und weiterer Praxis beantworten. Eine – generelle – Antwort habe ich jedoch für mich wiedergefunden: Es sind genau diese selbstreflektierenden Fragen und die innere Arbeit zu ihrer Beantwortung, die meine analytische Arbeit ausmachen. Dazu gehört die in der Einführung beschriebene Haltung. So hoffe ich, mit der Anerkennung der Bedrohung, mit der Fähigkeit, den Verlust vertrauter Gewohnheiten zu betrauern, das heißt mit der Einnahme und dem Einsatz für die Entwicklung der depressiven Position das Gegenüber zu sein, das die mir anvertrauten Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern angesichts der zu bewältigenden gesellschaftlichen Krisen zu ihrer Entwicklung brauchen. Meine Haltung und mein Beziehungsangebot könnten so ein „epistemisches Vertrauen“⁴ (vgl. Fonagy et al., 2015; Wirth, 2020, S. 19) schaffen,

mit dem meine Patientinnen diese und andere Bedrohungen aushalten und eine kreative, nach vorn gerichtete Antwort darauf finden können.

Ich möchte mich dabei Wirth anschließen, der im März 2020 schrieb: Anstatt die Bedrohung zu verleugnen, anstatt an der „Allmächtsphantasie, Prothesengötter zu sein“ (Freud, 1930, S. 15) festzuhalten, bräuchten wir eine Haltung, die das Bewusstsein unserer Verletzbarkeit, mit der die Coronapandemie uns unwiderruflich konfrontiert, nicht ausblende, sondern „in den Mittelpunkt rückt (...) Wir kommen dann am besten durch die Krise, wenn wir Fürsorge und Mitgefühl entwickeln

Bei allem Leid und aller Angst könnte aus der Bedrohung durch die Pandemie etwas Gutes erwachsen – das zu denken, implizit zu vermitteln oder zu sagen, braucht eine mutige, nach vorn gerichtete, im weitesten Sinne des Wortes analytische Haltung.

und das Zusammenleben auf allen gesellschaftlichen Ebenen mehr durch die Fähigkeit zur Besorgnis als durch Konkurrenz, mehr durch Vertrauen als durch Misstrauen und Feindseligkeit geprägt ist.“ (Wirth, 2020, S. 24). Die Bewältigung der Pandemie könnte so zur Blaupause werden für die Abwendung einer sehr viel größeren Gefahr: der Zerstörung unserer Lebensgrundlagen durch unseren Lebensstil. Bei allem Leid und aller Angst könnte aus der Bedrohung durch die Pandemie auf diese Weise etwas Gutes erwachsen. Das zu denken, implizit zu vermitteln oder zu sagen, braucht aus meiner Sicht eine mutige, nach vorn gerichtete, im weitesten Sinne des Wortes analytische Haltung.

4 Das Konzept des „Epistemischen Vertrauens“ wurde von Peter Fonagy mit seinem Team ab 2015 entwickelt. Für Hans Jürgen Wirth (2000) ist es eine Grundvoraussetzung für die seelische Bewältigung von Krisen und Bedrohungen in der Therapie. „Epistemisch bedeutet Wissen, die Erkenntnis betreffend. Epistemisches Vertrauen bezieht sich also darauf, ob ich einer Person vertraue, dass sie mir Zusammenhänge korrekt erklärt, dass sie die Dinge beim richtigen Namen nennt.“ (ebd., S. 19).

Literatur

- Alvarez, A. (2001). Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und missbrauchten Kindern. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Ermann, M. (2020). Globale Ängste und der Umgang mit gemeinsamer Bedrohung. Forum Psychoanalyse 36 (12), 375–381.
- Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. Journal of Personality Disorders 29 (5), 575–609.
- Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. Wien: Internationaler Verlag.
- Heisterkamp, G. (2004). Enactments: Basale Formen des Verstehens. Zeitschrift Psychoanalyse & Körper 5, 103–130.
- Klein, M. (1935). Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Küchenhoff, J. (2020). Die Arbeit im und am Unheimlichen – Die Coronakrise und die analytische Kur. Forum Psychoanalyse 36, 361–373.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2020). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual (3. unveränderte Auflage). Bern: Hans Huber, Hogrefe.
- Raue, J. (2000). Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen im Spannungsfeld von analytischem Prozess und Heilungsanspruch. Zeitschrift Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Heft 105, 5–21.
- Wirth, H. J. (2020). Onlinevortrag: Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Psyche und Gesellschaft. Überlegungen aus Sicht der psychoanalytischen Sozialpsychologie. Veröffentlicht im Mitgliederrundschreiben der DGPT 3/2020, 15–25.



Heike Krause

Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Schützenplatz 2
38259 Salzgitter
heikraholle1@gmail.com

Heike Krause ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis seit 2003. Ausbildung in integrativer Gestalttherapie am Fritz-Perls-Institut Hückeswagen, Analytische Ausbildung am Winnicott Institut Hannover, Zusatzweiterbildungen in Säuglings-/Kleinkind- und Elterntherapie, Imaginativ-psychodynamischer Traumatherapie für Kinder und Jugendliche (PITT-KID®) und Transference Focused Psychotherapie (TFP, Kernberg).

Die geistige Dimension in der sinnorientierten Psychotherapie

Eric Pfeifer

Zusammenfassung: Existenzanalyse und Logotherapie (EALT) als sinnorientierte Psychotherapie wurde von Viktor E. Frankl begründet. Sie gilt als Dritte Wiener Richtung der Psychotherapie nach Freuds Psychoanalyse und Adlers Individualpsychologie. Das von Frankl innerhalb der EALT beschriebene Menschenbild bezieht neben der physischen und psychischen auch die geistige (noetische) Dimension mit ein. Dieser Beitrag erläutert grundlegende Aspekte der geistigen Dimension menschlichen Daseins und beleuchtet diese unter Berücksichtigung des logotherapeutischen Modells der Sinnverwirklichung. Vor dem Hintergrund eines im klinischen Kontext angesiedelten Fallbeispiels mit einer jugendlichen Patientin werden geistige Dimension bzw. Person als Therapeutikum und Co-Therapeutin in der Psychotherapie erhell.

Einleitung

Viktor Emil Frankl (1905–1997), Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie (EALT), war Universitätsprofessor, Psychiater und Neurologe. Er veröffentlichte 39 Bücher, die bisher in 43 Sprachen erschienen sind, und wurde mit 29 Ehrendoktoraten ausgezeichnet. In der Zeit zwischen 1942 und 1945 überlebte er vier Konzentrationslager (Theresienstadt, Auschwitz, Kaufering, Türkheim). Sein wohl bekanntestes Werk, „... trotzdem Ja zum Leben sagen“ (Frankl, 2005), bietet tiefgreifende und berührende Einblicke in diese Zeit. Diese schicksalhaften Erfahrungen – u. a. entging Frankl dem Tod mehrfach nur knapp, seine erste Frau verstarb kurz nach der Befreiung aus dem KZ Bergen-Belsen an den Folgen, sein Vater verstarb in Theresienstadt, seine Mutter und sein Bruder wurden im KZ Auschwitz ermordet – waren prägend für sein weiteres Schaffen. Die von Frankl entwickelte und seinen Theorien zugrundeliegende Anthropologie ist eine zutiefst humanistische. Er skizzierte ein Menschenbild, das im Besonderen die menschliche Freiheit des Willens, die menschliche Würde sowie den menschlichen Willen zum Sinn, zu einem Sinn im Leben betont. Wenngleich Frankl selbst die „Ärztliche Seelsorge“ (Frankl, 2011b)¹ als sein wissenschaftliches Hauptwerk verstand, entwickelte sich „... trotzdem Ja zum Leben sagen“ zu einem weltweiten Bestseller. Die Library of Congress in Washington zählt dieses Werk zu den zehn einflussreichsten Büchern in Amerika, die je verfasst wurden (Frankl, 1995).

Frankl pflegte bereits in jungen Jahren Korrespondenzen mit Freud und Adler, wurde von beiden anfänglich gefördert und entscheidend beeinflusst. Später distanzierte er sich zunehmend von deren Ansichten, zollte seinen Kollegen jedoch

ein Leben lang Respekt für deren Schaffen, das Frankl auch als Grundlage für sein eigenes Werk anerkannte (Klingberg, 2001). Als Schlagwörter der Freudschen Psychoanalyse, der Adlerschen Individualpsychologie und der Franklschen EALT können folgende Begriffe (Lukas, 2014) dienen: Wille zur Lust (Triebbefriedigung; Psychoanalyse Freuds), Wille zur Macht (Überwindung der Minderwertigkeitsgefühle; Individualpsychologie Adlers), Wille zum Sinn (Sinnverwirklichung im Leben; EALT Frankls). Frankl (2015a) war der Überzeugung, dass jedem Streben nach Macht oder Lustbefriedigung ein menschliches Streben nach Sinn vorausgeht. Sinn gilt, nach Frankl, als die primäre Motivation im Leben des Menschen.

Der EALT liegt eine reichhaltige Anthropologie zugrunde. Die drei Dimensionen des Somatischen, des Psychischen und des Geistigen bedingen für Frankl (2018a) wesentlich das

— Die dyadische Beziehung menschlichen Daseins zwischen Psyche/Seele und Physis/Soma erhält nach Frankl eine Erweiterung um die Komponente Nous/Geist zu einer triadischen Struktur. —

menschliche Dasein. Die dyadische Beziehung menschlichen Daseins zwischen Psyche/Seele und Physis/Soma erfuhr auf diesem Wege eine Erweiterung um die Komponente Nous/Geist zu einer triadischen Struktur. Verstand Frankl die Existenzanalyse als eine seinen Ansatz fundierende Anthropologie (Frankl, 2015a), anthropologische Forschungsrichtung (Mori, 2020) oder Philosophie (Pattakos & Dundon, 2017), so handelt es sich bei der Logotherapie um eine darauf aufbauende praktische Anwendung, oder besser, angewandte Psy-

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

chotherapie (Frankl, 2015a; Längle, 2014). Logotherapie ist appellative Psychotherapie. Sie appelliert an den Sinnwillen des Menschen (Frankl, 2008a) – sie ist am Sinn orientierte und den Menschen am Sinn re-orientierende Psychotherapie (Frankl, 2008d). So verdeutlicht die Bezeichnung Logotherapie, dass es diesem Verfahren einerseits um Sinn, andererseits um die geistige/noetische Person geht. *Logos* bedeutet in diesem Zusammenhang sowohl Geist als auch Sinn (Frankl, 2011b).

Die dimensionale Anthropologie der EALT – Körper, Seele, Geist

„Soll aber die Krankheit in diesem Sinn transparent werden, so müssen wir die rein psychiatrische Ebene transzendieren; wir müssen immer damit rechnen, dass die wahre Pathologie, der Logos des Pathos, der Sinn des Leidens, nicht in derselben Dimension anzutreffen ist wie die Symptomatologie.“ (Frankl, 2018b, S. 58). Aus diesem Zitat geht deutlich hervor, was Frankl mit seinem Entwurf einer dimensional Anthropologie oder Dimensionalontologie (Frankl, 2018b) zu bewerkstelligen versuchte. Menschliche Existenz auf somatische

— Mag sich das Geistige auch einer wissenschaftlichen Messbarkeit entziehen, die geistige Dimension oder Person entzieht sich keineswegs der Narration, des verbalen und nonverbalen Ein- und Ausdrucks.

und psychische Phänomene hinabzuprojizieren hieße, den Menschen unter dem Blickwinkel eines Reduktionismus zu sehen. Menschliches Sein in all seiner Vielseitigkeit und Fülle anzuerkennen, bedeutet demgegenüber, den Menschen auch in seiner geistigen Dimension wahrzunehmen und zu achten. Im Neben- und Miteinander der drei Dimensionen Psyche, Körper und Geist nimmt Letztere eine höhere Stellung ein. Die noetische Ebene ist die spezifisch humane. Sie macht den Menschen zum Menschen.

In dieser geistigen Dimension bildet sich zugleich die Unbedingtheit menschlichen Seins ab. Sie befähigt den Menschen, Stellung zu beziehen gegenüber der sich in Psyche und Leib manifestierenden Symptome und Leiden. Das bedeutet für Frankl (2011b), dass der Mensch vom Geistigen her stets und bis zu seinem letzten Atemzug frei und gestaltungsfähig ist (Frankl, 2011b). Der Mensch entscheidet, wie er sich gegenüber dem jeweiligen Schicksal, den biologischen, psychologischen und soziologischen Bedingtheiten einstellt (Frankl, 2008d). Frankl führte an dieser Stelle einen neuen Begriff ein: die *Trotzmacht des Geistes* (Frankl, 2008d). Er verwies damit auf eine weitere wirksame Kraft im Rahmen psychotherapeutischer Prozesse, oder wie Hart und Carey (2014) es formulieren: „a healing power that may spring into action during difficult times characterized by extreme suffering“ (S. 372).

Zur geistigen Dimension und der geistigen Person im Speziellen

Ein standardmäßiges Fremdwörterbuch definiert den Begriff „Person“ folgendermaßen: „[...] Mensch als individuelles geistiges Wesen, in seiner spezifischen Eigenart als Träger eines einheitlichen, bewussten Ichs [...]“ (Dudenredaktion, 2007b, S. 367). Die Formulierung „individuelles geistiges Wesen“ im Zusammenhang von Mensch und Person lässt durchaus eine gewisse Nähe zu Frankls EALT erkennen. Aus Sicht der EALT ist der Geist Träger der Existenz, der über das bloße Bewusstsein auch in die Ebene des Vorbewussten und des Unbewussten hineinreicht (Frankl, 2018c; Polak, 1949).

Menschliches Sein – in seiner Ganzheitlichkeit – ist leibliches, seelisches und geistiges Sein. Leib und Seele hat der Mensch, Geistiges ist er, so wie er eine Person eben nicht hat, sondern ist. Individuelles Mensch-Sein ist von geistigem Sein getragenes Person-Sein. In der geistigen Dimension bildet sich die Einzigartigkeit und Einmaligkeit des Menschen ab – seine Person. Es ist die geistige Dimension, die einen jeden Menschen durchtönt und so die individuelle Person durch diesen hindurch erklingen lässt.

Nun lässt sich das Geistige empirisch nicht (um)fassen oder messen – sehr wohl messen lassen sich jedoch die (positiven) Auswirkungen (Batthyány & Lukas, 2020). Die EALT, als Psychotherapie vom Geistigen her und auf das

Geistige hin (Frankl, 2011b; Lukas, 2014), ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Einen umfassenden Einblick bietet beispielsweise die Übersichtsarbeit von Thir und Batthyány (2016). Der vorliegende Beitrag fokussiert jedoch vor allem auf die Annahme, das Geistige als etwas Nichtstatisches, stattdessen höchst Bewegliches, als reine Bewegung oder Dynamis zu verstehen (Batthyány & Lukas, 2020). Mag sich das Geistige auch einer wissenschaftlichen Messbarkeit entziehen, die geistige Dimension oder Person entzieht sich keineswegs der Narration, des verbalen und nonverbalen Ein- und Ausdrucks. Geistiges lässt sich von und durch Sprache, Musik (Pfeifer, 2019a, 2019b, 2021), Kunst (Frankl, 2015a), Natur (Frankl, 2006, 2015a; Howell et al., 2013) u. a. berühren, erreichen und mitteilen. Dies ist von zentraler Relevanz. Es bedeutet, dass es im psychotherapeutischen Kontext gut und hilfreich sein kann, auf diese Medien – in ihrer Funktion als (Ver-)Mittler – zurückzugreifen, um an die geistige Dimension bzw. Person zu appellieren. Deutlicher ließe sich vielleicht sagen, Logotherapie appelliert an den Sinnwillen der in der geistigen Dimension beheimateten Person menschlichen Daseins.

In diesem Zusammenhang zeigt sich nun eine weitere grundlegende Sichtweise der EALT, die für eine Psychotherapie mit Menschen und Angehörigen, die schwerwiegend und/oder chronisch erkrankt sind, die unwiderruflichem Leid

ausgesetzt sind, zu einem wichtigen Halt werden kann: Der Geist kann nicht krank sein (Frankl, 2011a), die geistige Person kann nicht erkranken (Batthyány & Lukas, 2020; Längle, 2014), sie ist unzerstörbar (Mori, 2020) und transmorbid (Batthyány & Lukas, 2020). Die Vorstellung von einer Dimension menschlichen Seins, die weder erkranken noch zerstört werden kann, die unter allen noch so tragischen Umständen heil und ganz bleibt, ist häufig eine sehr wirksame, wenn es gelingt, sie betroffenen Menschen zu eröffnen und zugänglich zu machen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass menschliches Sein mehr als psychisches und leibliches Sein ist. Der Mensch ist auch Geistiges. Tatsächlich ist geistiges Sein spezifisch humanes Sein, eigentliches Mensch-Sein. Die noetische Dimension macht den Menschen erst zu einem Menschen. Außerdem kann diese geistige Dimension nicht erkranken. Zugleich ist sie Heimat einer fakultativen Kraft im Modus eines 24/7-Bereitschaftsdienstes: der Trotzmacht des Geistes. Diese befähigt den Menschen, auch höchst leidvollen Situationen noch zu trotzen, ja diese gar in würdevoll- und sinnvolle persönliche Errungenschaften (ver-)wandeln zu können. Man muss sich eben nicht alles von sich selbst gefallen lassen, wie Frankl (2015b) in humorvoller Manier kommentierte.

Die drei Wege der Sinnverwirklichung nach Frankl unter Berücksichtigung anthropologischer Perspektiven

Frankls (2008d) Modell der Wertekategorien oder Wertetrias zufolge existieren drei Wege oder Hauptstraßen (Lukas & Schönfeld, 2016) der Sinnfindung. Es handelt sich hierbei um die schöpferischen, die Erlebnis- und die Einstellungswerte.

Schöpferische Werte folgen dem Prinzip der Aktivität oder Produktivität. Der Mensch ist in seiner physischen Dimension gefragt und verwirklicht Sinn durch Taten, durch ein Werk. Als anthropologisches Symbol dient der *homo faber*, der arbeitende, tätige Mensch (siehe Abbildung). Die den Erlebniswerten zuzuordnenden Prinzipien sind u. a. Rezeptivität, Emotionalität, Kontemplation und Hingabe. Sie beziehen sich primär auf die psychische Dimension menschlichen Daseins. Sinn lässt sich in der liebenden Zuneigung zu einem anderen Menschen, im Erleben von Musik, Kunst und Natur, im Empfinden von Freude, der Wahrnehmung der Welt oder anhand meditativer Erfahrungen finden. Der *homo amans*, der liebende Mensch, steht für diese Werte. Schlussendlich bieten sich dem Menschen auch dann noch Möglichkeiten zur Sinnverwirklichung, wenn dies

über Taten und Erleben nicht mehr gelingen mag. Es können dies beispielsweise Situationen unwiderrufflichen Leids und Leidens sein, Situationen, in denen der Mensch einem tiefgreifenden Schicksal ausgesetzt ist, das sich nicht mehr abwenden lässt. Dann ist es die Art und Weise, wie der betroffene Mensch diesen Schicksalsschlag auf sich nimmt, wie er damit umgeht und sich dazu einstellt, und so über die sogenannten Einstellungswerte noch Sinnmöglichkeiten zu verwirklichen vermag. Die menschliche Fähigkeit, auch solchen Situationen noch einen Sinn abzuringen, spiegelt sich in den Prinzipien der Einstellung und Haltung wider. Das würdevolle Ertragen von Leid und Leiden wird zur heroischen Leistung, zum „*attitudinal heroism*“ (Frankl, 1992, S. 148). Die zuvor bereits erwähnte Trotzmacht des Geistes spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Eine Sinnverwirklichung über die Kategorie der Einstellungswerte bleibt der geistigen Dimension und somit dem *homo patiens*, dem leidenden Menschen, vorbehalten.

Ein Fallbeispiel aus der klinischen Praxis

Als ich Frau M. kennenlerne, ist sie 16 Jahre alt – eigentlich eine Teenagerin, mitten im herausfordernden Übergang zwischen Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter stehend. Vieles an ihr wirkt jedoch ungleich reifer, „härter“, alles andere als jugendlich. Mit großer Wahrscheinlichkeit sind es Spuren eines Lebens, das viel zu früh und intensiv durch tiefgreifende Schicksalsschläge gezeichnet wurde. Vor nicht allzu langer Zeit besuchte sie noch das Gymnasium, war fleißige Schülerin und begeisterte Musikerin, die viel Zeit mit ihrer Violine verbrachte. Dann traten eines Tages plötzlich starke, anfallsartige Beschwerden während des Unterrichts in der Schulklasse in Anwesenheit der Klassenkameradinnen² und

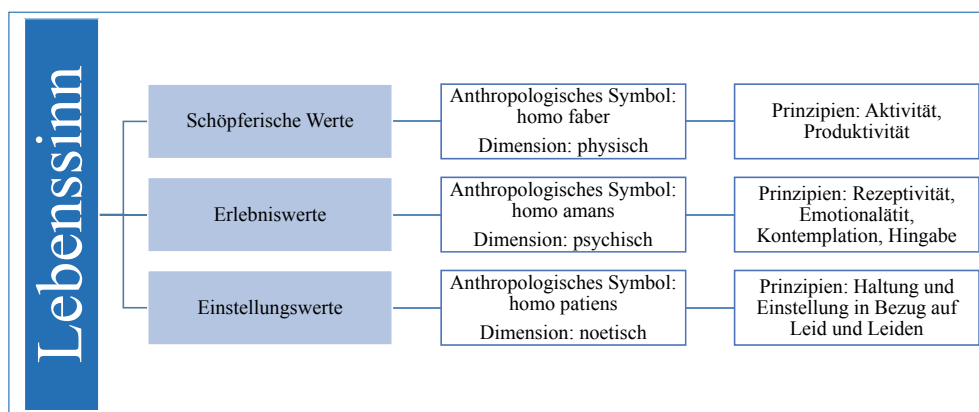


Abbildung: Prinzipien und anthropologische Dimensionalität der Wertetrias nach Viktor E. Frankl (eigene Darstellung)

Lehrerin auf. Erste Untersuchungen im regionalen Krankenhaus führten zu keiner gesicherten oder eindeutigen Diagnose. Diverse Verdachtsdiagnosen wurden geäußert, blieben

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vordeinneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

allerdings vage und bedingten weniger eine Entlastung, denn eine unangenehme, ungewisse provisorische Daseinshaltung (Frankl, 2008b). Immerhin erholte sich Frau M. recht rasch und gut von den Beschwerden und konnte wieder am normalen Alltag und am Schul- und Musikschulunterricht teilnehmen. Es schien fast, als wäre alles beim Alten. Zwecks weiterer Abklärung erfolgte dennoch eine Überweisung in eine auf Neurologie spezialisierte Abteilung der nächstgelegenen Uniklinik. In der folgenden Zeit erlitt Frau M. in rascher Abfolge weitere Anfälle, von denen sie sich nicht mehr vollständig erholte. Parallel dazu kristallisierte sich im Rahmen der klinischen Diagnostik heraus, dass die schubhaften Anfälle Folge einer seltenen neurodegenerativen Erkrankung mit chronisch-progredientem Verlauf sind. Für Frau M. und ihre gesamte Familie brach, im wahrsten Sinne des Wortes, eine Welt zusammen.

Die folgenden Wochen und Monate waren gekennzeichnet durch eine belastende Fülle an weiteren Untersuchungen, Terminen, Fachgesprächen, Zweit-, Dritt-, und Viertmeinungen. Für Familiäres an sich, Trauer, Wut, Angst, überhaupt

— ...vorsichtig hege ich die Hoffnung, ob sich diese geballte noetische Trotzmacht nicht für eine Hinwendung zu etwas Lebensbejahend(er)em gewinnen oder mobilisieren ließe...

Emotionales, „Gesundes“, wie Trost und Geborgenheit, blieb kaum Zeit. Schlussendlich wurde die Diagnose, und damit einhergehend die schlimmste Befürchtung mit der Aufschrift „unheilbar krank“, bestätigt.

Ein mehrwöchiger Reha-Aufenthalt von Frau M. führte zu einem therapeutischen Erstkontakt mit mir. Zu diesem Zeitpunkt sind die motorischen Fähigkeiten von Frau M., bedingt durch das Fortschreiten der Erkrankung, bereits deutlich eingeschränkt. Sie erscheint im Rollstuhl zu den Therapiesitzungen. Einzelne, grob- und feinmotorische Bewegungsabläufe fallen ihr schwer – auch das Sprechen bereitet ihr sichtliche Mühe. Es ist ein kräftezehrendes Ringen um Wort und Tat. Wie ich durch die Eltern und im Verlauf einer Fallbesprechung erfahre, unternahm Frau M. schon mehr als einen Suizidversuch. Die grundlegende Behandlung mittels Pharmakotherapie bezieht auch Psychopharmaka mit ein, u. a. zwecks Suizidprophylaxe und Linderung der depressiven Symptome. So sitzt mir in der ersten Therapieeinheit ein erschreckend dünnes, gebrechliches, in sich zusammengesunkenes Mädchen im Rollstuhl gegenüber, das von sich aus kaum ein Wort spricht, wenig Interesse an mir, der Umwelt oder der Therapie an sich zeigt. Die wenigen Worte, die den Weg über die spröden Lippen finden, sind schwer zu verstehen. In mir regt sich ein Gefühl von Aufgabe, tiefster Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit. Ich fühle mich selbst wie gelähmt, zweifle an meiner Fähigkeit, hier überhaupt Hilfreiches zur Verfügung stellen zu

können. Erschwerend hinzu kommt der zeitlich knapp bemessene Rahmen. Es stehen nur wenige Einheiten zur Verfügung, da die Summe der Therapiestunden in direkter Abhängigkeit zur Dauer des Reha-Aufenthaltes steht.

So ist die erste Einheit anfänglich gekennzeichnet durch lange Phasen des Schweigens, des Inne- und Aushaltens bzw. durch eine respektvolle, stille Anteilnahme und Demut meinerseits, ob der gewaltigen Bürden, die dieser junge Mensch in seinem bisherigen Leben bereits ge- und ertragen hat. Die Stille ist gleichzeitig Ausdruck meines Nichtwissens in Bezug auf in diesem Moment möglicherweise „bessere“ therapeutische Techniken, Methoden, Alternativen oder Vorgehensweisen. Die Stille wird zur therapeutischen Haltung und ist ein Angebot des einfach „nur“ Da- und Mit-Seins im Hier und Jetzt. Erst nach einiger Zeit des gemeinsam schweigenden Seins folgen ein paar Worte seitens Frau M. Auf Basis dieses noch filigranen therapeutischen Fundaments finden wir hinein in noch recht kurz gehaltene Dialoge. Frau M. berichtet nun über das Erlebte und Erfahrene, über das Erlittene und Schmerzvolle der letzten Wochen und Monate. Im weiteren

Gesprächsverlauf gelangen wir nun an einen Punkt, an dem die unternommenen Suizidversuche angesprochen werden. Und plötzlich blitzt etwas auf in Frau Ms Augen. Mit einer ungeahnten Energie, einer Klarheit und Präsenz erzählt sie mir, dass sie sehr

wohl wisse, was ihre Krankheit bedeute, wie die Entwicklung voranschreite, wie sie daran schlussendlich zugrunde gehen werde. Das wolle sie sich ersparen. Sie wolle deshalb, so lange sie dazu noch in der Lage sei, selbst entscheiden, wie, wann und vor allem auf welche – nämlich eine von ihr als besser empfundene – Weise ihr Leben zu Ende gehe.

Im ersten Moment bin ich überrascht. Da sitzt mir eine andere, eine völlig veränderte Frau M. gegenüber: aufgerichtet, bereit zum Kampf, stark. Was für ein Widerstand sich an diesem Punkt gegenüber der Erkrankung, dem unwiderruflichen Leid eröffnet. Während Körper und Seele deutlich belastet, erschöpft und von der Erkrankung gezeichnet sind, regt sich an einer anderen Stelle die Bereitschaft zum Trotz(en). Es meldet sich die geistige Dimension in Form der Trotzmacht des Geistes. Diese Dimension menschlichen Daseins ist nicht bereit, das erlittene Schicksal einfach so hinzunehmen oder gar die Segel zu streichen.

Nun lag es mir von Anfang an fern, die Suizidversuche von Frau M. an sich bzw. in irgendeiner Weise zu kritisieren oder gar zu verurteilen. Im Gegenteil, so wie sie mir gegenüber ihre Beweggründe offenlegt, empfinde ich Verständnis und Achtung im Hinblick auf die Konsequenz, mit der sie nach einem vermeintlich würdevollen Leben oder einem selbstbestimmten Ende eben dieses Lebens, so lange noch halbwegs würdevoll, trachtet. Tatsächlich aber hege ich vorsichtig

die Hoffnung, ob sich diese geballte Kraft, diese noetische Trotzmacht nicht für eine Hinwendung zu etwas dieses Leben trotzdem noch Bejahend(er)em gewinnen oder mobilisieren ließe. Ich denke in diesem Zusammenhang gleichermaßen an die Potenziale der logotherapeutischen Methoden Dereflexion³ und Einstellungsmodulation.⁴

Damit ist etwas Wichtiges gelungen und in dieser Therapie in Bewegung geraten. In den folgenden Einheiten bleiben wir im Gespräch. So manches Thema findet nun den Übergang in die Narration. Anteilnahme, „unbefangene[s] Hineinlauschen“ (Frankl, 2008e, S. 343), Akzeptanz und affektive Rahmung (Ciompi, 2016) sind Faktoren, die meine therapeutische Haltung und den Prozess in dieser Phase wesentlich bedingen und begleiten. Als erstmalig das Stichwort Musik fällt, werde ich hellhörig. Spontan erklärt sich Frau M. einverstanden, gemeinsam einen Blick in eine Mappe mit Songs zu werfen, die ich im Therapieraum stets bereithalte. Sie erkennt sofort einige Stücke wieder. Ich biete an, diese mit Gitarre und Gesang anzustimmen und so wählt Frau M. ein buntes Repertoire aus. Sie fordert mich ganz schön, hört genau hin und erfreut sich herzlich, wenn ein Fehlgriff meinerseits zu einem schauerlich klingenden Akkord führt oder ich mit einer Textzeile daneben liege. Sie beginnt, den Rhythmus mitzuklopfen, die Liedtexte leise mitzusprechen und, vor allem, erst zaghaft und schüchtern, zu lächeln und später befreit zu lachen. Kunst erscheint hier als Ausdruck von Menschlichkeit – sie kann helfen, andere Menschen zu ihrer Menschlichkeit zurückfinden zu lassen (Frankl, 2008c). In diesen Momenten erhalte ich Eindrücke der einzigartigen Person, die Frau M. als Mensch ist. Es ist, als würden die gewählten Songs eine Sichtbarmachung dieser besonderen Person bewirken.

Den Liedern folgen nun immer häufiger kurze Anekdoten aus der Biografie von Frau M. Mit einem Mal sind wir bei ihrer Schwester angelangt. Sie liebt ihre kleine Schwester über alles, hegt in ihrer Rolle als große Schwester Gefühle der Verantwortung dieser gegenüber. Einerseits hadert Frau M. an diesem Punkt ganz besonders mit ihrem Schicksal, für die kleine Schwester nicht mehr da sein zu können, andererseits öffnet sich genau hier eine kleine Tür – fast sogar ein großes Tor – für die geistige Trotzmacht. Im Sinne eines sokratischen Dialoges⁵ erhellt sich zunehmend die Sichtweise, wie schlimm es für die kleine Schwester doch wäre, würde sie sich als liebende und geliebte große Schwester – durch einen Suizid – frühzeitig aus dem Leben der kleinen Schwester reißen. Sie würde dieser quasi die noch verfügbare wertvolle gemeinsame Zeit stehlen. Diese gedankliche Konstruktion verurteilt Frau M. aufs Schärfste als unverantwortlich. Und noch schlimmer: Nicht nur, dass sie ihrer kleinen Schwester bitterlich fehlen würde, sie wäre dieser durch einen etwaigen Suizid auch ein furchtbares Vorbild. Auf meine Frage, was sie damit genau meine, antwortet Frau M., es wäre unverzeihlich, dass ihre Schwester durch ein solches Tun etwa den Eindruck erlangen könnte, tiefgreifende Herausforderungen und Schicksalsschläge seien auf diese Weise zu lösen oder zu umgehen.

Frau M. gelingt eine entscheidende Wendung. Sie macht regelrecht mobil, indem sie alles ihr zur Verfügung stehende mobilisiert. Die geistige Dimension als Unkrankbares sowie die geistige Person als Therapeutikum eilen ihr sprichwörtlich zu Hilfe. Sie appellieren an die liebende und geliebte große Schwester in ihr und tragen zu einer Wandlung bei. Die durch die Trotzmacht des Geistes gegebenen Ressourcen werden nicht länger in den Dienst eines der kleinen Schwester gegenüber nicht zu verantwortenden Suizides gestellt, sondern ganz im Gegenteil einer über sich selbst hinausgehenden, selbsttranszendenten, sich der liebenden Zuwendung verpflichtenden Verantwortlichkeit zugeführt.

Praktisch gesehen, suchen und erarbeiten wir nun zügig – die Zeit eilt – Möglichkeiten, wie Frau M. dieser Zuneigung Ausdruck verleihen kann. Es geht ihr auch um das Bedürfnis, der jüngeren Schwester über den Tod hinaus in liebevoller und vorbildhafter Erinnerung verbleiben zu können. Neuerlich eröffnet die Kunst wertvolle Perspektiven. Den körperlichen und seelischen Einschränkungen und Leiden zum Trotz, beginnt Frau M. zu zeichnen und zu malen – mit einer ungeahnten Intensität und Konsequenz. Sie hält gemeinsame Erlebnisse mit ihrer Schwester und der Familie bildhaft fest. Sie verweigert diese und auch sich selbst im Mit-Sein mit den geliebten und sie liebenden Menschen. Unsere gemeinsame Zeit neigt sich dann dem Ende zu, da sich auch der Abschluss des Reha-Aufenthaltes ankündigt. Eine letzte Aktion beinhaltet noch die Idee, ob zu den entstandenen und noch entstehenden Bildern nicht auch Audioaufnahmen erfolgen könnten. Dies wird mit den Familienangehörigen besprochen und auf konkrete Machbarkeit hin exploriert. Schließlich wäre es doch toll, wenn die kleine Schwester später zu jedem Bild auch die Stimme der großen Schwester hören könnte ...

Passend dazu eine Aussage Frankls (1995): *„Vor allem aber kann die Vergänglichkeit des Daseins dessen Sinn aus dem einfachen Grunde nicht Abbruch tun, weil in der Vergangenheit nichts unwiederbringlich verloren, vielmehr alles unverlierbar geborgen ist. Im Vergangensein ist es also vor der Vergänglichkeit sogar bewahrt und gerettet. Was immer wir getan und geschaffen, was immer wir erlebt und erfahren haben – wir haben es ins Vergangensein hineingerettet, und nichts und niemand kann es jemals wieder aus der Welt schaffen.“* (S. 9)

3 Ziel der Methode der Dereflexion ist es, ein Wegdenken oder ein Nicht-Weiter-Darüber-Nachdenken zu erreichen. Das Kreisen um (negative) Gedanken und Probleme soll durchbrochen werden und eine Hinwendung zu sinnvollen Inhalten erfolgen (Biller & de Lourdes Stiegeler, 2008).

4 Ziel dieser Methode ist eine Veränderung bzw. Verbesserung der Einstellung der Patientinnen zu etwas (Lukas, 2014). Auf Basis der Einsichtnahme in bisherige (problematische, nicht hilfreiche) Einstellungen, sollen Patientinnen darin unterstützt werden, selbst neue, gelingende Grundhaltungen zu entwickeln (Batthyány et al., 2006).

5 Der sokratische Dialog ist eine spezifische Gesprächsmethode der EALT mit „Entdeckungshilfecharakter“ (Batthyány & Lukas, 2020). Durch gezielte Fragen und Gegenfragen sollen Sichtweisen und Glaubenssätze hinterfragt und neue Gestaltungsmöglichkeiten und Freiheiten ent- und aufgedeckt werden. Es handelt sich um eine „Art geistige Hebammenarbeit“ (Batthyány et al., 2006, S. 300) mit der Absicht, Ressourcen der geistigen Dimension ins Bewusstsein zu führen (Lewis, 2016).

Im Ringen und Hadern mit dem eigenen Schicksal findet Frau M. für sich einen Weg, in der geistigen Dimension Ruhendes ins Bewusstsein zu holen. Was anfänglich noch vor-bildhaft, sprich noch nicht visualisierbar, da un- oder vorbewusst ist, gelangt über Narration, Musik und Bild nach und nach ins Bewusstsein und bewirkt eine entscheidende Veränderung der Einstellung. Was im Erkennen der Rolle des Vorbildes an Kraft gewinnt, wandelt sich somit vom Vor-Bildhaften hin zum im Bild Festgehaltenen – es wird zum Fest-Bild, und vor allem zum Nach-Bild für die geliebte Schwester und für die Familie. Es kann nicht mehr rückgängig gemacht werden. Es bleibt für die Ewigkeit. Frau M. rettet Erlebtes und Erliebtes, Geliebtes und Getanes vor der Vergänglichkeit und hinein in die sichere Vergangenheit. Angestoßen durch die Trotzmacht

Therapie und Demut sind zwei Termini, die gut zueinander passen.

des Geistes rettet sich Frau M., allen leidvollen Widerständen zum Trotz, für ihre sie liebenden Mitmenschen in die Ewigkeit hinein.

Diskussion und daraus abgeleitete Anregungen

Therapie und Demut sind zwei Termini, die gut zueinander passen. Etymologisch betrachtet, leitet sich Therapie vom griechischen *therapeía* (Dienen, Dienst, Pflege) und *therápōn* (Diener, Gefährte) ab (Dudenredaktion, 2007a). Die Herkunft des Wortes Demut wiederum beinhaltet Aspekte wie dienende Gesinnung (Dudenredaktion, 2007a), Bescheidenheit und Bereitschaft zum Dienen (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 2018). Patientinnen wissen häufig (unbewusst und unabsichtlich) selbst um Wege aus der Not und um die nötige Richtung, die eine (Psycho)Therapie hierfür einzuschlagen hätte. Entscheidend ist, ob (Psycho)Therapeutinnen ausreichend hellhörig sind, um dies im unvoreingenommenen Hin(ein)lauschen zu erkennen und für den therapeutischen Prozess zugänglich machen zu können (Frankl, 2008d).

Eine von einer empathischen Demut geprägte therapeutische Haltung bedeutet somit, dass gut ausgebildete (Psycho)Therapeutinnen natürlich über fachliches Wissen verfügen sollen, jedoch nicht besser oder immer wissen müssen, was im Moment richtig oder zu tun ist, oder wie sie an der Stelle von Patientinnen handeln oder Situationen bewältigen würden (Tüpker, 2005). Manchmal sind ein Zulassen und Anerkennen des akuten Nichtwissens, ein Abwarten und Innehalten gleichwohl wichtige oder sogar wichtigere Fähigkeiten. Eine vor diesem Hintergrund skizzierte Herleitung von Therapie versteht sich „als der Gesundheit dienlicher Gefährte und Pflgender mit der Bereitschaft zur Demut und einem soli-

den, durch Wissen und Theorien gefestigten Fundament an der Basis“ (Pfeifer, 2018, S. 23). In der EALT ist es außerdem „die Demut vor dem geistig Schöpferischen in der Welt, vor dem Geistigen als einer Welt für sich, deren Wesen und Werte sich eben nicht einfach in die psychologische Ebene psychologisch hinabprojizieren lassen“ (Frankl, 2011b, S. 352), die zusätzlichen Halt bietet und Perspektiven aufzeigen kann.

In der ausgeführten Kasuistik sind sowohl die seelische als auch die leibliche Dimension des Daseins der jugendlichen Patientin tiefgreifend betroffen und belastet. Die Folgen und Auswirkungen der erlittenen chronischen Erkrankung sind schwerwiegend und schreiten im Sinne eines chronischen-progredienten Verlaufes rasch voran. Den durch die Krankheit vermeintlich vorgezeichneten Weg ist die Patientin jedoch nicht bereit zu gehen. Sie sucht nach einem Ausweg und unternimmt mehrere Suizidversuche, die jedoch scheitern. In der ersten ge-

meinsamen Therapieeinheit erlebt der Therapeut die Atmosphäre als äußerst belastend und erdrückend. Er fühlt sich hilf- und hoffnungslos, überfordert und einem Aufgeben nahe. Es ist wie ein Ankommen an der Talsohle, ein Nullpunkt, der sich des eigenen Nichtwissens bewusstwerden lässt. Im Aus- und Innehalten dieses Zustandes, im Anerkennen des Nichtwissens, eröffnet sich allerdings die Möglichkeit für Entscheidendes. Die Situation ist womöglich vergleichbar mit dem einen Schritt zurück, der einem Anlaufnehmen für den folgenden großen Sprung dient. Es gelingt, Schritt für Schritt, die Mobilisierung eines auch unter diesen leidvollen Umständen noch und stets unkrankbaren Verbündeten – es eilen die geistige Dimension und die geistige Person in „Gestalt“ der Trotzmacht des Geistes zu Hilfe. Unter Anwendung logotherapeutischer Techniken, wie der Dereflexion, der Einstellungsmodulation und des sokratischen Dialogs, aktiviert Frau M. wirksame, gesunde Potenziale in der geistigen Dimension und lädt diese sprichwörtlich ins Bewusstsein ein und hoch.

Sind die anfänglich kurz gehaltenen Narrationen erste Weckrufe, so folgen über die Einbindung von Musik und künstlerisch-schöpferisches Tun konkrete Appelle an das Geistige. Sprache, Musik und Bilder werden zum bewusst gemachten Ausdruck von in der noetischen Dimension veranlagten wirksamen Potenzialen und Ressourcen. Die geistige Person wird zum wesentlichen Wegbereiter einer sich verändernden Einstellung – einer Einstellung, die Frau M. in tiefster Weise an ihre vorbildhafte Verantwortlichkeit heranführt, sie in ihrer über sich selbst hinausgehenden liebevollen Hinwendung zu ihrer Schwester anruft, kurz: sie in ihrem Mensch-Sein dazu auffordert und ermächtigt, dem Leben auch unter diesen leidvollen Umständen noch einen Sinn abzurufen.

Demut als (logo-)therapeutische Fähigkeit zur Bescheidenheit, als Grundvoraussetzung und Bereitschaft, sich in den Dienst der Patientinnen, deren Nöte, Bedürfnisse und Hoff-

nungen zu stellen, hieße somit, eine Erweiterung des biopsychosozialen Modells um die geistige Komponente anzuerkennen. Eine solche Sichtweise weiß um die Instanz, die nicht (er)kranken kann, die aber gerade dann „anspringen“ und aktiviert/mobilisiert werden kann – da fakultativ –, wenn sich der Mensch mit unwiderruflichem Leid und Schicksal konfrontiert sieht. Der Gedanke an eine solche stets gesund seiende und unversehrte bleibende menschliche Dimension wirkt für viele im Seelischen und Körperlichen leidgeprüfte Patientinnen bereits heilsam (*Pfeifer, im Druck*). Psychotherapie vor dem Hintergrund logotherapeutischer und existenzanalytischer Theorie bedeutet deshalb auch, Patientinnen darin zu unterstützen, Wege zu suchen und zu finden, wie sie das Geistige als Therapeutikum für ihren individuellen therapeutischen Prozess mobilisieren und bewusstmachen können. Die geistige Person kann so zu einer wirksamen Komponente innerhalb der therapeutischen Beziehung werden – zu einer Co-Therapeutin vom Geistigen her.

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.

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

Biller, K. & de Lourdes Stiegeler, M. (2008). Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl. Sachbegriffe, Metaphern, Fremdwörter. Wien: Böhlau.

Frankl, V. E. (1992). Man's search for meaning. An introduction to logotherapy (4th ed.). Boston: Beacon Press.

Frankl, V. E. (2008b). Das Menschenbild in der Psychotherapie. 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. 287–305). Wien: Böhlau Verlag.

Frankl, V. E. (2008d). 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. (2011b). Letztaufgabe der Ärztlichen Seelsorge 2005. In A. Batthyány, K. Biller & E. Fizzotti (Hrsg.), Viktor E. Frankl. Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Und Vorarbeiten zu einer sinnorientierten Psychotherapie (Gesammelte Werke, Bd. 4, S. 311–551). Wien: Böhlau Verlag.

Frankl, V. E. (2015a). Grundkonzepte der Logotherapie. Wien: Facultas.

Frankl, V. E. (2018b). Die Selbsttranszendenz menschlicher Existenz (Versuch einer dimensional-anthropologischen). In A. Batthyány, J. Vik, K. Biller & E. Fizzotti (Hrsg.), Viktor E. Frankl. Psychotherapie, Psychiatrie und Religion. Über das Grenzgebiet zwischen Seelenheilkunde und Glauben (Gesammelte Werke, Bd. 5, S. 49–61). Wien: Böhlau Verlag.

Pfeifer, E. (2021). Logotherapy, existential analysis, music therapy: Theory and practice of meaning-oriented music therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 72, 101730.

Polak, P. (1949). Frankls Existenzanalyse in ihrer Bedeutung für Anthropologie und Psychotherapie (Sammlung Jurisprudenz – Medizin – Philosophie – Theologie, Bd. 10). Innsbruck und Wien: Tyrolia-Verlag.

Thir, M. & Batthyány, A. (2016). The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. In A. Batthyány (Ed.), *Logotherapy and existential analysis. Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna (Logotherapy and Existential Analysis, Vol. 1, S. 53–74)*. Cham: Springer International Publishing.



Prof. Dr. Eric Pfeifer

Katholische Hochschule Freiburg
Karlstraße 63
79104 Freiburg
eric.pfeifer@kh-freiburg.de

Prof. Dr. Eric Pfeifer ist Professor für Ästhetik und Kommunikation – Schwerpunkt Musik als Medium an der Katholischen Hochschule Freiburg, Psychotherapeut (Fachspezifikum: Systemische Familientherapie; Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und Systemische Studien, ÖAS), Logotherapeut/Existenzanalytiker und Musiktherapeut in eigener Praxis. Seine Forschungsschwerpunkte sind Psychotherapieforschung, (Lebens-)Sinn und Gesundheit, Musik – Gesundheit – Wohlbefinden, Natur in Psychotherapie und Künstlerischer Therapie, Stille.

Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie

Brigitte Schigl

Zusammenfassung: Der Beitrag zeichnet die Rolle von Gender in der Psychotherapie nach und folgt der Chronologie des Behandlungsprozesses von der Wahl der Psychotherapeut_in¹ bis zum Abschluss der Psychotherapie. Dabei werden Abschnitte im Prozess, genderkonnotierte Themen und Dynamiken in den unterschiedlichen Gender-Kombinationen der therapeutischen Dyade mit ihren jeweiligen Vorteilen und Risiken beleuchtet. Hintergrund der Betrachtung ist das sozialkonstruktivistische Modell von Doing Gender. Mittels dieser sozialkonstruktivistischen Folie ist es möglich, die therapeutischen Interaktionen als Herstellung von Weiblichkeiten und Männlichkeiten auf ihre Gendertönung hin in den Blick zu nehmen. Um den Verwerfungen durch Doing Gender im Prozess entgegenzuwirken, sind Gendersensibilität und Genderkompetenz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefordert.

Psychotherapieforschung bemüht sich seit mehr als 100 Jahren, Belege für die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Prozessen zu finden sowie Parameter herauszuarbeiten, die für den Prozessverlauf wesentlich sind. Die Zahl der Studien, die Psychotherapie als wirksame Heilbehandlung ausweisen, ist schier unüberschaubar geworden. In Metaanalysen und -modellen wird versucht, die Faktoren zu beschreiben, die für Gelingen (oder Misslingen) von psychotherapeutischen Behandlungen wesentlich sind: Dabei geht man von sog. Therapeuten- bzw. Patientenfaktoren, methodisch-technischen Parametern sowie allgemeinen und extratherapeutischen Faktoren aus (z. B. Wampold et al., 2019). Welche Rolle das Geschlecht der handelnden Personen hierbei spielt, wurde ab den 1980er-Jahren vermehrt in den Blick genommen, ist aber großteils noch immer unterbelichtet (z. B. Stengler et al., 2011).

In diesem Beitrag wird der Prozess einer Psychotherapie nachgezeichnet und jeweils erläutert, welchen Einfluss Gender in dem jeweiligen Abschnitt des psychotherapeutischen Prozesses nehmen kann. Dazu wird als Hintergrundtheorie das Konzept von Doing Gender (West & Zimmerman, 1987) herangezogen, welches sich aufgrund seines interaktionistischen Fokus gut auf die Psychotherapie anwenden lässt.

Doing Gender als Erklärungsmodell

Sozialkonstruktivistische Ansätze entwickelten sich aus der soziologischen Forschung seit den 1960er-Jahren. Ihre Annahmen sehen den Menschen weniger von Umweltreizen, biologischen Prozessen und Genen abhängig, sondern vielmehr von Sprache, Kultur und Gesellschaft. So geht Doing

Gender davon aus, dass Geschlechtszugehörigkeit nicht (nur) eine statische biologiegegründete Eigenschaft ist, sondern dass wir sie miteinander in unserem Handeln herstellen und durch unser Verhalten sichtbar machen (Gildemeister, 2010). Doing Gender bedeutet ein Zur-Verfügung-Haben von „Repertoires und Schemata des Handelns, der Wahrnehmung und der Bewertung“, die in jedem Verhalten zur Geltung kommen (Westheuser, 2018). Durch geschlechtsspezifische Sozialisation erlernen Menschen, was sich für Frauen bzw. Männer schickt, was von Frauen und Männern in welchen Situationen erwartet wird und wessen es bedarf, um als Frau oder Mann zu gelten. Frauen wie Männer reagieren aufgrund solcher verinnerlichter mentaler Repräsentationen (Moscovici, 2001) mit- und aufeinander mittels sozialisierter Codes und (sub)kultureller Schablonen: Es macht einen Unterschied, sich als Frau mit Frauen, Männern oder uneindeutigen Genderidentitäten zu unterhalten, zusammenzuarbeiten oder eben in einer Psychotherapie zu interagieren. Patient_innen sind wie

¹ Da es im vorliegenden Text sehr explizit um Frauen und Männer in ihrem jeweiligen Doing Gender geht, verlässt dieser Artikel die im Psychotherapeutenjournal übliche, von Ausgabe zu Ausgabe abwechselnde Verwendung der rein weiblichen Form (Ausgaben 2 und 4 eines Jahrgangs) bzw. rein männlichen Form (Ausgaben 1 und 3; siehe hierzu auch den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite) – die durchgehende Verwendung der weiblichen Form, wie regulär für diese Ausgabe vorgesehen, würde das Verständnis des Textes völlig behindern. Sind beide Geschlechter gemeint, wird der sog. Gender Gap verwendet: Psychotherapeut_in bzw. Psychotherapeut_innen, ansonsten das jeweilige Genus, von dem die Rede ist.

Der Beitrag konzentriert sich ferner auf sich als weiblich oder männlich verortende Psychotherapeut_innen (jeglicher sexueller Orientierung). Zu Psychotherapeut_innen mit trans- und Inter-Identitäten liegen noch kaum Erfahrungswerte vor. Queere Geschlechtsidentitäten auf Patient_innenseite bedürfen eigener Expertise. Alle Angaben und Beispiele resultieren aus verdichteten qualitativen und quantitativen Daten – es sind daraus keine Aussagen für jeden Einzelfall ableitbar.

ihre Psychotherapeut_innen „gendered individuals“, die sich je nach Anlass und Gegenüber in unterschiedlichen Aspekten subtil „weiblich“ oder „männlich“ verhalten.

Nicht vergessen werden dürfen dabei weitere sozialstrukturierende Dimensionen von menschlicher Verschiedenartigkeit (Diversity), wie etwa ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung oder Behinderung. Diese Faktoren beeinflussen Gender, können es überdecken oder verstärken – intersektionale Benachteiligungen (Küppers, 2014) sind die Folge. Derartige Benachteiligungskoppelungen, wie etwa weibliches Geschlecht und körperliche Einschränkung, können einander verstärken und potenzieren. Alter moderiert Gender ebenfalls deutlich.

In der Psychotherapie wirkt Doing Gender wie in allen anderen Situationen menschlicher Beziehungen. Psychotherapeut_innen wie ihre Patient_innen stellen miteinander ihre geschlechtlichen Zuordnungen und Zugehörigkeiten auch im therapeutischen Prozess her („Doing“). Dies passiert automatisiert und scheint so selbstverständlich, dass es meist nicht reflektiert wird. Wir bewegen uns im Doing Gender wie der Fisch im Wasser und nur durch Bewusstmachung der Wichtigkeit dieser Komponente können genderbedingte Tönungen oder manchmal auch Verwerfungen reflektiert werden.

Vor Beginn einer Psychotherapie: Psychotherapeut_in bzw. Patient_in werden

Schon vor dem Beginn einer Psychotherapie spielt die Geschlechtszugehörigkeit eine Rolle: Im deutschsprachigen Raum etwa sind zwei Drittel bis drei Viertel aller Psychotherapeut_innen (z. B. bestNET, 2020) sowie ihrer Patient_innen weiblich: Psychotherapie ist ein feminisiertes Berufsfeld. Es entscheiden sich viel mehr Frauen für diesen Beruf, der im weiblich konnotierten Gesundheits- und Pflegebereich angesiedelt ist (Jaeggi, 2020).

Auf Patient_innenseite sind es ebenfalls vermehrt Frauen, die auf diese Art der Behandlung vertrauen – sie haben in ihrer Sozialisation zumeist die Erfahrung gemacht, dass intensive Gespräche in schwierigen Situationen entlasten und weiterhelfen können. Gemäß ihrer Genderstereotypisierung müssen sie nicht alles mit sich selbst ausmachen, während Männer immer noch zum Ignorieren physischer oder psychischer Probleme neigen (Christ & Mitterlehner, 2020). Es bestehen allerdings deutliche schicht- und bildungsspezifische Unterschiede innerhalb eines Gender. Es fällt gut gebildeten jüngeren Männern leichter, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Geschlechtszugehörigkeit bestimmt also schon vor Aufnahme einer Psychotherapie mit, wer sich im

Behandlungszimmer gegenüberstehen wird. Auch Daten der Epidemiologie liefern Hinweise: Frauen und Männer weisen deutliche Unterschiede in den Diagnosen psychischer Störungen, deren Prävalenzen, spezifischen Ausprägungen und Auswirkungen auf (Rohde & Maneros, 2007 oder Kolip & Hurrelmann, 2016).²

Zugang zur Psychotherapie: Überweisung oder eigene Wahl

Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, sich in Psychotherapie zu begeben: Einerseits kann hier der Anstoß dazu von außen erfolgen, etwa durch Haus- oder Fachärzt_innen oder im Rahmen von Reha-Aufenthalten o. ä. Andererseits ist es möglich, sich selbst als behandlungsbedürftig einzuschätzen und sich direkt an eine Psychotherapeut_in zu wenden. Wie schon im ersten Punkt angesprochen, sind es hier häufiger Frauen, die sich auf eigene Entscheidung in Psychotherapie begeben bzw. die angeben, dass ihnen bei der Wahl der Psychotherapeut_in deren Geschlecht wichtig ist (Schigl, 2014), v. a. ältere Männer finden nur selten aus eigenem Antrieb in eine Psychotherapie (Peters, 2012).

Die Medikalisierung von Lebensphasen- oder Ereignissen – und damit die Empfehlung zur Psychotherapie – ist ebenfalls durch Gender moderiert: Umbruchsphasen, die mit der Reproduktion verbunden sind (Beziehungsprobleme, unerfüllter Kinderwunsch, Menopause, ...) werden für Frauen oft als Anstoß genommen, Psychotherapie aufzusuchen (Kolip & Lademann, 2010). Männliche Lebenskrisen werden eher im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit als therapiebedürftig angesehen. Auch in der Beurteilung der Krankheitswertigkeit spielt Gender eine wichtige Rolle: Ein Mann, der weinend am Arbeitsplatz zusammenbricht, oder eine Frau, die tagsüber betrunken über die Straße torkelt, werden eher als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzt, da sie vom Genderstereotyp abweichen (Gelsthorpe, 1993).

Manche Überweiser_innen beziehen sich explizit auf das Geschlecht der Psychotherapeut_in, wenn sie Empfehlungen abgeben. Auch bei der Selbstwahl einer Psychotherapie kann

_____ Geschlechtszugehörigkeit bestimmt schon vor Aufnahme einer Psychotherapie mit, wer sich im Behandlungszimmer gegenüberstehen wird.

das Geschlecht eine Rolle spielen. Einige Patient_innen suchen eine *same-gender* Psychotherapie, weil sie daran die Phantasie knüpfen, besser und tiefer verstanden zu werden,

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.

oder wählen hingegen eine Psychotherapeut_in vom anderen Geschlecht, um die *opposite-gender* Sicht in ihre Therapie einzubeziehen. Morschitzky (2007) beschreibt, dass v. a. Frauen bei Schwierigkeiten mit Sexualität und Partnerschaft, bei Problemen mit Schwangerschaft und Kindern sowie bei sexualisierter Gewalt und Traumatisierung eine Psychotherapeutin bevorzugen. Männliche Patienten könnten bei einem Psychotherapeuten mehr Anforderungen phantasieren und in Folge und deshalb eine Psychotherapeutin bevorzugen, von der sie mehr Einfühlungsvermögen und Akzeptanz erwarten. Das Geschlecht scheint neben der Erreichbarkeit ein wesentlicher Faktor bei der Auswahl einer Psychotherapeut_in zu sein: So fand Birnstein (2015) in seiner Untersuchung, dass Patientinnen zu 87 Prozent eine Psychotherapeutin wählen, ebenso wie die Mehrzahl der Patienten (54 Prozent). Biografische Vorerfahrungen können Annahmen bahnen, welches Geschlecht für die Bearbeitung eines Problems am besten passen würde.

Der Anfang: Erstgespräch, Diagnostik und Zielvereinbarung

In den ersten Sekunden und Minuten eines Kontakts laufen blitzschnell und automatisiert wechselseitige Einordnungsprozesse ab: Patient_in und Psychotherapeut_in versuchen sich im kurzen Moment des ersten Eindrucks zu erfassen und verwenden dazu auch Genderschablonen: Welche Ausformung von Weiblichkeit oder Männlichkeit repräsentiert das Gegenüber, etwa wie mütterlich/väterlich, erotisch attraktiv, wie angenehm als Frau/Mann wirkt sie/er? Derartige Eindrücke können auch auf Psychotherapeut_innenseite in die Diagnostik einfließen, etwa: „Patient weint im Erstgespräch, au-

Alles, was Psychotherapeut_innen aus eigener, eingelebter Gendererfahrung bekannt ist, wird weniger reflektiert und unhinterfragt auch für das Gegenüber angenommen.

ßergewöhnlich bei einem Mann“ oder „Sehr offen-dominant für eine Frau, fester Händedruck ...“.

In der Vergabe von Diagnosen spielen Gendervorstellungen eine maßgebliche Rolle (Schigl, 2007). Frauen erhalten gehäuft Diagnosen, die mit Emotionalität (einem weiblich konnotierten Persönlichkeitszug) verbunden sind, wie affektive Störungen, Ängste oder emotional instabile Persönlichkeitsstörungen. Den (oft sexualisierten) Gewalterfahrungen von Frauen (v. a. im sozialen Nahraum) entsprechen die daraus resultierenden Traumafolgestörungen. Männer hingegen sind öfter von Suchterkrankungen betroffen und tauchen häufiger im forensischen Kontext auf (Merbach & Brähler, 2016). Männliche Psychotherapeuten tendieren dazu, ihre weiblichen Patientinnen eher kritischer zu sehen, was sich auch in der Diagnosevergabe abbildet. Sie stellen bei ihren

weiblichen Patientinnen schwerere Störungen fest, während weibliche Psychotherapeutinnen ihre Patient_innen generell milder als die männlichen Kollegen beurteilen (Rudolf, 2002).

Auch in der Frage nach dem Ziel der Psychotherapie mischen Vorstellungen über Gender mit. Welches Leben jemand für sich als erstrebenswert empfindet, welche Handlungsoptionen sie/er bei sich sieht, wie sich jemand geglücktes Frau- bzw. Mannsein vorstellt, all das wird im Abklären der Ziele und Möglichkeiten der Psychotherapie miteinfließen – wiederum auf beiden Seiten der Behandlungsdyade. Auch, ob eine Patient_in eher nach einsichtsorientierter Reflexion und emotionalem Austausch oder nach möglichst strukturierter Anleitung zum Ändern von Verhalten sucht, wird durch die Genderzugehörigkeit moderiert (British Psychological Society, 2017).

Wichtig kann es sein, im Erstgespräch solche Vorstellungen bei Patient_innen abzufragen. Die Ideen, die sich an die Person (und das Geschlecht) der Psychotherapeut_innen knüpfen, sind ja wichtige Basis der Passung und die Kenntnis darüber hilft bei der Entwicklung einer gedeihlichen therapeutischen Allianz.

Gender-Dynamiken im Prozess

Die Annahmen von Doing Gender lassen es plausibel erscheinen, dass je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade diese jeweils unterschiedlich eingefärbt ist. Kerz-Rühling (1991) extrahiert aus tiefenpsychologischer Sicht in einer diskursiven Analyse psychoanalytischer Falldarstellungen, wie sich die Geschlechtszugehörigkeit auf Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen auswirkt. Generell gilt, dass alles, was Psychotherapeut_innen aus eigener, eingelebter Gendererfahrung bekannt ist, weniger reflektiert und unhinterfragt auch für das Gegenüber angenommen wird. Das heißt, je ähnlicher sich die „social worlds“ von Patient_innen und Psychotherapeut_innen sind, desto weniger werden Themen oder Gefühle von Psychotherapeut_innen hinterfragt, sondern für „selbstverständlich“ genommen.

In der Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess verdichten sich für Psychotherapeut_innen (und ihre Patient_innen) spezifische Dynamiken, die je nach Zusammensetzung recht unterschiedlich ausfallen können (Schigl, 2020). So berichten etwa Psychotherapeutinnen, dass es ihnen zumeist leichtfällt, mit ihren Patientinnen eine gute Arbeitsallianz herzustellen. Die Beziehungen sind oft getragen von Vertrautheits- und Nähegefühlen und schwesterlich-mütterlichen Übertragungstendenzen. Dieser Bonus kann sich allerdings ins Gegenteil verkehren, wenn es darum geht, konkurrierende, aggressive oder Distanz-Gefühle zu äußern. Konfrontationen sind in

dieser Dyade seltener und oft erst nach einiger Zeit möglich. Homoerotische Atmosphären werden von (heterosexuell orientierten) Psychotherapeutinnen kaum berichtet.

Ganz anders der Beziehungsaufbau in der homogen männlichen Dyade: Psychotherapeuten geben hier an, dass es zu Beginn des Prozesses oft ein Ringen darum gibt, wer in der Psychotherapie das Sagen hat. Hier kommen Wünsche nach Nähe oder Gefühle von Sehnsucht oder Scham oft schwer bzw. spät zum Ausdruck. Heterosexuelle Psychotherapeuten tun sich mit homosexuell orientierten Patienten oft schwer. Studien deuten darauf hin, dass solche bei weiblichen oder selbst homosexuell orientierten Psychotherapeut_innen besser aufgehoben sind (*Rauchfleisch, 2019*).

Bei genderheterogenen Dyaden treffen zwei Individuen aufeinander, deren Gendersozialisation unterschiedlich ist und eine gewisse Distanz schafft. Das kann zu Anmutungen von Fremdheit oder einer besonderen Vorsicht führen. In der Kombination von Psychotherapeutin mit Patient berichten Psychotherapeutinnen, dass sie v. a. anfangs den Eindruck haben, auf die Probe gestellt zu werden und sich durchsetzen zu müssen. Besonders schwierig empfinden gerade jüngere Kolleg_innen Kommentare über ihr Äußeres, Flirtversuche und Komplimente, die v. a. ältere männliche Patienten äußern. Man kann dies als einen Versuch interpretieren, die patriarchale Ordnung zumindest etwas wiederherzustellen, wenn schon die Genderrollen (Mann sucht Hilfe bei Frau) in dieser Situation umgekehrt sind. Psychotherapeutinnen tun sich in dieser Kombination aber leichter, ihr Gegenüber zu konfrontieren, und versuchen, auf Wünsche der Patienten nach Struktur und Handlungsanleitungen einzugehen. Die Dyade aus Psychotherapeut und Patientin ist zumeist ebenfalls von einem leichten Beziehungsaufbau gekennzeichnet. Männliche Psychotherapeuten berühren ihre Patient_innen generell öfter, als weibliche Psychotherapeutinnen dies tun (*Arnold et al., 2000*), dabei insbesondere ihre weiblichen Patientinnen. Sie nehmen auch mehr erotische Atmosphären in den Therapieprozessen mit ihren weiblichen Patientinnen wahr. In dieser Konstellation haben wir auch die meisten Belege für sexuelle Übergriffe und Missbrauch (*Becker-Fischer & Fischer, 2008*) – die in den anderen Genderkombinationen (v. a. im heterosexuellen Kontext) noch weitgehend unthematisiert bleiben (*Wolf, 2004*).

Genderthemen im Prozess

Neben diesen Dynamiken gibt es spezielle Themen, an denen sich Genderrepräsentationen verdichten. Es sind dies einerseits leibnahe Fragen, andererseits jene Bereiche, an denen sich gesellschaftliche Spannungen entlang der Genderstereotypisierungen zeigen.

Beispielhaft können etwa genannt werden:

- Körperlichkeit und deren Bewertung: Hier sei auf die unterschiedlichen Schönheitsideale und deren unterschiedliche

Bedeutung in der Sozialisation hingewiesen, wie sie in der Behandlung von Essstörungen, bei zwanghaft exzessiver Sportausübung, Körpermanipulationen wie Schönheitschirurgischen Eingriffen, aber auch in Scham- und Peinlichkeitsgefühlen aufgrund mangelnder Attraktivität zum Tragen kommen.

- Ebenso sind Fragen, die mit Reproduktion verbunden sind, „gender-aufgeladen“: Infertilität und unerfüllter Kinderwunsch bedingt etwa bei Frauen und Männern andere Implikationen – nicht nur in der reproduktionsmedizinischen Behandlung; Verhütung, ungewünschte Schwangerschaft/Vaterschaft, Probleme rund um Geburt, Wochenbett und Stillen sind ebenfalls Erfahrungsräume, die für beide Gender spezifisch sind. Auch die mit Erkrankungen der Geschlechtsorgane wie Karzinomen einhergehenden psychischen Belastungen zeigen sich unterschiedlich.
- Sexualität und Begehren ist ein weiteres Feld, in dem es aufgrund (unhinterfragter) Gendervorstellungen zu Verständigungsproblemen im Prozess kommen kann: Begehren, Treue/Untreue, mangelnde Libido oder Asexualität – sofern sie als problematisch empfunden wird (bei Patient_in oder deren Partner_in), Normvorstellungen von Sexualität und deren Überschreitungen in Paraphilien führen bei weiblichen und männlichen Psychotherapeut_innen zu subtil unterschiedlichen (eigenleiblichen) Resonanzen, jenseits glücklicher empathischer Einfühlung.
- Die Bearbeitung von Problemen in Paarbeziehungen (von hetero- wie homosexuellen Paaren) können ebenfalls Verwerfungen in der therapeutischen Allianz durch genderspezifische Erfahrungen bewirken. Werbung, Eifersucht, Verlassenwerden bzw. sich aus einer Beziehung lösen und besonders das Ausüben oder Erleiden sexualisierter Gewalt sind hier zu nennen.
- Themen, die mit dem Zusammenleben als Paar oder in der Familie zu tun haben, etwa Fragen von Arbeitsteilung bei Kindererziehung, Hausarbeit oder die Vereinbarkeit der Anforderungen von Erwerbsarbeit und Paar/Familienleben.

Tendenziell liegt die Empfehlung nahe, diese Themen in der *same-gender* Dyade zu bearbeiten (*Schigl, 2018*). Denn sie implizieren je nach Sozialisation als Frau/Mann andere Nuancen des Erlebens und evozieren unterschiedliche Atmosphären, Szenen oder leibliche Anmutungen: Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben hier oft unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Geteilte bzw. ähnliche Sozialisation macht Empathie leichter.

Herausfordernde Situationen

Viele Psychotherapeut_innen kennen besonders herausfordernde, oft verunsichernde Situationen im Prozess, die fehleranfällig zu sein scheinen (vgl. *Gahleitner & Schigl, 2019*). In solchen Momenten greifen Patient_innen wie Psychotherapeut_innen vermehrt zu genderstereotypen Reaktionen.

Denn solches gut einsozialisierte Verhalten kann helfen, sich in herausfordernden Situationen zurechtzufinden und dem Gegenüber Signale zu geben. Herausfordernde Situationen sind für Patient_innen oft das Erstgespräch, in denen Genderstereotypen gezeigt werden: Weinen und Klagen oder Fordern und sich schwertun, eigene Bedürftigkeit zu zeigen, wären hier Beispiele. Auch in jenen Situationen im Verlauf der Psychotherapie, in denen die Behandlung selbst und die therapeutische Beziehung konfliktvoll in dem Mittelpunkt rücken, können genderkonnotierte Verhaltensmuster Halt geben: Wenn ein Abbruch der Psychotherapie im Raum steht und um ihre Fortsetzung gerungen wird, wenn Patient_innen Kritik und Ablehnung an Psychotherapeut_innen äußern oder starke Zuneigung und heftige Nähewünsche, kann Doing Gender Halt geben (Schigl, 2018). Psychotherapeutinnen etwa bemühen sich dann um einvernehmliche Lösungen und suchen Fehler bei sich, Psychotherapeuten konfrontieren eher und suchen die Ursachen für die schwierige Situation (auch) in der Diagnose der Patient_in.

Der Abschluss: Therapieergebnisse

Oft wurde untersucht, ob weibliche bzw. männliche Psychotherapeut_innen erfolgreicher behandeln oder ob weibliche bzw. männliche Patient_innen mehr von psychotherapeuti-

Insbesondere in herausfordernden Situationen wie Erstgespräch oder drohendem Therapieabbruch können genderkonnotierte Verhaltensmuster Halt geben.

schen Behandlungen profitieren. Bezüglich des Therapieergebnisses bzw. des Scheiterns von Psychotherapien finden einige Studien, dass Patientinnen eher weniger Abbrüche zu verzeichnen haben und bessere Therapieergebnisse zeigten (Ogrodniczuk & Staats, 2002). Es scheint auch, dass Patientinnen mehr von Gruppentherapien profitieren können. Bohart & Wade (2013) resümieren allerdings, dass kein einheitlicher Befund gegeben werden kann: Die Geschlechtszugehörigkeit der Patient_innen allein lässt keine *generelle* Voraussage für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung zu. Auch dies spricht für Doing Gender – oft zeigen sich erst in Kombination mit dem Geschlecht der Psychotherapeut_innen Unterschiede (Schigl, 2014).

Ähnlich ist es mit der Frage, ob weibliche oder männliche Psychotherapeut_innen erfolgreicher behandeln. Der Vergleich des Outcomes nach diesem binären Muster lässt keine eindeutigen Aussagen zu. Baldwin & Imel (2013) berichten, dass in Metaanalysen keine wesentlichen Zusammenhänge von Outcome und den beobachtbaren Therapeutenvariablen wie Sex/Gender, Alter oder Ethnie gefunden wurden. Die Ergebnisse sind dabei auch uneinheitlich, manche, v. a. ältere Studien, finden Unterschiede, andere neuere nicht. Eine Metanaly-

se über alle Störungsbilder (Bowman et al., 2001), ergibt zwar einen diesbezüglich statistisch signifikanten Unterschied, in dem weibliche Psychotherapeutinnen im Vergleich zu männlichen Psychotherapeuten besser abschneiden. Dieser liegt in seiner Effektstärke allerdings unter der klinischen Bedeutsamkeit. Offenbar ist der Einfluss von Geschlecht generell eher im Prozess als im Outcome zu finden – oder so spezifisch und komplex, dass er durch den einfachen Vergleich nicht fassbar ist.

Entfernt man sich von der generellen Suche nach „Mehr“ oder „Weniger“ im Vergleich von Psychotherapeut_innen oder Patient_innen in einem binären Modell, findet etwa Rudolf (2006) je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade Unterschiede im Erfolg bei unterschiedlichen Störungsbildern und Patientengeschlecht. In einer stationärpsychodynamischen Therapie z. B. besserten sich soziale Ängste bei Patienten deutlicher unter dem Einfluss von Psychotherapeutinnen. Umgekehrt konnte chronisch-regressiven Tendenzen von Patientinnen in der Zusammenarbeit mit männlichen Psychotherapeuten am hilfreichsten begegnet werden. Die RISK-Studie zu Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie extrahierte unterschiedliche Risiken je nach Zusammensetzung der therapeutischen Dyade (Schigl, 2014): So zeigte sich, dass in der Dyade von Psychotherapeut und Patientin die Zahl der mit der therapeutischen Beziehung

Unzufriedenen deutlich höher und das Risiko für Nebenwirkungen signifikant höher war als in den anderen drei Kombinationen.

In derartigen Detailanalysen der Genderkombination kann

sich die Geschlechtszugehörigkeit als maßgebliche Variable zeigen, die aus den Doing-Gender-Dynamiken im Prozess erklärbar ist. Es spricht einiges dafür, dass eine nicht zu genderkonforme Performanz der Psychotherapeut_innen von Vorteil ist: Der Outcome von weiblichen wie männlichen Patient_innen war zumindest in einer Studie von Tokar et al. (2000) umso größer, je weniger traditionell die von den (in dieser Studie nur männlichen untersuchten) Psychotherapeuten in der Psychotherapie vermittelte Einstellung zu Gender ist.

Gendersensibilität und Genderkompetenz

Die oben beschriebenen Dynamiken von Doing Gender werden in psychotherapeutischen Prozessen wirksam. Sie können – unhinterfragt – auch zu Verwerfungen im Prozess führen. Dies kann nicht verhindert werden, da Doing Gender ja Teil unseres Verhaltens miteinander ist. Allerdings hilft es, wenn Psychotherapeut_innen Gendersensibilität besitzen und genderkompetent intervenieren können. Gendersensibilität bedeutet hier, Gender als soziale Kategorie zu verstehen und zu reflektieren, wie Doing Gender auch dem eigenen the-

rapeutischen Handeln innewohnt und es färbt. Dazu sind verschiedene Aspekte notwendig (Gender Kompetenz Zentrum Internet, o. J.):

- Zuerst muss die Bereitschaft vorhanden sein, Gender in seinen verschiedenen Dimensionen überhaupt als relevant für die eigene Arbeit zu erkennen. Dabei ist es wichtig, dass diese Perspektive nicht nur in Bezug auf die Patient_innen eingenommen wird, sondern ebenso, wenn Psychotherapeut_innen sich selbst oder in Supervision reflektieren. Es braucht weiters ein kritisches Hinterfragen des eigenen Therapieverfahrens in Hinblick auf Gendersensibilität – eine Leerstelle in den Mainstream-Publikationen der meisten Schulen.
- Ein weiterer Aspekt dieser Gendersensibilität ist das Wissen um genderkonnotiert unterschiedliche soziale Lebensbedingungen: Lebensrealitäten, v. a. in Hinblick auf Reproduktion, das Gesundheitsverständnis, Gesundheitshandeln und die Vulnerabilität unterscheiden sich bei Frauen und Männern. Der Einfluss der Berufstätigkeit und Familienarbeit auf die Lebensplanung, unterschiedliche Einkommensstruktur, verfügbare materielle und soziale Ressourcen und deren Auswirkungen oder auch die unterschiedliche Betroffenheit von Gewaltformen sind Dimensionen von Gender (Zehetner, 2020).
- Wenn dieses Wissen in therapeutisches Handeln einbezogen werden kann und Psychotherapeut_innen sich selbst ebenfalls als Akteur_innen im gesellschaftlichen Feld verstehen, mündet das in Genderkompetenz. Das Leiden der Patient_innen wird damit auch vor dem Hintergrund ihrer Genderzugehörigkeit betrachtet. So können Psychotherapeut_innen je nach Gender der Patient_in (subtil) unterschiedlich intervenieren – und durchaus auch die Implikationen von Gender im therapeutischen Kontext ansprechen. Dazu gehört etwa, die aktuelle Zusammensetzung in der therapeutischen Dyade und deren phantasierte Schwierigkeiten und Benefits mit Patient_innen zu thematisieren, etwa, wenn genderaufgeladene Themen besprochen werden (s. o.). Genderkompetentes Handeln in der Psychotherapie bedeutet auch, Spannungen, die durch Gender auftreten, zu hinterfragen und bei Patientinnen Interesse zu wecken, ihr Handlungsrepertoire in Hinblick auf Anteile, die traditionell dem jeweils anderen Gender zugeschrieben werden, zu erweitern.

Zur Erreichung dieser Genderkompetenz ist reflektierte Selbsterfahrung in Hinblick auf die eigene Sozialisation als „gendered individual“ in der Psychotherapieausbildung und Fortbildung der Königsweg (und wird leider in den meisten Ausbildungen stark vernachlässigt). Ebenso ist es wichtig, sich selbst und eigene Annahmen in Hinblick auf Gen-

der kritisch zu reflektieren (Checkliste dazu in Schigl, 2018, S. 193 ff.). Dabei helfen genderkompetente Kolleg_innen und Supervisor_innen, die eine Doing-Gender-Perspektive in kollegialen Reflexionen und Fallbesprechungen mitlaufen lassen. So kann die von allen Menschen geteilte Lebensrealität von Doing Gender auch in ihrem Einfluss auf den Prozess der Psychotherapie bewusst gemacht, abgefedert oder sogar nützlich gemacht werden.

Literatur

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

Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (2008). Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie – Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin (neubearbeitete, 3. Aufl.). Heidelberg: Asanger.

Kolip, P. & Hurrelmann, K. (2016). Handbuch Geschlecht und Gesundheit (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Ogrodniczuk, J. & Staats, H. (2002). Psychotherapie und Geschlechterzugehörigkeit. Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48, 270–285.

Rauchfleisch, U. (2019). Sexuelle Identitäten im therapeutischen Prozess: Zur Bedeutung von Orientierungen und Gender. Stuttgart: Kohlhammer.

Rohde, A. & Marneros, A. (Hrsg.) (2007). Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Rudolf, G. (2002). Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit auf die Psychotherapie? Schweizer Charta für Psychotherapie (Hrsg.), Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der Psychotherapie (S. 75–95). Tübingen: Edition Diskord.

Schigl, B. (2018). Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis (2. erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Schigl, B. (2020). Beziehungsweise Blinder Fleck. Gender in Therapie und Beratung. report psychologie, 45 (11–12), 18–25.

Wolf, G. (2004). Sexuelle Übergriffe durch Therapeutinnen an Klientinnen. Verfügbar unter: Bidok Bibliothek <http://bidok.uibk.ac.at/library/wolf-uebergriffe.html> [30.12.2020].

Zehetner, B. (2020). Reparaturprojekt Mann. Erholungsgebiet Frau. Feministische psychosoziale Beratung bei Beziehungskonflikten, Gewalterfahrung, Trennung und im Umgang mit Arbeit, Geld und Körper. Würzburg: Diametric.



Prof. Dr. Brigitte Schigl

Rembrandtstraße 4/11
1020 Wien
brigitte.schigl@aon.at

© KL/A. Reischer

Professorin Doktorin Brigitte Schigl, Msc., ist klinische und Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin (Integrative Therapie) und lehrt in der Ausbildung von Psychotherapeut_innen und Psycholog_innen an der Karl Landsteiner Universität für Gesundheitswissenschaften in Krems. Sie forscht seit 15 Jahren zum Thema Gender und arbeitet in freier Praxis.

Pathologisches Horten als neue Diagnose in der ICD-11: Charakteristika und Behandlung

Anne Katrin Külz

Zusammenfassung: Pathologisches Horten stellt eine häufige und massiv beeinträchtigende psychische Erkrankung dar, die oftmals das gesamte Familiensystem in Mitleidenschaft zieht und nicht selten mit Stigmatisierung der Betroffenen verbunden ist. Das Störungsbild wird in der ICD-11 erstmals als eigenständige Diagnose geführt und ist dort der neuen Kategorie „Zwangsstörungen und verwandte Störungen“ zugeordnet. Zuvor wurde pathologisches Horten als Zwangserkrankung diagnostiziert, obwohl es einige wesentliche Unterschiede zur Zwangssymptomatik aufweist. Die Psychotherapie fokussiert auf vier Hauptproblembereiche: Probleme der Informationsverarbeitung, ungünstige Überzeugungen bzgl. des Aufbewahrens und Aneignens von Dingen, exzessive emotionale Bindung an Besitztümer sowie Vermeidungsstrategien bzgl. des Wegwerfens. Der psychotherapeutische Prozess konzentriert sich in individueller Gewichtung neben Expositionstraining und kognitiven Strategien auf ein Skills-Training für Entscheidungs- und Problemlösefertigkeiten sowie die systematische Ordnung und Kategorisierung von Dingen.

Einleitung

Die Behandlung pathologischen Hortens führte über viele Jahre ein Schattendasein, obwohl das Krankheitsbild mit einer Punktprävalenz von etwa 4,6 % (Müller et al., 2009) zu den häufigeren psychischen Störungen gehört. Betroffene verspüren den unwiderstehlichen Drang, große Mengen an Gegenständen anzusammeln, und vermögen sich anschließend nicht mehr von diesen zu trennen. Nur gelegentlich handelt es sich um wertvolle Besitztümer; viel häufiger werden Gegenstände ohne monetären Wert oder praktischen Nutzen, wie alte Zeitschriften, persönliche Notizbücher und Verpackungsmaterialien oder abgetragene Kleidungsstücke, gehortet. Die Erkrankung ist mit immensen Einschränkungen der Lebensqualität bei Betroffenen und Haushaltsmitgliedern verbunden.

Diagnose

In der ICD-10 musste pathologisches Horten unter der Diagnose Zwangsstörung kodiert werden, auch wenn sich das Krankheitsbild in einigen relevanten Punkten deutlich von der Zwangserkrankung im engeren Sinne unterscheidet. In der ICD-11 wird nun das pathologische Horten erstmalig als eigenständige Diagnose aufgeführt (WHO, 2018)¹ und ist dort voraussichtlich in der Kategorie der „Zwangsstörungen und verwandten Störungen“ unter der Ziffer 6B24 zu finden.

Dieser Kategorie sind außerdem die Zwangsstörung im engeren Sinne, die körperdysmorphe Störung, die olfaktorische

Referenzstörung (eine Erkrankung, bei der die Betroffenen befürchten, einen unangenehmen oder starken Körpergeruch zu verströmen, der faktisch jedoch nicht wahrnehmbar ist), die Hypochondrie, körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen (etwa Trichotillomanie, Nägelkaugen oder Dermatillomanie), substanzinduzierte Zwangsstörungen und sekundäre oder anders spezifizierte bzw. unspezifizierte Zwangsstörungen und verwandte Störungen zugeordnet.

Diagnosekriterien

Tabelle 1 zeigt die Kriterien nach der ICD-11. Da bislang für die ICD-11 nur die englischsprachigen Kriterien verfügbar sind, kann der finale Wortlaut leicht abweichen.

Dabei wird unterschieden zwischen pathologischem Horten mit **guter Einsicht** (6B24.0) und pathologischem Horten mit **geringer oder fehlender Einsicht** (6B24.1). Bei erster Kategorie muss die Betroffene² in der Lage sein, zu erkennen, dass ihre krankheitsbezogenen Überzeugungen (etwa, dass die Aufbewahrung aller Zeitungen unabdingbar sei, um größere Informationsdefizite zu vermeiden) möglicherweise überzogen sind. Sie ist in der Lage, eine alternative Sichtweise als wahr zu akzeptieren, wenngleich ihr diese Fähigkeit

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

2 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vordeinneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Pathologisches Horten nach ICD-11 (6B24):

- Anhäufung von Besitztümern durch übermäßigen Erwerb oder Schwierigkeiten, sich von Besitztümern zu trennen, unabhängig von deren tatsächlichem Wert.
- Übermäßiger Erwerb ist gekennzeichnet durch wiederholte Impulse oder Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Kauf oder Sammeln von Dingen.
- Die Schwierigkeit, sich von Besitztümern zu trennen, ist gekennzeichnet durch die wahrgenommene Notwendigkeit, Gegenstände zu behalten, und durch mit der Entsorgung verbundene Belastungsgefühle.
- Die Anhäufung von Besitztümern führt zu einer Beeinträchtigung von Nutzung und Sicherheit der eigenen Lebens- und Wohnräume.
- Die Symptome führen zu einer erheblichen Belastung oder Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Tabelle 1: Diagnosekriterien nach ICD-11

in bestimmten Situationen – wie etwa unter starker Angst – auch fehlen mag. Bei der zweiten Kategorie ist die Betroffene die meiste Zeit oder durchgehend überzeugt davon, dass ihre krankheitsbezogenen Überzeugungen wahr sind, und kann keine alternativen Erklärungen akzeptieren. Hierbei lässt sich auch keine Schwankung der Einsicht in Abhängigkeit von der aktuellen Befindlichkeit erkennen.

Allerdings sollte genau eruiert werden, ob es sich bei unangemessenen Annahmen nicht etwa um Defensivmechanismen handelt, die vor Überforderung durch unrealistische Erwartungen von außen (z. B. großflächige Entrümplungsaktionen) schützen sollen oder auf motivationale Schwierigkeiten aufgrund einer hohen Funktionalität der Symptomatik zurückzuführen sind. So wiesen in einer Feldstudie an Patientinnen mit pathologischem Horten bei genauerer Exploration nur 3 % der Befragten keine Einsicht oder wahnhaftige Überzeugungen bzgl. des Hortverhaltens auf (Steketee & Frost, 2014).

Laut DSM-5 (300.3) zeichnet sich pathologisches Horten durch anhaltende Schwierigkeiten aus, persönliche Gegenstände unabhängig von deren tatsächlichem Wert fortzugeben oder wegzuworfen. Auch hier findet eine Differenzierung nach dem Grad der Einsicht statt. In Tabelle 2 sind die entsprechenden Kriterien nach DSM-5 im Einzelnen aufgelistet.

Organische Ursachen sind differenzialdiagnostisch insbesondere bei pathologischem Horten von großer Bedeutung. Ein organischer Hintergrund sollte besonders dann in Erwägung gezogen werden, wenn die Symptomatik mit neu auftretenden neuropsychologischen Dysfunktionen verbunden ist und die Erstmanifestation in fortgeschrittenem Alter auftritt.

Eine Subgruppe des pathologischen Hortens im DSM-5 stellt das „**Animal-Hoarding**“ dar. Hierbei wird eine große Zahl von lebenden Tieren auf engem Raum untergebracht, sodass die

Pathologisches Horten: Diagnostische Kriterien

- A. Anhaltende Schwierigkeit, Gegenstände wegzuworfen oder sich von ihnen zu trennen, unabhängig von deren tatsächlichem Wert.
- B. Diese Schwierigkeit ist zurückzuführen auf das empfundene Bedürfnis, die Gegenstände aufheben zu müssen, und auf ein mit dem Wegwerfen verbundenes Unbehagen.
- C. Die Schwierigkeit, Gegenstände auszusondern, führt zu einer Anhäufung von Dingen, die aktive Wohnbereiche überfüllen und vermüllen und deren eigentliche, zweckmäßige Nutzung erheblich beeinträchtigen. Falls einzelne Wohnbereiche in ordentlichem Zustand sind, ist dies meist auf das Einwirken Dritter (z. B. Familienmitglieder, Reinigungskräfte, Autoritäten) zurückzuführen.
- D. Das Horten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (inklusive der Aufrechterhaltung eines für sich und andere sicheren Umfelds).
- E. Das Horten ist nicht auf eine andere medizinische Erkrankung zurückzuführen (z. B. Gehirnverletzungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Prader-Willi-Syndrom).
- F. Das Horten kann nicht besser durch die Symptome einer anderen psychischen Erkrankung erklärt werden (z. B. Zwangsgedanken im Rahmen einer Zwangsstörung, verminderter Antrieb einer Major Depression, Wahnvorstellungen einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung, kognitive Defizite einer neurokognitiven Störung, eingeschränkte Interessen einer Autismus-Spektrum-Störung).

Bestimme, ob:

Mit Exzessiver Beschaffung: falls die Schwierigkeit, Gegenstände wegzuworfen, mit exzessivem Beschaffen von Dingen einhergeht, die nicht gebraucht werden oder für die kein Platz vorhanden ist.

Bestimme, ob:

Mit Guter oder Angemessener Einsicht: Die Person erkennt, dass die mit dem Horten verbundenen Überzeugungen und Verhaltensweisen (in Bezug auf die Schwierigkeit, etwas auszusondern, das Vermüllen oder exzessive Beschaffen) problematisch werden.

Mit Wenig Einsicht: Die Person ist größtenteils davon überzeugt, dass die mit dem Horten verbundenen Überzeugungen und Verhaltensweisen (in Bezug auf die Schwierigkeit, etwas wegzuworfen, das Vermüllen oder exzessive Beschaffen) trotz Gegenbeweisen nicht problematisch sind.

Mit Fehlender Einsicht/wahnhaften Überzeugungen: Die Person ist vollkommen davon überzeugt, dass die mit dem Horten verbundenen Überzeugungen und Verhaltensweisen (in Bezug auf die Schwierigkeit etwas wegzuworfen, das Vermüllen oder exzessive Beschaffen) trotz Gegenbeweisen nicht problematisch sind.

Tabelle 2: Diagnosekriterien nach DSM-5

Besitzerin nicht mehr in der Lage ist, Minimalstandards bzgl. Hygiene oder Versorgung mit Nahrungsmitteln einzuhalten. Paradoxerweise meinen die Betroffenen oftmals, die Lebewesen vor schädlichen Einflüssen anderer Menschen bewahren oder aus unwirtlichen Lebensbedingungen retten zu müssen.

Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs

Aufgrund des unfreiwilligen und hartnäckigen Charakters wurde das pathologische Horten in der Forschung lange Zeit als eine Unterform der Zwangsstörung im klassischen Sinne aufgefasst und daher auch als „compulsive hoarding“ bezeichnet; im Deutschen sprach man entsprechend von „zwanghaftem Horten“ oder auch „zwanghaftem Sammeln und Horten“. Auch in den am meisten verbreiteten Inventaren zur Diagnostik der Zwangsstörung, der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) und dem Obsessive-Compulsive-Inventory (OCI-R; Gönner et al., 2009), wird pathologisches Horten als Teilaspekt einer Zwangssymptomatik im engeren Sinne erfasst.

Tatsächlich lassen sich auf den ersten Blick einige Überschneidungen mit der Zwangserkrankung ausmachen: Die meisten Betroffenen leiden bei dem Versuch, sich von ihren Besitztümern zu trennen, unter negativen Gefühlen wie Angst, Wut, Schuld oder allgemeiner Anspannung, die stark an das Erleben von Menschen mit Zwangserkrankungen unter Verzicht auf Zwangsrituale erinnern. Anders als bei Zwangsritualen ist das Ansammeln von Objekten jedoch häufig mit positiven Empfindungen verbunden, wie sie eher bei Impulskontrollstörungen (etwa Trichotillomanie) zu finden sind. Viele Betroffene berichten von euphorisierenden Effekten des Erwerbs

— Anders als bei Zwangsritualen ist das pathologische Horten von Objekten häufig mit positiven Empfindungen verbunden, wie sie eher bei Impulskontrollstörungen zu finden sind. —

neuer Besitztümer und beziehen aus dem Besitz ihrer Gegenstände Empfindungen von Geborgenheit, Sicherheit und Kohärenzerleben (vgl. *Külz & Voderholzer, 2018*). Auch auf das Horten bezogene Kognitionen unterscheiden sich deutlich von klassischen Zwangsgedanken, da sie als weniger intrusiv empfunden werden und stärker mit Trauer oder Ärger assoziiert sind (*Mataix-Cols et al., 2010*). Darüber hinaus tritt pathologisches Horten in 80 % der Fälle auf, ohne dass andere Zwangssymptome in klinisch relevantem Ausmaß vorliegen (*Frost et al., 2011*). Interessanterweise zeigt auch das Komorbiditätsspektrum bei Menschen mit pathologischem Horten deutliche Unterschiede zu demjenigen von Zwangsstörungen (*Schoen et al., 2015*). Beispielsweise leidet mehr als ein Viertel der Menschen mit pathologischem Horten gleichzeitig unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), während bei klassischen Zwangsstörungen nur etwa 3 % der Patienten betroffen sind (*Frost et al., 2011*). Ebenso finden sich hinsichtlich des Musters neurobiologischer Korrelate deutliche Unterschiede zu demjenigen bei anderen Zwangssymptomen (*Fontenelle & Grant, 2014*). Mit der Erkenntnis, dass das Störungsbild eine eigenständige Erkrank-

ung darstellt, setzte sich schließlich der Begriff „pathologisches Horten“ oder auch „Hoarding Disorder“ durch.

Epidemiologie

Für den deutschsprachigen Raum berichteten Müller et al. (2009) anhand einer repräsentativen Stichprobe von 2.307 Personen eine Punktprävalenz von 4,6 % für pathologisches Horten. Demnach wäre etwa jeder 22. Mensch in Deutschland von dem Störungsbild betroffen. Die Erhebung zeigte weiterhin, dass unter der Erkrankung deutlich mehr ältere (6,2 %) als jüngere (2,3 %) Menschen zu leiden scheinen. Außerdem erfüllen etwa doppelt so viele Männer (5,6 %) wie Frauen (2,6 %) die Kriterien.

Einer aktuellen internationalen Metaanalyse von *Postlethwaite et al. (2019)* zufolge sind etwa 2,5 % aller Menschen von pathologischem Horten betroffen. Die Autoren analysierten die Prävalenzraten von elf Studien über insgesamt 53.378 Teilnehmende und kamen zu dem Ergebnis, dass Männer und Frauen etwa gleichermaßen unter dem Störungsbild leiden.

Die ersten Symptome pathologischen Hortens zeigen sich zumeist bereits im Alter von 12–13 Jahren. Die meisten Betroffenen nehmen ab Mitte dreißig in der Regel eine deutliche Alltagsbeeinträchtigung durch die Erkrankung wahr, die sich mit wachsendem Alter noch verstärkt (*Tolin et al., 2010*). Dies erscheint unmittelbar evident, da sich mit zunehmender Lebenszeit durch den exzessiven Erwerb von Gegenständen und die übermäßige Aufbewahrung angesamelter Besitztümer immer massivere Platznöte ergeben. *Cath et al. (2017)* konnten anhand von bevölkerungsbasierten Daten zeigen, dass die Prävalenz pathologischen Hortens mit wachsendem Alter alle fünf Jahre linear um 20 % zunimmt, während Zwangsstörungen über die Lebensspanne eher einen bimodalen Verlauf mit Erkrankungsgipfeln im jungen Erwachsenenalter und im Alter über 65 Jahren aufweisen.

Bei Verwandten ersten Grades ist pathologisches Horten deutlich häufiger zu finden als bei Menschen, die keine „Hoarder“ im unmittelbaren familiären Umfeld haben, so dass man neben sozialen Faktoren auch eine Heritabilität von etwa 50 % annimmt (*Lervolino et al., 2009*).

Komorbiditäten

Menschen mit pathologischem Horten leiden oft unter mehreren Komorbiditäten. Etwa die Hälfte der Patientinnen ist gleichzeitig von einer affektiven Störung betroffen, eine soziale Phobie oder generalisierte Angststörung ist bei jeder dritten Patientin zu finden (*Steketee & Frost, 2014*). Sozio-

phobische Symptomatik wird in diesem Kontext sowohl als auslösender als auch als aufrechterhaltender Faktor diskutiert. So berichten einerseits nicht wenige Betroffenen, ihre Besitztümer als Geborgenheit, Schutz und Sicherheit stiftenden „Schutzwall“ gegen eine wenig verlässliche, teilweise beängstigend wirkende soziale Umwelt zu erleben. Andererseits verstärken soziale Ängste Schamgefühle und damit einhergehende Scheu, externe Unterstützung zur Entrümpelung der Wohnung einzuholen.

Darüber hinaus leiden etwa 29 % aller Patientinnen unter ADHS des unaufmerksamen Typus, 14 % unter ADHS des hyperaktiven Typus (Frost et al., 2011). Sehr häufig treten komorbid Impulskontrollstörungen auf, die sich auf den Erwerb von Gegenständen beziehen, wie Kleptomanie oder pathologisches Kaufen. In einer Untersuchung an 878 Personen mit pathologischem Horten (Steketee & Frost, 2014) erfüllten zwei Drittel der Befragten die Kriterien für pathologisches Kaufen. 85 % berichteten, zumindest eine Neigung zu exzessiver Anschaffung käuflicher und frei erhältlicher Objekte zu besitzen. Nach Auskunft von Angehörigen lag diese Neigung sogar bei 95 % der von pathologischem Horten betroffenen Personen vor. Da der exzessive Erwerb von Besitztümern der Phänomenologie des Störungsbildes jedoch inhärent ist, wird allerdings empfohlen, pathologisches Kaufverhalten nicht als eigenständige Diagnose aufzuführen, wenn die Kriterien pathologischen Hortens bereits erfüllt sind (Steketee & Frost, 2014). Darüber hinaus sind Persönlichkeitsstörungen relativ häufig, wobei die zwanghafte Persönlichkeitsstörung mit 29 % der Betroffenen den größten Stellenwert einnimmt. Etwa jede fünfte Patientin mit zwanghaftem Horten erfüllt gleichzeitig die Diagnose einer Zwangsstörung (Frost et al., 2011).

Differenzialdiagnose

Differenzialdiagnostisch ist eher von einer Zwangserkrankung im engeren Sinne auszugehen, wenn das Horten durch klassische Zwangsgedanken bedingt ist (etwa magische Gedanken, die das Wegwerfen von Gegenständen verhindern), mit intrusiven Gedanken einhergeht (z. B. der Vorstellung, dass schambehaftete Informationen an den Gegenständen haften) oder der Vermeidung starker Zwangshandlungen (z. B. exzessiver Kontrollzwänge beim Wegwerfen) dient. Außerdem ist der Erwerb von Gegenständen bei der Zwangserkrankung in der Regel nicht mit Interesse und positiven Empfindungen verknüpft; auch der Besitz wird eher als unangenehm empfunden, weil die Dinge an sich keine positive Valenz besitzen.

Tabelle 3 stellt (in Anlehnung an Pertusa et al., 2010; modifiziert nach Külz & Voderholzer, 2018) die häufigsten Differenzialdiagnosen und ihre Unterscheidungsmerkmale vor.

Oftmals wird pathologisches Horten auch mit dem „**Messie-Syndrom**“ (von „mess“, engl.: Chaos, Unordnung) gleichgesetzt. Das Syndrom beschreibt jedoch zunächst einmal eine

Erkrankungen und Syndrome	Differenzialdiagnostische Kennzeichen
Demenz, Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns	- Horten geschieht weniger absichtsvoll, ist selten durch emotionale Bindung oder hohen intrinsischen Wert der Besitztümer geprägt - häufiger mit anderen Auffälligkeiten (etwa Verhaltensstereotypien und Hyperphagie) verbunden
Genetische Störungen, z. B. Prader-Willi-Syndrom	Anderere Auffälligkeiten stehen im Vordergrund (z. B. Hamstern von Nahrungsmitteln bei Prader-Willi-Syndrom).
Diogenes-Syndrom („Vermüllungs-Syndrom“)	allgemeine Vernachlässigung des körperlichen Erscheinungsbildes und des Wohnumfeldes sowie starker sozialer Rückzug, geringe Krankheitseinsicht
Schizophrenie	Horten eher als repetitives Verhaltensmuster unter vielen anderen Symptomen wie etwa mangelnde Hygiene und Selbstverwahrlosung (häufiger „Diogenes-Syndrom“, s. o.)
Depression	Horten sekundär als Unfähigkeit, Dinge wegzuerwerfen, resultierend aus schwerer Antriebslosigkeit oder Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen
Bipolare Störung	Anhäufung von Gegenständen als Folge exzessiven Erwerbs im Rahmen manischer Episoden
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	Zwanghaftes Horten ist in der ICD-10 nicht Teil der Diagnose. Im DSM-5 bezieht sich das Horten bei dieser Persönlichkeitsstörung in erster Linie auf Gegenstände, in denen auch die Betroffene keinen hohen Nutzen oder Wert erkennt.

Tabelle 3: Differenzialdiagnose pathologischen Hortens

allgemeine Desorganisiertheit, die sich neben der häuslichen Ordnung auch auf das Einhalten von Terminen, die soziale Einbindung sowie das Umsetzen von Handlungsplänen im Allgemeinen bezieht und der ganz unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen können. „Messies“, bei denen man einen allgemeinen Mangel an Selbstorganisation etwa aufgrund gestörter exekutiver Funktionen findet, neigen beispielsweise seltener unter pathologischem Kaufverhalten als Menschen mit pathologischem Horten. Umgekehrt sind etliche Menschen mit pathologischem Horten in anderen relevanten Lebensbereichen (Arbeit, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung) durchaus gut strukturiert und unbeeinträchtigt.

Störungsmodelle

Das multimodale **kognitiv-behaviorale Modell** des pathologischen Hortens (vgl. Steketee & Frost, 2014, 2014a) stellt in Forschung und Praxis den am meisten verbreiteten Ansatz zur Ätiologie und Behandlung pathologischen Hortens dar und wurde inzwischen durch eine Vielzahl von Studien gut belegt. Demnach sind für das Erkrankungsbild vier Hauptproblemereiche entscheidend: Schwierigkeiten der Informationsverar-

beutung, ungünstige Überzeugungen bzgl. des Erwerbs und Aufbewahrens von Dingen, eine ausgeprägte emotionale Bindung an Besitztümer sowie Vermeidungsstrategien bzgl. des Wegwerfens.

Neben **allgemeinen Vulnerabilitätsfaktoren der Persönlichkeit und Lerngeschichte**, wie belastende Lebensereignisse (beispielsweise frühe Verlusterfahrungen), dysfunktionale Grundüberzeugungen (etwa die Vorstellung, verletzlich und nicht liebenswert zu sein) oder ungünstiges Modellverhalten primärer Bezugspersonen, werden hier **Defizite der Informationsverarbeitung** als wesentlich für die Genese pathologischen Hortens angesehen. So wurde in verschiedenen Studien belegt, dass Menschen mit pathologischem Horten häufig unter leichten Schwierigkeiten bzgl. allgemeiner Problemlösefertigkeiten, der Kategorisierung und Ordnung von Dingen, der Planung und Umsetzung von Handlungen sowie

es beim Erwerb von Gegenständen durch starke positive Emotionen wie Freude, Stolz und Geborgenheit zu positiven Verstärkungsprozessen. Typischerweise widmen Betroffene den angehäuften Besitztümern allerdings nicht viel Zeit und Aufmerksamkeit. Sie erwerben die Gegenstände oft sehr spontan und verstauen sie inmitten anderer gehorteter Dinge, wo sie kaum Beachtung finden und nicht selten nach kurzer Zeit durch Ansammlung weiterer Besitztümer unzugänglich werden.

Auch wenn das kognitiv-behaviorale Modell den mit Abstand am besten überprüften Ansatz darstellt, sollen im Folgenden noch der psychodynamische sowie der neurobiologische Zugangsweg zur Symptomatik des pathologischen Hortens kurz erwähnt werden. Neben der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie wird pathologisches Horten im Rahmen komorbider Störungen auch von der systemischen Therapie und der Humanistischen Psychotherapie behandelt; aussagekräftige Studien hierzu stehen allerdings noch aus.

— Psychodynamische Ansätze rücken bei der Deutung des pathologischen Hortens Fehlentwicklungen in der frühen Besetzung des psychischen Raums zwischen Kind und primären Bezugspersonen ins Zentrum der Störungsgenese.

im Bereich visuell-räumlichen Lernens und des Arbeitsgedächtnisses leiden (vgl. Woody et al., 2014). Diese Vulnerabilitätsfaktoren führen zu **dysfunktionalen Annahmen** über den Wert von Gegenständen, die sich in drei Gruppen gliedern lassen:

1. Die Gegenstände erfüllen einen vermeintlich **wichtigen Zweck**.
Beispiele: „Ich brauche die Gegenstände, um für schwierigere Zeiten gewappnet zu sein.“ „Ohne meine Gegenstände verliere ich die Erinnerung an schöne Momente in meinem Leben.“
2. Die Gegenstände haben einen hohen **emotionalen Wert**.
Beispiele: „Ich empfinde die Gegenstände wie einen Teil von mir selbst.“ „Wenn ich diese Dinge wegwerfe, ist es, als würde ich meinen Vater aufgeben und alles, was er mir bedeutet hat.“
3. Die Gegenstände haben einen besonderen **ästhetischen Wert**.
Beispiele: „Ich empfinde diese Gegenstände aufgrund ihrer Farbe und ihrer glänzenden Oberfläche als besonders wertvoll.“ „Diese Dinge sind so schön anzusehen, dass es achtlos wäre, sie wegzuerwerfen.“

Aufgrund dieser Bedeutungen werden das Wegwerfen oder Verlieren von Gegenständen von intensiven negativen Emotionen wie Traurigkeit, Ärger, Angst oder Schuld begleitet, während das Hoarding-Verhalten durch das Vermeiden dieser aversiven Gefühle negativ verstärkt wird. Umgekehrt kommt

ins Zentrum der Störungsgenese (O'Connor, 2016; Agdari-Moghadam, 2018). Dabei werden neben anal-retentiven Tendenzen des „Behalten-Wollens“ auch orale Impulse als bedeutsam erachtet, die zu einer übermäßigen Ansammlung von Gegenständen führen können. O'Connor (2016) charakterisiert verschiedene Arten pathologischen Hortens, welche die Vielfältigkeit dieses Störungsbildes hinsichtlich Phänomenologie und Ätiologie unterstreichen. Demnach türmen beispielsweise einige Betroffene die Gegenstände wie einen Schutzwall um die eigene Person auf, um für einen befürchteten Konflikt mit einer als potenziell bedrohlich erlebten Umwelt gewappnet zu sein. Andere versuchen, mit den gehorteten Gegenständen die Zeit einzufrieren und letztlich ein Bollwerk gegen die Fragilität des Daseins zu schaffen. Nicht selten hat das Horten gemäß Connor beispielsweise auch eine kompensatorische Funktion, der hauptsächlich regressive Prozesse zugrunde liegen. Hierbei vermitteln die gehorteten Besitztümer ein Gefühl des Haltens und Gehalten-Werdens und dienen in erster Linie als Übergangsobjekte. Als ursächlich werden Defizite in der Ausbildung stabiler internalisierter Objekte vermutet.

Neurobiologische und neuropsychologische Ansätze rücken spezielle neurobiologische Charakteristika und neurokognitive Dysfunktionen in den Fokus der Störungsgenese und vertiefen damit primär einen Teilaspekt des kognitiv-behavioralen Modells. So wurde etwa ein höheres Volumen grauer Substanz im Bereich des orbitofrontalen Cortex im Vergleich zu gesunden Personen und Menschen mit Zwangserkrankung gefunden (Yamada et al., 2018). Im

Rahmen einer Untersuchung mit funktioneller Bildgebung wurden außerdem Dysfunktionen im Bereich des cingulär-opercularen Netzwerkes erfasst (Stevens et al., 2020). Grisham und Baldwin (2015) weisen darauf hin, dass insbesondere Wechselwirkungen zwischen Defiziten einzelner Funktionsbereiche wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen sowie zwischen subjektiven Beeinträchtigungen (z. B. verringertes Vertrauen in das eigene Langzeitgedächtnis) und objektiven Leistungseinbußen von Bedeutung sein dürften.

Diagnostik

Für viele Menschen mit pathologischem Horten ist die Symptomatik sehr scham- und schuldbehaftet. Dennoch sollte man sich nicht scheuen, die Patientinnen neben der Anwendung gebräuchlicher Inventare (s. u.) auch zur Dokumentation der Wohnsituation per Smartphone sowie zu einem Hausbesuch zu ermutigen, da aus der Lage vor Ort wichtige Informationen über Schwere und Art der Symptomatik, mögliche Sicherheitsrisiken (etwa große Mengen leicht brennbaren Materials, versperrte Fluchtwege) und die notwendigen Interventionen zu gewinnen sind. Außerdem hat es sich als aufschlussreich erwiesen, wenn die Patientin eine Kiste mit einigen typischen Besitztümern mitbringt und die genauen Gedanken und Gefühle zu den Gegenständen gemeinsam exploriert werden.

Für einen ersten systematischen Überblick eignet sich die **Hoarding Rating Scale (HRS)** (Tolin et al., 2010a) als halbstrukturiertes Kurzinterview mit nur fünf Items.

Gut bewährt in Praxis und Forschung hat sich außerdem der **Fragebogen zum zwanghaften Horten (FZH)** (Müller et al., 2009a). Dabei handelt es sich um eine reliable, modifizierte deutsche Version des Saving Inventory – Revised (Frost et al., 2004), der anhand von 19 Items drei Faktoren erfasst: (1) Unordnung, (2) Schwierigkeiten, etwas wegzuworfen, und (3) Erwerb. Insbesondere auch zur Differenzierung zwischen zwanghaftem Horten und Sammeln ohne pathologischen Stellenwert ist der Fragebogen gut geeignet.

Eine anschauliche Skala stellt die **Clutter Image Scale** (Frost et al., 2008) dar, die kostenfrei von der Homepage „Treatments That Work“ unter der Kategorie „forms and worksheets“ aus der Materialiensammlung des Gruppenprogramms heruntergeladen werden kann.³ Dabei handelt es sich um eine Bilderfolge mit jeweils neun Fotografien für die Bereiche Wohnzimmer, Schlafzimmer und Küche, die nach verschiedenen Graden der Unordnung abgestuft sind. Psychotherapeutin und Patientin können so das Foto bestimmen, welches der häuslichen Situation der Patientin am ehesten entspricht und den Therapieerfolg mithilfe von Handyfotos oder Hausbesuchen im Prozess dokumentieren. Ein Wert von 6 oder mehr Punkten stellt jeweils einen Hinweis auf eine schwere Symptomatik dar, wobei Patientin und Psychothe-

rapeutin unabhängig voneinander eine Einschätzung vornehmen und anschließend ihre Ergebnisse vergleichen.

Interventionen

Die in früheren Studien zu pathologischem Horten häufig durchgeführte Reizkonfrontationsbehandlung erwies sich im Vergleich zu Patientinnen, die an einer Zwangsstörung im engeren Sinne leiden, als deutlich weniger effektiv und war mit höheren Dropout-Raten verbunden (für eine Übersicht s. Williams & Viscusi, 2016).

Mit dem Behandlungsmanual von Steketee und Frost (2014) ist jedoch ein wirksames Therapiekonzept zum pathologischen Horten verfügbar, welches den Besonderheiten des Störungsbildes Rechnung trägt. Das Therapieprogramm ist auf ca. 26 Sitzungen im Zeitraum von sechs Monaten ausgerichtet und fokussiert auf vier Hauptsäulen der Behandlung, die auf dem kognitiv-behavioralen Modell pathologischen Hortens beruhen (s. auch Külz & Voderholzer, 2018):

1. **Probleme der Informationsverarbeitung** beheben: Planungs- und Organisationstraining sowie Entwicklung eines effizienten Ordnungs- und Aufbewahrungssystems der Besitztümer
2. Exzessive **emotionale Bindung** an Besitztümer modifizieren: Bearbeitung der Ursachen intensiver Bindung an Gegenstände und systematisches Training der Widerstandsfähigkeit gegenüber „Verlockungen“ zur Anschaffung neuer Objekte
3. **Ungünstige Überzeugungen bzgl. des Hortens** verändern: kognitive Umstrukturierung in Bezug auf dysfunktionale Überzeugungen gegenüber den Besitztümern
4. **Vermeidungsstrategien bzgl. des Wegwerfens** reduzieren: graduierte Exposition gegenüber den aversiven Gefühlen bei der Entscheidung zum Wegwerfen von Gegenständen

Da Patientinnen mit pathologischem Horten häufiger motivationale Probleme aufweisen oder ausgeprägte Schamgefühle bzgl. therapeutenbegleiteter Exposition im häuslichen Umfeld haben, wird von den Autoren als ergänzende Option der Einsatz von Techniken zum Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991) vorgeschlagen.

Tabelle 4 zeigt auf der folgenden Seite den Ablauf der Therapie im Überblick (vgl. auch Külz & Voderholzer, 2018).

Da das Entsorgen gehorteter Gegenstände für Betroffene sehr herausfordernd ist, sollten die Schritte 5–8 den Wegwerfexpositionen vorangestellt und auf den individuellen Bedarf der Patientin abgestimmt werden, um die Chance auf Erfolg zu maximieren.

³ www.oup.com/us/ttw

Anfangsphase: 3–5 Stunden

1. Diagnostik: Klinisches Interview, Fragebögen, Gedankenprotokolle
2. Erstellung des individuellen kognitiven Modells und Planung der Behandlung
3. Ziel- und Wertklärung, Elemente des Motivational Interviewing bei motivationalen Schwierigkeiten
4. mindestens ein Hausbesuch und evtl. Angehörigengespräche

Interventionsphase: ca. 20 Stunden

5. Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen bzgl. des Hortens
6. Training von Organisations- und Planungsfertigkeiten
7. Widerstandsübungen bzgl. der Anschaffung von Dingen (z. B. gemeinsames Aufsuchen eines Kaufhauses)
8. Ordnen und Kategorisieren der gehorteten Gegenstände
9. Exposition gegenüber Wegwerfen von Gegenständen

Abschlussphase: ca. 2–3 Stunden

10. Erhebung des Therapieerfolgs
11. Rückfallprophylaxe

Tabelle 4: Ablauf der kognitiven Verhaltenstherapie pathologischen Hortens nach Steketee und Frost (2014, 2014a)

Die Widerstandsübungen gegen den Erwerb neuer Objekte werden oftmals leichter empfunden als die Wegwerfexpositionen und können das Selbstwirksamkeitserleben nachhaltig stärken. Der erste Schritt stellt eine Verhaltensanalyse typischer „Versuchungssituationen“ dar, bei der die vorangehenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren für den Kauf systematisch notiert werden. Da die Entscheidung für oder gegen den Erwerb eines Gegenstandes häufig schnell getroffen wird, erleben Patientinnen Kriterien erleichternd, die automatisierte Reiz-Reaktionsketten durchbrechen und ihnen vor Ort wieder Entscheidungsspielraum zurückgeben. So können sich Betroffene beispielsweise vor dem Kauf fragen, ob sie den Gegenstand nach einer Woche noch immer als unverzichtbar empfinden werden, ob sie der Besitz mit Glück erfüllen wird oder ob sie überhaupt einen geeigneten Platz für den Gegenstand haben (s. *Steketee & Frost, 2014; 2014a*). Nach dem Erstellen einer Expositionshierarchie werden dann zunächst in Begleitung der Psychotherapeutin, später im Selbstmanagement relevante Orte wie Kaufhäuser, Flohmärkte oder auch häufig besuchte Internetseiten mit Absicht zum bewussten Verzicht auf den Erwerb der Ware aufgesucht. Auch die Identifikation und Modifikation typischer dysfunktionaler Denkmuster, etwa durch sokratische Dialoge, Stuhlarbeit oder Pfeil-Abwärts-Technik hat sich bewährt, um den Widerstand gegenüber den Kaufimpulsen zu stärken. Gleichzeitig ist es wichtig, positive alternative Tätigkeiten zu erstellen und systematisch in den Alltag zu integrieren.

Im Rahmen eines Planungs- und Organisationstrainings können beispielsweise Techniken zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit beim Aufräumen, zur sinnvollen Kategorisierung von Gegenständen oder zur systematischen Planung von Handlungseinheiten erlernt werden.

An dieser Stelle hat sich auch eine Hierarchisierung von Gegenständen bewährt, deren Entsorgung den Betroffenen schwerfällt. Vor dem Entsorgungsprozess können auch hier zwei oder drei persönliche Kriterien (das „Wegwerforakel“) für die Entscheidung über den weiteren Verbleib einer Sache gewählt werden – etwa: „Möchte ich diesem Gegenstand wirklich Zeit meines Lebens widmen?“, „Habe ich den Gegenstand innerhalb des letzten Jahres vermisst?“ oder „Gebe ich dem Gegenstand menschliche Eigenschaften, die er gar nicht hat?“.

Nach der Erarbeitung von Kriterien über den Verbleib von Gegenständen einer bestimmten Kategorie kann der systematische Aufräum- und Wegwerfprozess beginnen, wobei es sich bewährt hat, die Wohnung nach bestimmten Abschnitten anzugehen (z. B. zunächst die Couchecke aufzuräumen, dann den Küchenbereich etc.). Für jeden Abschnitt werden Gegenstände einer jeweiligen Kategorie nach den zuvor gemeinsam entwickelten Regeln (z. B. „Prospekte, die älter als einen Monat sind, wegwerfen“) ihrer Bestimmung zugeführt. Am Ende hat es sich bewährt, die angewandten Fragebögen nochmals vorzulegen und gemeinsam Fotos der Wohnung vor und nach der Therapie anzuschauen.

Darüber hinaus hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Psychotherapie durch psychosoziale Angebote wie beispielsweise das Haushaltsorganisationstraining der Caritas, Familienberatung oder Unterstützung durch Selbsthilfegruppen zu ergänzen. Manche Patientinnen können sich auch auf die Beauftragung von professionellen Entrümpelungs- oder Reinigungsfirmen einlassen, wenn sie ein höchstmögliches Maß an Kontrolle behalten und die Mitarbeitenden mithilfe genauer Instruktionen durch den Prozess führen dürfen.

Pharmakotherapeutische Behandlung sollte Betroffenen nur angeboten werden, wenn die Möglichkeiten der Psychotherapie ausgeschöpft sind oder eine komorbide schwere depressive Symptomatik vorliegt (*Külz & Voderholzer, 2018*). Medikamente der ersten Wahl sind hier Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI); bei komorbider ADHS kann ein Behandlungsversuch mit Methylphenidat erfolgen.

Effektivität des Behandlungsprogramms

Bisherige Studien zu dem 26-stündigen Behandlungskonzept nach Steketee und Frost erbrachten Symptomreduktionsraten zwischen 27 % und 39 % (*Steketee & Frost, 2014*). Die Symptomatik wurde von ca. 71 % der jeweiligen Psychotherapeutinnen und 81 % der Betroffenen zu Therapieende als „deutlich“ oder „sehr deutlich“ gebessert eingeschätzt. Diese Einschätzung gaben nach zwölf Monaten immer noch 62 % der Psychotherapeutinnen und 79 % der Patientinnen ab. In letzter Zeit gewinnen auch Gruppentherapieformen an Bedeutung, zu denen ebenfalls ein englischsprachiges Manual verfügbar ist (*Muroff & Underwood, 2014*). Hier erreichten in einer Studie 38 Patientinnen durchschnittliche Symptom-

verbesserungen von 23 % (20 Sitzungen und vier Hausbesuche) sowie 29 % (20 Sitzungen, vier Hausbesuche sowie vier zusätzliche Besuche durch einen persönlichen „Coach“) (Muroff *et al.*, 2012).

In einer Metaanalyse konnten *Tolin et al.* (2015) keinen Effektivitätsunterschied zwischen Gruppenprogrammen und Einzeltherapie ausmachen. Das Autorenteam fand bei insgesamt großen Effektstärken je nach Erhebungsmethode klinisch signifikante Besserungen bei 27 % bis 43 % der Patientinnen, was etwas unterhalb der Besserungsraten bei Zwangserkrankungen liegt. Die besten Erfolge wurden in der Fähigkeit zum Wegwerfen erzielt; die funktionelle Beeinträchtigung im Alltag änderte sich am geringfügigsten. Prädiktoren für ein besseres Ansprechen auf Therapie waren neben weiblichem Geschlecht und jüngerem Alter auch die Anzahl der insgesamt durchgeführten Sitzungen sowie der Hausbesuche. Somit dürfte der Exposition im häuslichen Umfeld ebenso wie bei Zwangsstörungen eine wichtige Rolle in der Behandlung zukommen.

Fazit

Pathologisches Horten stellt eine massiv beeinträchtigende und relativ häufige Erkrankung dar, die einzelne Überschneidungen mit der Zwangserkrankung zeigt, jedoch auch etliche Besonderheiten aufweist. Die Aufnahme in die ICD-11 als eigenständige Diagnose erscheint daher gerechtfertigt. Bislang finden viele Betroffene aus Scham oder Unwissenheit über die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht den Weg in die psychotherapeutische Praxis. Mit dem psychotherapeutischen Konzept nach Steketee und Frost steht jedoch ein effektiver und interessanter Ansatz zur Verfügung, der die Symptomatik deutlich reduzieren und die Lebensqualität für Betroffene und Familienangehörige wieder merklich verbessern kann.

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.

Cath, D. C., Nizar, K., Boomsma D., Mathews, C. A. (2017). Age-specific prevalence of hoarding and obsessive compulsive disorder: A population-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 245–255.

Fontenelle, L. F., Grant, J. E. (2014). Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36 (1), 28–39.

Frost, R. O. & Steketee, G. (2010). *Compulsive hoarding and the meaning of things*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.

Frost, R. O., Steketee, G. & Tolin, D. F. (2011). Comorbidity in hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 876–884.

Grisham, J. R., & Baldwin, P. A. (2015). Neuropsychological and neurophysiological insights into hoarding disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 951–962.

Külz, A. K & Voderholzer, U. (2018). *Pathologisches Horten*. Göttingen: Hogrefe.

Muroff, J., Steketee, G., Bratotiis, C. & Roass, A. (2012). Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for compulsive hoarding: A pilot trial. *Depression and Anxiety*, 29, 705–709.

Muroff, J., Steketee, G. & Underwood, J. (2014). *Group treatment for hoarding disorder: Therapist guide*. New York: Oxford.

Postlethwaite, A., Kellett, S. & Mataix-Cols, D. (2019). Prevalence of Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 256, 309–316

Steketee, G. & Frost, R. O. (2014). *Treatment for hoarding disorder. Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Steketee, G. & Frost, R. O. (2014a). *Treatment for hoarding disorder. Workbook*. New York: Oxford University Press.

Stevens, M. C., Levy, H. C., Hallion, L. S., Wootton, B. M. & Tolin, D. F. (2020). Functional Neuroimaging Test of an Emerging Neurobiological Model of Hoarding Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 5 (1), 68–75.

Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G. & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32, 15866.

Williams, M. & Viscusi, J. A. (2016). Hoarding Disorder and a Systematic Review of Treatment with Cognitive Behavioral Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 93–110,

World Health Organization (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision (ICD-11)*, World Health Organization, Geneva.



Dr. Anne Katrin Külz

Rathausgasse 15
79098 Freiburg
praxis.dr.kuelz@gmx.de

Dr. Dipl.-Psych. Anne Katrin Külz ist als Psychotherapeutin in eigener Praxis niedergelassen und an verschiedenen Ausbildungsinstituten in Deutschland und der Schweiz als Dozentin und Supervisorin für Verhaltenstherapie tätig. Sie ist Autorin zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und mehrerer Bücher zum Thema Zwangsstörungen sowie zweite Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ).

Die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme

Eine neue Diagnose in der Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ der ICD-11

Andrea S. Hartmann

Zusammenfassung: Mit der Verschiebung der Diagnose „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ von der Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ in der ICD-10 in die Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ in der ICD-11 tritt sie stärker in den Forschungsfokus und wird für die Praxis für alle Altersklassen greifbarer und als potenziell diagnostizierbare Störung relevant. In diesem Übersichtsartikel wird das Erscheinungsbild der neuen Diagnose und die Geschichte der diagnostischen Kriterien beschrieben. Darüber hinaus werden aktuelle epidemiologische Befunde sowie komorbide Störungen dargestellt und die Leserinnen¹ erhalten einen Überblick über die existierenden evidenzbasierten ätiologischen Modelle und Interventionen sowie validierte diagnostische Instrumente.

Einleitung

Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen wurde schon länger auffälliges Essverhalten, das mit Vermeidung und Einschränkung der Nahrungsaufnahme ohne gleichzeitig bestehende Figur- und Gewichtssorgen einherging, beschrieben, diagnostiziert und auch behandelt. Bislang fehlten klare altersübergreifende diagnostische Kriterien, um der Erforschung des Störungsbildes einen klaren Rahmen zu geben und damit die Entwicklung von wirksamen Interventionen zu fördern, aber auch die Indikationsstellung für Psychotherapie zu operationalisieren. Im diesem Kurzüberblicksartikel sollen nun die Kriterien der Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (avoidant and restrictive food intake disorder; ARFID) nach der 11. Revision der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11; World Health Organization [WHO], 2021)² dargestellt, empirische Befunde zur Epidemiologie, Komorbidität und Ätiologie zusammengefasst und die zur Verfügung stehenden diagnostischen Instrumente genannt werden. Abschließend sollen die evidenzbasierte Literatur zur Behandlung von ARFID und das einzige bislang über verschiedene Altersgruppen validierte Behandlungsmanual für ARFID dargestellt werden.

Diagnose

Individuen mit einer ARFID weisen eine eingeschränkte Varianz oder Menge der aufgenommenen Nahrung auf. Es werden drei verschiedene Erscheinungsbilder von ARFID unterschieden, die sich anhand des Grundes für die Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme definieren. Die drei Erscheinungsbilder sind in Tabelle 1 einschließlich einer kurzen Fallbeschreibung und ihrer spezifischen, bislang uneinheitlich in der Literatur genutzten Bezeichnungen aufgeführt. Wichtig ist, dass die genannten Erscheinungsbilder sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern sich die Gründe für die Nahrungsrestriktion auch kumulieren können. Das Verhalten geht oft mit bedeutsamem Gewichtsverlust oder – bei Kindern und Jugendlichen – mit einer mangelnden Gewichts- und Größenzunahme einher, wobei der Wunsch nach Veränderung von Figur und Gewicht als Grund für die Nahrungsrestriktion explizit ausgeschlossen ist. Auch kann es in der Folge zu ernährungsbedingten Mangelerscheinungen kommen, die besonders bei sehr jungen Kindern lebensbedrohlich sein können. Wenn die orale Nahrungsaufnahme nicht ausreicht, kann es zur Notwendigkeit von Sondenernährung oder aber zumindest von Nahrungsergänzungsmitteln kommen. Zu guter Letzt treten oft auch Beeinträchtigungen der psychosozia-

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

² <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>

Erscheinungsbild	Sensorische Sensibilität	Angst vor aversiven Konsequenzen	Desinteresse an Nahrungsmitteln/Essen
Grund für Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme	sensorische Eigenschaften der Nahrung, z. B. äußere Erscheinung, Farbe, Geruch, Konsistenz, Temperatur oder Geschmack	Angst vor aversiven Konsequenzen der Nahrungsaufnahme als Folge einer konditionierten Reaktion auf eine aversive Erfahrung, z. B. Erstickungsgefühl, gastrointestinale Untersuchungen oder wiederholtes Erbrechen	Desinteresse gegenüber Nahrungsmitteln und dem Essen; wenig Appetit
Bezeichnungen in der Literatur	restriktives Essen (Taylor et al., 2015), selektives Essen (Dovey et al., 2008; Taylor et al., 2015), perseverierendes Essen (Nicholls & Bryant-Waugh, 2009), Nahrungs-Neophobie (Dovey et al., 2008)	funktionelle Dysphagie (APA, 2013)	emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung (Higgs et al., 1989)
Fallbeispiele	Sina ist 32 Jahre alt und meldet sich selbst bei der Psychotherapeutin. Sie beschreibt sich als sonderbare Esserin, seit sie denken kann. Sie ist leicht übergewichtig (BMI = 26) und konsumiert die gleichen Nahrungsmittel während unterschiedlicher Mahlzeiten über den Tag hinweg: Hühnchen, Kartoffeln und Mais, Bananen, Brot und Süßigkeiten sowie manchmal Milch. Während sie immer wieder Versuche unternimmt, neue Nahrungsmittel einzuführen, und beispielsweise Müsli in Milch auflöst, mag sie deren Gefühl auf der Zunge und im Hals nicht. Auch muss sie sich immer erst an den Geruch neuer Nahrungsmittel gewöhnen – anfangs würde sie dieser abstoßen.	Lukas ist 20 Jahre alt und wurde von seiner Hausärztin an die Psychotherapeutin verwiesen. Er zeigte signifikant niedriges Gewicht (BMI = 16,3) und eine deutlich eingeschränkte Nahrungsaufnahme. Er konsumiert lediglich ein ganz spezielles weißes Brot mit etwas Wurst und zwei energiereiche Nahrungsergänzungsdrinks pro Tag. Seine Probleme begannen während des Gymnasiums. Rund 30–60 Minuten nach normalen Mahlzeiten habe starker und schmerzhafter Stuhldrang eingesetzt mit anschließendem Unwohlsein für einige Stunden. Nach und nach habe er immer mehr Nahrungsmittel aus seiner Ernährung ausgeschlossen, nach deren Konsum solche Episoden aufgetreten seien. Er wurde mit Reizdarmsyndrom diagnostiziert, wobei die von ihm ergriffenen Maßnahmen im Verhältnis zur somatischen Erkrankung als übertrieben angesehen wurden.	Paula ist 13 Jahre alt und stark untergewichtig (BMI = 14,7, < 1. Perzentil nach Geschlechts- und Altersnormen), als sie bei der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgestellt wird. Laut Mutter ist Paula immer eine sehr wählerische Esserin gewesen. Sie konsumiert Nahrungsmitteln aus allen großen Nahrungsmittelgruppen, allerdings nicht im nötigen Umfang und Verhältnis. Außerdem lässt sie häufig Mahlzeiten aus. Wenn sie isst, dann beispielsweise eine Schale Vanilleeis oder eine Tüte Chips. Meist bleibt auch die Brotdose unangerührt. Wenn die Mutter sie überzeugen kann, am Abendbrottisch etwas zu essen, dann ist es ein Brot mit viel Butter und Salami. Sie selbst findet sich zu dünn und würde gerne zunehmen, empfindet Essen allerdings als langweilig und merkt nicht, wenn sie Hunger hat. Sie habe aber, wenn sie denn was esse, im Nachgang ein unangenehmes Völlegefühl.

Tabelle 1: Übersicht über die drei in der Literatur beschriebenen Erscheinungsbilder von ARFID, den genutzten Bezeichnungen und den zugrunde liegenden Differenzen

len Funktionsfähigkeit auf, da beispielsweise Betroffene nicht in Anwesenheit anderer Menschen essen können (Bourne et al., 2020).³

Diagnosekriterien

In Tabelle 2 sind die diagnostischen Kriterien nach der ICD-11 aufgeführt. ARFID ist in der Kategorie Ess- und Fütterstörungen der Psychischen, Verhaltens- und Neuroentwicklungsstörungen zu finden. Eine Hilfestellung zur Operationalisierung des Begriffs Abhängigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln liefert die Radcliffe-ARFID-Arbeitsgruppe in einer Konsensusdefinition. Dabei wird ein Anteil von mehr als 50 % des täglichen Kalorienkonsums über Ergänzungsmittel als Cut-off definiert (Eddy et al., 2019). Die Möglichkeit einer Diagnose

von ARFID als Störungsbild der Kategorie „Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (wie in der ICD-10; WHO, 1993) entfällt in der ICD-11, da die gesamte Kategorie aufgelöst wurde.

Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs um die Diagnosekriterien

In der ICD-10 kann das aktuell als ARFID beschriebene Symptombild als Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2) in der

³ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Hauptkriterium:	Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme, sodass durch die ungenügende Menge und/oder Vielfalt an Nahrungsmitteln nicht in ausreichendem Maß Energie und/oder Nährstoffe aufgenommen werden können
Wobei mindestens eines dieser beiden Kriterien erfüllt ist:	<ol style="list-style-type: none"> 1. bedeutsamer Gewichtsverlust, klinisch signifikanter Nährstoffmangel, Abhängigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln bzw. Sondenernährung oder anderweitige Beeinträchtigung der physischen Gesundheit 2. bedeutsame Beeinträchtigung der persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen Lebensbereiche
Ausschlusskriterien:	ARFID tritt nicht aufgrund einer übermäßigen Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht, der eigenen Körperform oder einer Körperbildstörung auf. ARFID kommt nicht aufgrund des fehlenden Zugangs zu Nahrungsmitteln, kulturell bedingter Einschränkung der Nahrungsaufnahme (bspw. durch religiöses Fasten), entwicklungsphasentypischen Essverhaltens (bspw. wählerisches Essverhalten bei Kleinkindern), anderer medizinischer Bedingungen (z. B. Allergien, Schilddrüsenüberfunktion) oder mentaler Störungen zustande. ARFID ist weder substanz- noch medikamenteninduziert.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien von ARFID nach ICD-11 (<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>; Stand: Februar 2021)

Kategorie „Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F98) gefunden werden. Diese umfasst Nahrungsverweigerung oder extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson sowie Abwesenheit einer organischen Krankheit. Begleitend kann Ruminatio (d. h. wiederholtes Heraufwürgen von Nahrung ohne Übelkeit oder eine gastrointestinale Krankheit) vorhanden sein. Wenn Erwachsene die Symptome zeigen, müssen sie in die Restkategorie der Essstörungsdiagnosen klassifiziert werden, d. h. Essstörung, nicht spezifiziert (F50.9). Eine solche Diagnose führt aufgrund hoher Undifferenziertheit zu einer sehr eingeschränkten Aussagekraft und zu fehlenden konkreten Behandlungsempfehlungen.

Die neuen ICD-11-Kriterien werden diesbezüglich zu einer erfolgreicherer Unterscheidung zwischen ARFID und Abwesenheit von Essstörungspsychopathologie sowie zu einer geringeren Diagnosevariabilität im Vergleich zur Anwendung der ICD-10 beitragen, wie erste empirische Hinweise bestätigen (Claudino et al., 2019). Diese zeigten auch, dass Praktikerinnen unter der Bedingung, dass untypische Gründe für das eingeschränkte Essverhalten vorliegen, eine adäquatere Differenzialdiagnostik zwischen ARFID und Anorexia Nervosa (AN) durchführen (Claudino et al., 2019). Neben der besseren

Identifikation von Betroffenen führt der Transfer des Symptombildes in eine neue diagnostische Kategorie vor allem zu einer Diagnostizierbarkeit über die Lebensspanne hinweg.

Epidemiologie

Als relativ neu etablierte Diagnose sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 stehen Daten zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung noch aus. In ihrer systematischen Übersichtsarbeit fassen Bourne et al. (2020) Studien zusammen, die Prävalenzraten von ARFID berichten. In nicht-klinischen – jedoch nicht repräsentativen – Stichproben ab einem Alter von sieben Jahren finden sich Prävalenzraten von unter 1 % bis 15,5 %, während innerhalb von Populationen mit von Essstörungen Betroffenen im Alter zwischen vier Monaten und 21 Jahren ARFID-Prävalenzraten von 1,5 % bis 64 % berichtet werden. Folglich liegt die Prävalenz von ARFID mindestens im Rahmen der sonstigen spezifischen Essstörungen wie AN oder Bulimia Nervosa (BN). Auch in spezifischen Behandlungssettings finden sich von ARFID Betroffene, so z. B. in gastroenterologischen Settings. In zwei retrospektiven Chart-Review-Studien an gastroenterologischen Teilnehmerinnen zeigten sich Prävalenzen von 1,5 % in einer pädiatrischen Stichprobe (Eddy et al., 2015) und 6,3 % in einer erwachsenen Stichprobe (Murray et al., 2020). Auch in einer deutschen Studie an ärztliche Behandlung aufsuchenden Kindern und Jugendlichen (8–18 Jahre) wurde basierend auf Selbstbericht und medizinischen Daten eine Prävalenz von 7 % mit ARFID-Symptomen gefunden (Schöffel et al., 2020). Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede finden sich keine so klaren Hinweise auf eine Ungleichverteilung wie bei AN oder BN. Während sowohl Kurz et al. (2015) bei Kindern zwischen acht und 13 Jahren in der Schweiz als auch Schöffel et al. (2020) bei Kindern und Jugendlichen zwischen acht und 18 Jahren in Deutschland keine Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von per Selbstbericht erhobener ARFID berichten, war die Mehrheit der ARFID-Fälle in der pädiatrischen gastroenterologischen Stichprobe der Chart-Review-Studie von Eddy et al. (2015) männlich.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ARFID bei männlichen und weiblichen sowie in pädiatrischen, adoleszenten und erwachsenen Populationen auftritt, wobei repräsentative Studien in der Allgemeinbevölkerung fehlen. Da diese Studien allesamt vor der Veröffentlichung der neuen ICD-11-Kriterien und fast alle vor der Publikation der DSM-5-Kriterien durchgeführt wurden, d. h. vor der Anerkennung der Diagnose, kann davon ausgegangen werden, dass diese Prävalenzraten das tatsächliche Vorkommen unterschätzen.

Der Verlauf von ARFID unterscheidet sich abhängig von den berichteten Gründen für die Nahrungsrestriktion. Während die Nahrungsvermeidung und -einschränkung, die mit unzureichender Nahrungsaufnahme und Desinteresse am Essen einhergeht, vornehmlich im Säuglings- oder frühen Kindesalter auftritt, entwickelt sich Vermeidung aufgrund von senso-

rischen Merkmalen der Nahrung hauptsächlich im ersten Lebensjahrzehnt. Vermeidung als Konsequenz der Antizipation aversiver Folgen des Essens kann in jedem Alter entstehen, wobei alle Formen bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben können (APA, 2013). Zum langfristigen, unbehandelten Verlauf und hinsichtlich des Übergangs zu anderen Essstörungen stehen Studien noch aus.

Komorbiditäten

Bei ARFID müssen sowohl psychische als auch medizinische Komorbiditäten betrachtet werden. Bezüglich der komorbiden psychischen Symptomatik weist das DSM-5 auf Angststörungen, Zwangsstörung und Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung, insbesondere Autismus-Spektrum-Störung (ASS), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und intellektuelle Entwicklungsstörung hin (APA, 2013). In ihrer systematischen Übersichtsarbeit sichten *Bourne et al. (2020)* 27 Studien, wovon 15 Fallstudien oder -reihen darstellen. Das Autorenteam fasst zusammen, dass ARFID in diesen Studien häufig gemeinsam mit ADHS, ASS und Internetspielsucht sowie Angststörungen vorkommt. Interessanterweise scheinen Patientinnen mit ARFID weniger häufig von affektiven Störungen betroffen zu sein als Patientinnen mit anderen Essstörungen.

Aulinas et al. (2020) fanden Überschneidungen in den medizinischen Komorbiditäten und dem endokrinen Erscheinungsbild zwischen untergewichtigen Patientinnen mit ARFID und mit AN, z. B. weisen beide Patientengruppen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen mehr gastrointestinale Symptome, geringeren Blutdruck, mehr Nahrungsmittelallergien sowie geringeres Gewicht und einen niedrigeren Leptinlevel auf. Es empfiehlt sich daher, Patientinnen mit ARFID im Untergewicht im gleichen Maß intensiv medizinisch zu behandeln wie diejenigen mit AN. Es ist allerdings anzumerken, dass es gerade durch den früheren Erkrankungszeitpunkt und die damit längere Krankheitsdauer bei ARFID (Forman et al., 2014) sogar zu einem früheren und verlängerten Einfluss der Unterernährung auf die Entwicklung kommen kann.

Störungsmodelle

Das dreidimensionale neurobiologische Modell von *Thomas et al. (2017)* postuliert, dass das Symptombild jeder Patientin mit ARFID in einem dreidimensionalen Raum konzeptualisiert werden kann, wobei die Dimensionen die drei eingangs genannten und in Tabelle 1 dargestellten ARFID-Erscheinungsbilder beschreiben. Gemäß dem Postulat liegen den drei Dimensionen neurobiologische Abnormitäten zugrunde. So basiert eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme aufgrund

von sensorischer Sensibilität auf neurobiologischen Auffälligkeiten in der Geschmackswahrnehmung, Einschränkungen aufgrund von Angst vor aversiven Konsequenzen auf Auffälligkeiten in der Furchtresponsivität und Einschränkungen aufgrund von mangelndem Interesse an Nahrungsmitteln/Essen auf Auffälligkeiten in der Appetit-Homöostase (*Thomas et al., 2017*). Diese Auffälligkeiten sollen dann wiederum für die Entstehung von ARFID in den jeweiligen Erscheinungsformen vulnerabler machen. Erste Hinweise bestätigen diese Überlegungen. So bewerten Erwachsene, die sich als wählerische Esserinnen bezeichnen, bittere und süße Geschmäcker als intensiver (Kauer et al., 2015), ein Befund, der bei wählerisch essenden Kindern repliziert werden konnte (Golding et al., 2009). Hinsichtlich der Abnormalität in der Furchtresponsivität beim zweiten Erscheinungsbild zeigt sich im Rahmen der Angststörungen, dass die psychophysiologische Reaktion auf Angststimuli phobische Angststörungen von anderen Angststörungen unterscheidet (Lang & McTeague,

— Es gibt erste empirische Hinweise für verschiedene neurobiologische Abnormitäten, die den drei unterschiedlichen Erscheinungsbildern der ARFID zugrunde liegen. —

2009). Ob ein den phobischen Angststörungen entsprechendes System auch bei ARFID hyperaktiv ist, muss noch gezeigt werden. Auch für die neurobiologische Grundlage des ARFID-Erscheinungsbildes, bei dem die Nahrungsaufnahme eingeschränkt wird, weil kein Interesse an der Nahrung besteht, gibt es erste vorläufige Evidenz. Diät haltende Frauen mit restriktiven Essstörungen, die ähnlich den Menschen mit ARFID ihre Nahrungsaufnahme einschränkten, zeigten z. B. eine geringere Aktivierung im Hypothalamus als Kontrollzentrum für appetitive Signale und der anterioren Insula als Geschmackskortex, der viszerale Signale und interozeptive Erfahrungen integriert, im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (Holsen et al., 2012).

Als Ergänzung zu diesen prädisponierenden Faktoren konnte bislang nur ein Modell gefunden werden, das potenziell aufrechterhaltende Faktoren des Störungsbildes integriert. *Thomas und Eddy (2019)* formulieren in ihrem Manual zur kognitiven Verhaltenstherapie von ARFID ein entsprechendes generelles kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell (s. Abb.). In diesem wird postuliert, dass sich bei Vorhandensein einer der oben beschriebenen Vulnerabilitäten (gegebenenfalls unter Einwirkung eines zusätzlichen essensbezogenen Traumas [bspw. Sichverschlucken, Erbrechen, allergische Reaktion auf Nahrungsmittel oder Schmerzen], vor allem beim zweiten ARFID-Erscheinungsbild) negative Emotionen und Vorhersagen hinsichtlich der Konsequenzen von Essen ergeben. Diese wiederum fördern die Einschränkung der Menge oder Vielfalt an Nahrungsmitteln, wodurch negative Emotionen und die Vorhersagen aufrechterhalten werden, weil diese ungetestet

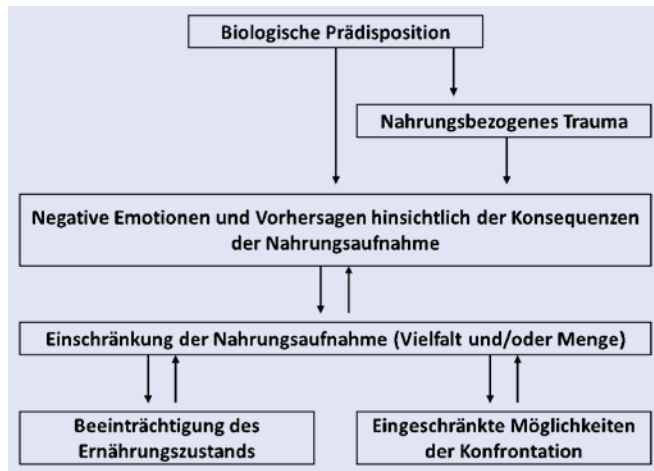


Abbildung: Kognitiv-behaviorales Modell für ARFID (übersetzt aus Thomas & Eddy, 2019; Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch die Autorinnen)

und unwiderlegt bleiben. Eine anhaltende Einschränkung von Menge und/oder Vielfalt an Nahrungsmitteln kann zu Beeinträchtigungen des Ernährungszustands führen, aber auch zu eingeschränkten Möglichkeiten der Konfrontation mit den Nahrungsmitteln und dem Essen, wodurch wiederum das restriktive Essen aufrechterhalten wird.

Dieses Modell (Abb.) kann für die einzelnen Erscheinungsbilder oder deren Mischformen adaptiert werden. Während sich laut Thomas und Eddy (2019) bei ARFID mit sensorischer Sensibilität die biologische Prädisposition in einer verstärkten sensorischen Wahrnehmung widerspiegelt, liegt der ARFID mit Angst vor aversiven Konsequenzen ein ängstliches Temperament und eine erhöhte Sensitivität für Körperwahrnehmung und der ARFID mit mangelndem Interesse eine geringere Appetithomöostase biologisch prädestinierend zugrunde. Nahrungsbezogene Traumata spielen bei strikter Abgrenzung nur bei ARFID mit Angst vor aversiven Konsequenzen eine zusätzliche, auslösende Rolle. Die negativen Emotionen und Vorhersagen sind ebenfalls spezifisch für das jeweilige Erscheinungsbild ausgeprägt: Bei ARFID mit sensorischer Sensibilität äußern sich diese in neophobischen Verhaltensweisen (bspw. anfänglicher Ekel, Angst oder Argwohn gegenüber neuen Nahrungsmitteln), welche zu einer Einschränkung der Nahrungsaufnahme führen und rückwirkend die Neophobie aufrechterhalten. Analog aufrechterhaltend ist die Einschränkung der Nahrungsaufnahme bei ARFID mit Angst vor negativen Konsequenzen, welche hier allerdings in einer Überschätzung des Traumarisikos begründet liegt. Beim letzten ARFID-Erscheinungsbild beinhalten die negativen Emotionen und Vorhersagen eine verminderte antizipierte Belohnung von Nahrungsaufnahme (weniger Genuss des Essens) sowie erhöhte Tendenz der Vorhersage unangenehmer Völlegefühle, da gegessen werden muss, obwohl keine Hungergefühle bestehen. Die Folgen der Nahrungseinschränkungen sind vor allem Gewichtsverlust und Mangelerscheinungen. Teilweise gibt es auch noch erscheinungsbildspezifische Aspekte, z. B. eine sensorische Sättigung mit der Folge, dass bisher

gemochte Nahrungsmittel weniger aufgenommen werden; gastrointestinale Symptome, welche Angstgefühle verstärken können oder eine reduzierte Salienz von Hungergefühlen und ein noch stärkeres Unbehagen bei Völlegefühlen.

Das biopsychosoziale Modell von Micali und Cooper-Vince (2020) ergänzt die bereits erwähnten Modelle. So werden unter den biologischen Faktoren genetische Risiken (Faith et al., 2013; Fildes et al., 2016; Keller et al., 2002; Llewellyn et al., 2010), Temperamentsfaktoren, insbesondere negative Affektivität und behaviorale Inhibition (Hagekull et al., 1997; Moding et al., 2014), sowie medizinische Erkrankungen, die die Entwicklung der oralen Nahrungsaufnahme beeinflussen können (bspw. Frühgeburt, verspätetes Aufnehmen der oralen Essenaufnahme oder zu lange Sondenernährung; Galloway et al., 2003; Hawdon et al., 2000; Samara et al., 2010), genannt. Neben den biologischen Faktoren können auch psychologische Faktoren die Entwicklung einer ARFID begünstigen oder aufrechterhalten. So werden z. B. die Emotionen Angst und Ekel als Risikofaktoren erwähnt. Angst tritt häufig komorbid mit ARFID auf (Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014), Furchtresponsivität wird als biologischer Risikofaktor verstanden (s. o.) und behavioral inhibierte Kinder sowie Familienfaktoren, die kindliche Angst fördern (s. u.), könnten die Entwicklung von ARFID prädisponieren (Pliner & Loewen, 1997). Ekel, der als Emotion funktional ist und vor Aufnahmen von Giften und Ähnlichem schützt, kann auch bei eigentlich sicheren Nahrungsmitteln zu Verschlucken und Würgen führen und könnte dann eine konditionierte Nahrungsmittelaversion und -vermeidung begünstigen (Menzel et al., 2019; Rozin & Fallon, 1987). Daneben können auch Unaufmerksamkeit und Impulsivität prädisponieren. So konnte gezeigt werden, dass Fütterprobleme häufiger in Zusammenhang mit ADHS auftreten (Råstam et al., 2013) und Kinder mit diesem Störungsbild ein unregelmäßigeres Essverhalten aufweisen (Ptacek et al., 2014). Auch soziale Faktoren können eine Rolle in der Prädisposition für ARFID spielen. An dieser Stelle gilt es, das elterliche Fütterverhalten zu nennen, das von übermäßig unterstützendem bis hin zu Druck ausübendem Verhalten reichen kann (Mascola et al., 2010). Auch elterliche psychische Belastungen (bspw. Essstörungen, Angststörungen oder Depressionen) wurden in der Vergangenheit mit frühkindlichen Fütterproblemen assoziiert, wobei Modelllernen hinsichtlich emotionaler Reaktivität und Coping die Wirkmechanismen darstellen könnten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es erste Evidenz gibt, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung von ARFID ein biopsychosoziales Geschehen darstellt. Des Weiteren müssen hinsichtlich der Entstehung von ARFID neben allgemeinen biopsychosozialen Faktoren erscheinungsbildspezifische prädisponierende (neurobiologische) Faktoren in Betracht gezogen werden. Weitere Ergänzungen der aktuellen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Störungsmodelle durch systemische oder psychoanalytische Perspektiven wären wünschenswert. Ein Fokus könnte bspw. die Eltern-Kind-Bindung bei ARFID im Kindesalter darstellen. So zeigte sich

bei unterschiedlichen Formen auffälligen kindlichen Essverhaltens ein Zusammenhang der Bindung mit dem Fütterverhalten der Eltern sowie dem Essverhalten (bspw. picky eating) und der Selbstregulationsfähigkeit bezüglich des Essens vonseiten der Kinder (bspw. Iwinski et al., 2021; Powell et al., 2017).

Diagnostik

Für die expertenbasierte kategoriale Diagnostik von ARFID steht im deutschsprachigen Raum momentan lediglich das Eating-Disorder-Examination(EDE)-ARFID-Modul in einer Kinder- und Elternversion für Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren zur Verfügung, welches sowohl in Kombination mit dem EDE als auch separat verwendet werden kann (Schmidt et al., 2019). Es dauert ca. 20 Minuten und erfragt ARFID-Symptome über die vergangenen drei Monate. Insgesamt zeigt das Modul in beiden Versionen mittlere bis sehr gute Inter-Rater-Reliabilität bezüglich Vergabe einer ARFID-Diagnose (Kinderversion: ICC = 0,62; Elternversion: ICC = 0,92) sowie hohe divergente und konvergente Validität (Schmidt et al., 2019). Auch als Selbstbericht- oder Screening-Instrument existiert im deutschsprachigen Raum mit dem Eating Disorders in Youth – Questionnaire (EDY-Q; van Dyck & Hilbert, 2016) lediglich ein Instrument, das bei Kindern und Jugendlichen im Alter von acht bis 13 Jahren das selbstberichtete restriktive Essverhalten erfasst. Es besteht aus insgesamt 14 Items, wobei sich zwölf dieser Items auf ARFID-Symptome beziehen. Das Instrument weist eine akzeptable interne Konsistenz auf (Cronbachs α = .62), welche allerdings bei Betrachtung der Subskalen zu den drei ARFID-Erscheinungsbildern (auch der geringeren Item-Anzahl geschuldet) niedriger ausfällt. Folglich fehlen sowohl Screening- als auch Diagnostikinstrumente für jüngere Kinder, ältere Jugendliche und Erwachsene in deutscher Sprache. In der Anamnese sollte auf jeden Fall eine Erhebung der Beweggründe für die Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme erfolgen, um die Interventionen entsprechend anpassen zu können.

Die Grundlage für eine psychologische Behandlung stellt eine medizinische Stabilität dar. Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kann eine Erfassung objektiver Parameter besonders relevant sein, da die Gefahr besteht, temporär auffälliges Essverhalten durch den Bericht verunsicherter Eltern zu pathologisieren. Zur objektiveren Erfassung sollte sowohl eine Begutachtung der Nährstoff- und Nahrungsaufnahme sowie der physischen Gesundheit einschließlich einer Abfrage der aktuellen Medikamenteneinnahme erfolgen. Hierbei sollte gleichermaßen Augenmerk auf die benötigte Energie-, Protein-, Vitamin- und Mineralstoffzufuhr gelegt werden wie auch auf ein Vorhandensein der

zur Nahrungsaufnahme benötigten motorischen und sensorischen Fertigkeiten (Cawtherley & Conway, 2020). Die Begutachtung der physischen Gesundheit umfasst zudem die Erfassung der Anthropometrie und damit die Abklärung akuter medizinischer Risiken, insbesondere bezüglich eines kritischen Untergewichts. In diesem Zusammenhang kann die Hinzunahme kardiovaskulärer Parameter hilfreich sein, da vor allem Hypotonie und Bradykardie Hinweise auf signifikanten Gewichtsverlust geben können. Um Verstopfungen im Gastrointestinaltrakt abzuklären, sollten außerdem die Frequenz und Menge des Stuhlgangs einbezogen werden. Darüber hinaus kann die Knochenmarkdichte erhoben werden.

Appetitlosigkeit infolge eingeschränkter Nahrungsaufnahme ist ein unspezifisches Symptom, das mit einer Reihe von psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden kann. Allerdings muss beachtet werden, dass, wenn neurologische, neuromuskuläre, strukturelle oder angeborene Störungen vorliegen, die eine Nahrungsaufnahme erschweren können, ARFID nur zu diagnostizieren ist, wenn die Einschränkungen der Nahrungsaufnahme ausgeprägter sind, als es die Störungen erwarten lassen. Laut DSM-5 (APA, 2013) gilt es, diese Entscheidung vor al-

— Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kann eine Erfassung objektiver Parameter besonders relevant sein, da die Gefahr besteht, temporär auffälliges Essverhalten durch den Bericht verunsicherter Eltern zu pathologisieren. —

lem bei den folgenden Diagnosen zu klären: Im Rahmen einer reaktiven Bindungsstörung kann es auch zu auffälligem Fütter- und Essverhalten kommen. Bei einer ASS kann die sensorische Sensibilität auch die Nahrungsaufnahme betreffen. Insbesondere beim ARFID-Erscheinungsbild mit Angst vor aversiven Konsequenzen ist zudem eine spezifische Phobie (und andere [soziale] Angststörungen) vor Erbrechen oder Erstickten als Differenzialdiagnose abzuklären. Einschränkungen der Nahrungsaufnahme können weiterhin im Rahmen einer Zwangsstörung aufgrund von übermäßigen Sorgen oder ritualisiertem Essverhalten auftreten, im Rahmen einer Depression aufgrund von einem stimmungsabhängigen Appetitverlust und im Schizophrenie-Spektrum aufgrund von wahnhaften Vorstellungen über die (bzw. negativen Konsequenzen der) Nahrungsmittel. Wenn auch die Orthorexia Nervosa noch keine diagnostische Entität in den Klassifikationssystemen darstellt, kann auch ihre Phänomenologie derjenigen von ARFID gleichen, vor allem in Bezug auf die Einschränkung der Varianz an Nahrungsmitteln. Hier sollte vor allem auf die Art der konsumierten Nahrungsmittel geachtet werden, die bei Patientinnen mit ARFID im Gegensatz zur Orthorexia meist hochkalorisch, fett- und kohlenhydratreich sind (Harshman et al., 2019) während bei der Orthorexia auf eine nährstoffreiche Ernährung Wert gelegt wird, die bei ARFID häufig mangelhaft ist.

Modul	Ziel	Dauer
1. Psychoedukation und frühere Veränderungen	Es wird mit einem Selbst- oder Eltern-Monitoring der Nahrungsaufnahme gestartet und ein regelmäßiger Essensplan eingeführt, wobei auf einen Anstieg der Essensmenge (vor allem bei untergewichtigen Patientinnen) und die Vielfalt der Nahrungsmittel geachtet wird. Aus dem Monitoring erfolgt eine individualisierte Identifikation der Mechanismen, die das vermeidende und einschränkende Essverhalten aufrechterhalten.	je nach notwendiger Sitzungsanzahl für die Gewichtsrestoration umfasst dieses Modul zwei bis vier Sitzungen
2. Behandlungsplanung	Menge und Vielfalt an Nahrungsmitteln werden weiter gesteigert, während vor allem darauf geachtet wird, dass Nahrungsmittel aus allen primären Nahrungsmittelgruppen konsumiert werden.	zwei Sitzungen
3. Bearbeitung der aufrechterhaltenden Mechanismen	<p>Es können eine oder mehrere Modulversionen bearbeitet werden in Abhängigkeit davon, welche(s) ARFID-Erscheinungsbild(er) und damit einhergehende aufrechterhaltende Mechanismen bei der Patientin vorliegen. Es wird dabei ein sequentielles Vorgehen empfohlen, d. h. zunächst die Behandlung eines aufrechterhaltenden Mechanismus möglichst abschließen, bevor der nächste in Angriff genommen wird. Dabei soll zunächst der Mechanismus bearbeitet werden, der am meisten Einschränkungen verursacht, meist in Form der Einschränkung der Nahrungsmenge.</p> <p>a. ARFID aufgrund von sensorischer Sensibilität: Beim Fokus auf sensorische Sensibilität wird zunächst mit der Patientin die Notwendigkeit einer wiederholten Exposition, um neues Essen zu mögen, herausgearbeitet. In daraus abgeleiteten sensorischen Expositionsübungen (zunächst in der Sitzung) soll Input aus den fünf Dimensionen Anblick, Gefühl beim Anfassen, Geruch, Geschmack und Konsistenz hinsichtlich fünf ausgesuchter Nahrungsmittel aktiv erfahren und in möglichst neutralen Worten beschrieben werden. Zwischen den Sitzungen sollen dann die Nahrungsmittel wiederholt probiert werden (mindestens eins pro Tag) unter Betonung der Tatsache, dass oft erst nach häufigerem Probieren eine Akzeptanz gegenüber dem Nahrungsmittel erreicht werden kann. Gerade bei Kindern kann es nötig werden, ein operantes Verstärkersystem aufzubauen, um das Probieren jedes neuen Nahrungsmittels zu unterstützen. Eltern sollen angewiesen werden, auch ihnen gering erscheinende Veränderungen zu bestärken und zu loben. Nach wiederholten Expositionen und dem Ausprobieren neuer Nahrungsmittel geht es im zweiten Teil der Sitzungen darum, die exponierten Nahrungsmittel in die alltägliche Nahrungsaufnahme aufzunehmen und zu einem wichtigen Bestandteil der aufgenommenen Kalorien werden zu lassen. Auch diese Phase ist von Hausaufgaben zum Transfer in den Alltag gekennzeichnet.</p> <p>b. ARFID aufgrund von Angst vor aversiven Konsequenzen von Essen: Beim Fokus auf Angst vor aversiven Konsequenzen des Essens erfolgt zunächst ebenfalls eine Psychoedukation zum Thema Vermeidung und die Erklärung des Rationals für Exposition. Neben der Erstellung einer Hierarchie von ehemals gemochten Nahrungsmitteln sollten auch Situationen in Betracht gezogen werden, die noch nicht das Probieren des Nahrungsmittels involvieren (bspw. das Befördern von Nahrungsmitteln auf den Löffel am Tisch sitzend) oder Konfrontation mit von der Patientin gefürchteten Konsequenzen (bspw. ein Bild einer sich erbrechenden Person). Expositionen werden am unteren Ende der Hierarchie begonnen und im Rahmen von Hausaufgaben weitergeführt. Diese Expositionen sollen eine kognitive Vor- und Nachbereitung erfahren, die Befürchtungen im Voraus erfasst und deren Bewahrheitung im Nachhinein diskutiert wird. Psychoherapeutinnen sollen während der Exposition darauf achten, dass keine Sicherheitsverhaltensweisen durchgeführt werden (bspw. extrem langes Kauen) und sie keine Rückversicherungen liefern, d. h. nicht versprechen, dass die Patientin sich sicher nicht verschluckt.</p> <p>c. ARFID aufgrund von Desinteresse an Nahrungsmitteln/Essen: Beim Fokus auf Desinteresse am Essen erfolgt auch zunächst eine Psychoedukation zu Strategien für eine ausreichende Nahrungsaufnahme. Diese beinhalten interoceptive Expositionen zur Erhöhung der Toleranz gegenüber der Empfindung, vollgegessen zu sein, die aufgrund von Essen ohne Hungergefühle vermehrt auftreten können. Dazu wird im Vergleich zu den anderen Modultypen auf physische Körpersignale und nicht auf externe Signale (bspw. Nahrungsmittel) fokussiert. Es werden Empfindungen wie Völlegefühl oder Schwindel/Übelkeit induziert und ausgehalten, sodass die Patientin lernen kann, dass diese vorübergehend tolerierbar und nicht mit längerfristigen negativen Konsequenzen assoziiert sind. Darüber hinaus wird ein Tagebuch über Hunger- und Sättigungssignale geführt. In der Diskussion dieser Aufzeichnungen kann mit der Patientin auch besprochen werden, wie sich die Hunger- und Sättigungssignale durch die chronische Restriktion verschoben haben könnten. Außerdem beinhaltet das Modul eine Übung zum Wiedererlangen der Freude am Essen. Dazu soll eine Exposition mit dem ehemals beliebtesten Nahrungsmittel anhand der fünf Dimensionen (Anblick, Gefühl beim Anfassen, Geruch, Geschmack und Konsistenz) durchgeführt werden. Im Gegensatz zum vorher beschriebenen Einsatz sollten hier positive und nicht nur wertneutrale Eigenschaften des Nahrungsmittels auf den fünf Dimensionen beschrieben werden. In den folgenden Sitzungen werden basierend auf den Aufzeichnungen der Patientin in Bezug auf ihre Hunger- und Sättigungssignale die Portionsgrößen angepasst und zusätzliche Expositionsübungen zu den interoceptiven Signalen und weiteren Nahrungsmitteln durchgeführt.</p>	je nach Anzahl der aufrechterhaltenden Mechanismen kann Modu 3 sich signifikant in der Länge unterscheiden, da sich ein bis drei Modulooptionen zur Benutzung anbieten (14–22 Sitzungen)
4. Rückfallprävention	Es wird evaluiert, ob die Therapieziele erreicht wurden. Weiterhin werden die Behandlungsbestandteile identifiziert, die zuhause weitergeführt werden sollen, und ein Plan entwickelt, wie das Gewicht weiter gesteigert und kontinuierlich neue Nahrungsmittel eingeführt und beibehalten werden können.	zwei Sitzungen

Tabelle 3: Übersicht über Module einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethode nach Thomas und Eddy (2019)

Im Gegensatz zu den bisher genannten Differenzialdiagnosen sollte eine AN nicht zeitgleich mit einer ARFID diagnostiziert werden, da die Kriterien der beiden Störungen sich gegenseitig ausschließen. In Einzelfällen kann der AN eine ARFID vorausgehen. Neben den offensichtlichen unterschiedlichen Gründen für eine Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme wurden weitere Differenzierungsmerkmale anhand einer Kinder- und Jugendlichenstichprobe zusammengefasst: Die Patientengruppe mit ARFID war im Durchschnitt jünger, wies einen höheren männlichen Anteil auf, zeigte einen früheren Störungsbeginn und längeren -verlauf, mehr medizinische und psychische Komorbidität, mehr klinische Furcht und Aufmerksamkeitsprobleme, aber weniger internalisierende Symptomatik (Cañas et al., 2020).

Neben psychischen gilt es auch medizinische Differenzialdiagnosen in Betracht zu ziehen. Darunter zählen vor allem gastrointestinale Erkrankungen, Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen, nicht-sichtbare Malignome, Entzündungen oder Geschwüre im oberen Gastrointestinaltrakt, Schluckbeschwerden, Schwierigkeiten mit der Magenentleerung (Williams & Foxx, 2007) oder andere Probleme, die zu Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme führen könnten. Die ARFID-Diagnose ist hier nur gerechtfertigt, wenn die Einschränkung der Nahrungsaufnahme deutlicher ausgeprägt ist, als durch die Symptome der körperlichen Erkrankungen erklärt werden kann. Wichtig zu bedenken ist hier, dass die Essstörung durch eine körperliche Erkrankung ausgelöst sein, aber nach deren Remission noch weiterbestehen kann. Daneben sind – gerade bei Auftreten im Säuglingsalter – neurologische/neuromuskuläre, strukturelle und angeborene Störungen und Bedingungen zu bedenken, die mit Schwierigkeiten beim Füttern verbunden sein können (APA, 2013).

Interventionen

Interventionsstudien zur Wirksamkeitsprüfung der Behandlung von ARFID sind nur eingeschränkt vorhanden. Im pharmakologischen Bereich existiert bisher lediglich eine randomisiert-kontrollierte Behandlungsstudie für ARFID, in welcher die Verabreichung von D-Cycloserine in Kombination mit behavioraler Intervention bessere Behandlungseffekte erzielte als die rein behaviorale Intervention (Sharp et al., 2017). Darüber hinaus wird über die Verabreichung von Medikamenten zur Symptomreduktion berichtet, z. B. Olanzapine zur Appetitanregung (Brewerton & D'Agostino, 2017) oder Buspiron zur Angstreduktion vor Erbrechen bzw. Ersticken (Okereke, 2018).

Erste Erfolg versprechende psychologische Interventionsstudien basieren hauptsächlich auf Fallstudien, in denen verhaltenstherapeutische (Aloi et al., 2018; Dumont et al., 2019; Fischer et al., 2015; Görmez et al., 2018; King et al., 2015) oder familienbasierte Maßnahmen (Lock et al., 2019) durchgeführt wurden. Zwei aktuelle Proof-of-Concept-Studien zeigen zudem die Wirksamkeit einer ambulanten, auf ARFID speziali-

sierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung sowohl bei Kindern und Jugendlichen (Thomas et al., 2020) als auch Erwachsenen (Thomas et al., 2021). Eine Metaanalyse zur Behandlung von Kindern mit Fütterstörungen legt zudem nahe, dass bei schwerer Symptomstärke einschließlich der Notwendigkeit von Sondenernährung oder Nahrungsergänzungsmitteln ein multidisziplinäres Vorgehen empfehlenswert ist. Dabei werden vor allem behaviorale Interventionen und eine Entwöhnung von der Sonde eingesetzt (Sharp et al., 2017).

Die Essstörungsleitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zur ARFID (Müller et al., 2019) fassen den eingeschränkten Stand der Forschung und ihre Empfehlungen darauf basierend wie folgt zusammen: Angesichts des Risikos für Mangelernährung und Untergewicht soll bei Patientinnen mit ARFID immer eine medizinische Abklärung erfolgen. Es können eine formalisierte Mahlzeitenstruktur und verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern bzw. Sorgeberechtigten erwogen werden, die grundsätzlich in ambulanter Form stattfinden können. Auch die Radcliffe-ARFID-Arbeitsgruppe beschreibt die folgenden Strategien als Erfolg versprechend: Psychoedukation zu ARFID, Ernährung, Konfrontation und Habituation während der und zwischen den Sitzungen, Einbezug der Eltern und Familien zur Unterstützung und Verstärkung der Veränderung und strukturierte Mahlzeiten (Eddy et al., 2019).

Bislang liegt lediglich ein Manual zur Behandlung von ARFID vor, das zumindest vorläufig evaluiert wurde (Thomas et al., 2020; Thomas et al., 2021). Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmethode (Cognitive behavioral treatment – avoidant-restrictive, CBT-AR; Thomas & Eddy, 2019) kann in einem individuellen oder einem familienunterstützten Format durchgeführt werden, wobei Patientinnen im Alter von zehn bis 15 Jahren, aber auch ältere Patientinnen, die noch zuhause leben und ein bedeutsames Ausmaß an Gewicht zunehmen müssen, oder Patientinnen mit Entwicklungsverzögerungen, die zusätzliche Unterstützung benötigen, eher die familienunterstützte Variante wählen. Der Einbezug der Eltern erlaubt zudem einen Einblick in die Familiendynamiken, die sich rund um die Nahrungsaufnahme oft aufgrund von Angst der Eltern vor mangelnder Kalorienzufuhr eingeschlichen haben. Abhängig von der Anzahl zu adressierender aufrechterhaltender Mechanismen und der nötigen Gewichtszunahme kann die Behandlung unterschiedlich lange dauern, umspannt aber im Durchschnitt 20–30 Therapiesitzungen. Genesung und somit Therapieziel bei ARFID wurden von der Radcliffe ARFID Workgroup (Eddy et al., 2019) definiert als eine Ernährung, die in Menge und Auswahl als adäquat angesehen werden kann und die mit folgenden Punkten assoziiert ist: Die Patientin ernährt sich von verschiedenen Nahrungsmitteln der fünf primären Nahrungsmittelgruppen (Früchte, Gemüse, proteinhaltige Nahrungsmittel, milchhaltige Nahrungsmittel, Getreide) und hat diese erfolgreich in die alltägliche Ernährung integriert (2–3-mal/Woche), zeigt kein Untergewicht mehr und ihr Hö-

hen- und Gewichtswachstum haben wieder eingesetzt, weist keine Mangelerscheinungen mehr auf, konsumiert nicht mehr als ein Nahrungsergänzungsgetränk pro Tag und berichtet keine einschränkenden psychosozialen Konsequenzen.

Die CBT-AR nach *Thomas et al. (2019)* besteht aus vier Modulen. In Modul 1 wird die Psychoedukation zum Störungsbild und seiner Behandlung durchgeführt. In Modul 2 wird die Menge und Vielfalt an Nahrungsmitteln weiter gesteigert. Modul 3 stellt den variabelsten Bestandteil der Behandlung dar, da sich ein bis drei Modulooptionen zur Benutzung anbieten, die je nach Erscheinungsbild auf unterschiedliche aufrechterhaltende Faktoren fokussieren (s. nächster Abschnitt).

— **Ein Vorzug des familienunterstützten gegenüber dem individuellen Behandlungsformat besteht darin, dass dieses einen Einblick in die Familiendynamiken erlaubt, die sich rund um die Nahrungsaufnahme oft aufgrund von Angst der Eltern vor mangelnder Kalorienzufuhr eingeschlichen haben.** —

Es wird dabei ein sequentielles Vorgehen empfohlen, d. h. zunächst die Behandlung eines aufrechterhaltenden Mechanismus möglichst abzuschließen, bevor der nächste in Angriff genommen wird. Dabei soll zunächst der Mechanismus bearbeitet werden, der am meisten Limitationen verursacht, am häufigsten in Form der Einschränkung der Nahrungsmenge. Auf Basis der Philosophie, dass zunächst Menge und dann Vielfalt der Nahrungsmittel gesteigert werden soll, wird tendenziell zunächst auf die ARFID-Erscheinungsbilder mit Angst vor aversiven Konsequenzen von Essen und Mangel aufgrund von Desinteresse fokussiert und im Anschluss auf Mangel an Variabilität der Nahrungsmittel aufgrund von sensorischer Sensibilität. Die psychotherapeutische Technik der Wahl dieses Moduls stellt die Exposition dar. Zuletzt wird in Modul 4 ein evaluierender Rückblick auf die Psychotherapie vollzogen und ein Plan für die Weiterentwicklung nach Therapieabschluss entwickelt.

Die beschriebene Intervention basiert sehr stark auf Nahrungsexposition und einem Transfer der Ergebnisse in den Alltag. Kognitive Interventionen treten lediglich in den Modulen zur Psychoedukation und den Vor- und Nachbereitungen der Expositionen auf. Dies ist ein entscheidender Unterschied zur kognitiven Verhaltenstherapie der AN als dem wichtigsten differenzialdiagnostischen Störungsbild, in dem kognitive Interventionen rund um verzerrte Kognitionen bzgl. Essen, Figur und Gewicht, aber auch in Bezug auf den Selbstwert eingesetzt werden. Da erst zwei Studien vorläufige Ergebnisse zu dem dargelegten Ansatz liefern, sind weitere randomisiert-kontrollierte Studien über alle Altersbereiche in unterschiedlichen kulturellen Settings vonnöten, um dessen Wirksamkeit zu bestätigen. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, konzeptionelle Ansätze anderer Verfahrensrichtungen in die Be-

handlung dieses neuen Störungsbildes zu integrieren und zu validieren.

Fazit und Ausblick

Die neue Diagnose von ARFID erlaubt die Diagnose eines Symptom-Clusters über die Lebensspanne hinweg und ermöglicht eine klarere Kommunikation verschiedener Behandlerinnen über die vorliegende Pathologie. Eine solche Kommunikation ist vor allem wichtig, da ja auch innerhalb des Störungsbildes eine große Heterogenität in der phänotypischen Präsentation besteht. Während die drei beschriebenen Erscheinungsbilder noch ausführlicher empirischer Testung bedürfen, führen sie zu einer klaren Indikation für unterschiedliche therapeutische Herangehensweisen. Die Essstörungsleitlinien der AWMF beschrieben den Mangel an empirischen Studien zu ebendiesen Interventionen. Seit deren Publikation wurde allerdings eine kognitiv-verhaltenstherapeutische

Behandlung basierend auf dem dargestellten ätiologischen Modell sowohl an Kindern und Jugendlichen als auch an Erwachsenen vorläufig evaluiert.

Aus der Darstellung wird deutlich, dass es gilt, sich mit der neuen diagnostischen Entität auseinanderzusetzen, da sie ähnlich häufig auftritt wie AN oder BN und vergleichbar schwerwiegende Folgen haben kann. Vonnöten ist ein Verständnis von (Differenzial-)Diagnostik der Störung – vor allem in Abgrenzung zu anderen Essstörungen mit dem Kernmerkmal des niedrigen Gewichts, wie der AN. Nur vor dem Hintergrund einer adäquaten Diagnostik kann die richtige Behandlungsindikation gestellt werden. In der Forschung sind neben populationsbasierten Studien zur Ermittlung der Prävalenzrate quasi-experimentelle Studien nötig, um postulierte auslösende und aufrechterhaltende Faktoren zu bestätigen. In einem weiteren Schritt gilt es Interventionen mit unterschiedlichem therapeutischem Schwerpunkt in randomisiert-kontrollierten Studien zu evaluieren.

Literatur

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

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Aulinas, A., Marengi, D. A., Galbiati, F., Asanza, E., Slattery, M., Mancuso, C. J. et al. (2020). Medical comorbidities and endocrine dysfunction in low-weight females with avoidant/restrictive food intake disorder compared to anorexia nervosa and healthy controls. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (4), 631–636.

Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J. & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288, 112961.

Cañas, L., Palma, C., Molano, A. M., Domene, L., Carulla-Roig, M., Cecilia-Costa, R. et al. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population. *European Eating Disorders Review*, epub ahead of print.

Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J. et al. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: Results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Medicine*, 17 (1), 93.

Eddy, K. T., Harshman, S. G., Becker, K. R., Bern, E., Bryant-Waugh, R., Hilbert, A. et al. (2019). Radcliffe ARFID workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *International Journal of Eating Disorders*, 52 (4), 361–366.

Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S. & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (7), 779–785.

Lock, J., Robinson, A., Sadeh-Sharvit, S., Rosania, K., Osipov, L., Kirz, N. et al. (2019). Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52 (4), 439–446.

Schmidt, R., Kirsten, T., Hiemisch, A., Kiess, W. & Hilbert, A. (2019). Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 52 (4), 388–397.

Thomas, J. J., Becker, K. R., Breithaupt, L., Murray, H. B., Jo, J. H., Kuhnle, M. C. et al. (2021). Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Behavior and Cognitive Therapy*, 31 (1), 47–55.

Thomas, J. J., Becker, K. R., Kuhnle, M. C., Jo, J. H., Harshman, S. G., Wons, O. B. et al. (2020). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (10), 1636–1646.

Thomas, J. J. & Eddy, K. T. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T. & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19 (8), 54.

van Dyck, Z. & Hilbert, A. (2016). *Eating disorders in youth – questionnaire*. Deutsche Version: Universität Leipzig.



Prof. Dr. Andrea Hartmann

Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Knollstr. 15
49069 Osnabrück
andrea.hartmann@uni-osnabrueck.de

Prof. Dr. Andrea Hartmann (Hartmann Firnkorn) ist Psychologische Psychotherapeutin mit einer Zusatzqualifikation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Juniorprofessorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Osnabrück. Sie forscht zu psychischen Störungen mit Körperbildstörung als Kernsymptom, wie Ess- und Körperdysmorphen Störungen, sowie frühkindlichen Fütterstörungen.

Rezensionen

„Warte nicht, bis der Regen aufhört – tanze!“

Juchmann, U. (2020). *Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie bei Depressionen und Ängsten – MBCT in der Praxis*. Weinheim: Beltz, 219 S., 39,95 €. Mit Online-Materialien.

Die klinische Wirksamkeit und Kosteneffizienz von achtsamkeitsbasierten Gruppenformaten in Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) und Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) sind gut belegt. MBCT, anders als MBSR, hat bislang keinen festen Platz im Versorgungssystem. Ein Manual, welches MBCT und Psychotherapie miteinander verbindet, fehlte bisher. Diese Lücke schließt nun das vorliegende, mit 219 Seiten handliche, zugleich reichhaltige Fachbuch. Der Titel mag in einer Hinsicht falsche Assoziationen wecken: Es geht nicht um die Anleitung zu achtsamkeitsbasierter Psychotherapie, sondern um einen Praxisleitfaden mit zahlreichen Anregungen für das Gruppenformat MBCT. MBCT wiederum soll und kann, wie Ulrike Juchmann selbst mehrfach hervorhebt, keine Psychotherapie ersetzen.

Wie im Untertitel formuliert steht hier „MBCT in der Praxis“ im Vordergrund – dieses Versprechen wird eingelöst: Die Autorin lässt durchweg Patientinnen¹ zu Wort kommen. Therapeutische Situationen werden plastisch erfahrbar, die Leserin kann lebendig daran teilhaben und in das Kursgeschehen eintauchen.

Den Beginn von sechs Kapiteln machen verschiedene Achtsamkeitskonzepte in der Psychotherapie. Die buddhistischen Wurzeln der Geistesschulung stellt die Autorin kombiniert mit aktuellen Publikationen sachkundig vor. Das zweite Kapitel führt MBSR als fundierende Basis von MBCT ein. Oft vergessene Risiken und Kontroversen kontemplativer Techniken werden hier klar ange-

sprochen. Ebenso wird thematisiert, wie ein verantwortungsvoller, v. a. traumasensitiver Umgang mit Meditation gelingen kann. Dies ist eine der Stärken des Buchs: Juchmann zeigt neben den Potenzialen von achtsamkeitsbasierten Ansätzen stets deren Grenzen auf. Ab dem dritten Kapitel geht es ganz um Struktur und Entwicklung von MBCT als Rückfallprophylaxe. Die Autorin stellt spezifische MBCT-Übungen vor, die in Ruhe oder in Bewegung ausgeführt werden und sich von MBSR unterscheiden (v. a. der „Atemraum“, kürzere Bodyscans, längere Sitzmeditationen z. B. zum Thema „Mit dem Schwierigen sein“). Im vierten Kapitel kommt die essenzielle Körperachtsamkeit zur Sprache. Das Herzstück bilden diverse Übungen im mp3-Format. Diese wohlklingend von der Autorin selbst eingesprochenen Audiodateien (freilich keine Selbstverständlichkeit bei Audiomaterialien in diesem Bereich!) eignen sich für eigene Übung ebenso wie für Anwendung mit Patientinnen. Im Gegensatz zu überwiegend verbal-analytischen Inhalten der Kognitiven Verhaltenstherapie ergänzen und bereichern diese körperbezogenen Trainingseinheiten die therapeutische Arbeit: Der Übergang vom „doing mode“ zum „being mode“ wird erfahren. Damit verbunden sind unmittelbare heilsame Qualitäten (wie Stabilität, Präsenz im Jetzt, Leichtigkeit). Die Wirkung dieser Übungen wird gleichsam am eigenen Leibe begreif- und verstehbar. Das fünfte Kapitel klärt die Verbindung von Herausforderungen mit heilsamen Faktoren. Kern von MBCT ist es, sich dem Schwierigen mutig zuzuwenden – elementar für die Rückfallprophylaxe bei Ängsten und Depression. Die Meditationen ermöglichen dies auf eine neue Weise: Teilnehmende trainieren eine neugierige, freundliche Haltung gegenüber affektiven und kognitiven Zuständen sowie

Verhaltensmustern. Somit gelingt ein Ausstieg aus Kampf und Vermeidung hin zu Akzeptanz und Erleben – der Appell ist, „nicht zu warten, bis der Regen aufhört, um zu tanzen“ (passend dazu zeigt das Cover eine fröhliche Person im Regen). Um Besonderheiten der Didaktik geht es schließlich im letzten Kapitel. Die Autorin bietet z. B. den Einsatz von Metaphern an, unterstützt die eigene Reflexion, lädt zu künstlerischen Ausdrucksmöglichkeiten ein. Jedes der Kapitel endet mit einer Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte in einer „Nussschale“, die durch eine entsprechende Illustration markiert ist.

Das mit Leichtigkeit geschriebene Buch gibt Einblicke in therapeutische Schlüsselmomente. Kreative Details (wie Zitate aus Lyrik, Musikstücken, kontemplativen Traditionen) flankieren fachliche Inhalte. Die Autorin inspiriert mit zahlreichen Übungsanleitungen, achtsamkeitsbezogenen Geschichten, frisch entwickelten Illustrationen und digitalen Handouts. Sie adressiert dieses Fachbuch an Personen, die therapeutisch zu Depressionen, Ängsten und Schmerzen arbeiten. Zu empfehlen ist es daher für Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, die MBCT in ihre Arbeit einbinden, neue Anregungen für ihre Kurse finden wollen. Darüber hinaus werden auch Betroffene dank der klaren Anleitungen und verständlichen Beispiele das Buch in Selbstlektüre gewinnbringend nutzen können.

Marisa Przyrembel,
Berlin

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform.

Nützliches Lehrmaterial für die sexualtherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fliegel, S., Stienen, H. & Veith, A. (2019). *Sexualtherapie – Basics. Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie, Staffel 3, DVD 10*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Stienen, H. & Fliegel, S. (2019). *Sexualtherapie – Präferenzen und Identitäten. Lehrfilmreihe Handwerk der Psychotherapie, Staffel 3, DVD 11*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Die hier besprochenen DVDs dienen der Ergänzung und Unterstützung sexualtherapeutischer Lehrveranstaltungen. Sie enthalten eine Vielzahl von Gesprächssequenzen zu unterschiedlichen Themen aus unterschiedlichen Abschnitten einer Psychotherapie.

DVD 10 bezieht sich auf die Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen bei Einzelpersonen oder Paaren. Sie enthält insgesamt 131 Minuten Material, aufgeteilt in 21 einzelne Film-Clips mit einer Dauer von jeweils zumeist 5–10 Minuten. Zunächst wird das (oft nicht nur für Patientinnen und Patienten² schwierige) Sprechen über Sexualität thematisiert; Fliegel, Stienen und Veith führen vor, wie sexuelle Probleme exploriert werden können. Zu den thematisierten sexuellen Funktionsstörungen gehören Dyspareunie, Vaginismus, Erektionsstörung, vorzeitiger Samenerguss, Orgasmusstörung und mangelndes sexuelles Verlangen. Besonderer Wert wird auf die Problemanalyse gelegt. Dabei wird das psychotherapeutische Grundverständnis der Autorin und der Autoren deutlich, Sexualität und ihre Störungen nicht als isolierten Lebensbereich zu betrachten, sondern als Teil der gesamten Persönlichkeit bzw. Paarbeziehung. In den Therapiesitzungen wird demonstriert, wie die Instruktion einer Reihe bewährter sexualtherapeutischer Techniken aussehen können (u. a. Nähe-Distanz-Übung, Spiegelübung, Hegarstäbe, Stopp-Start-Methode, Sensate Focus).

DVD 11 bezieht sich auf die therapeutische Arbeit bei Paraphilie sowie bei sexueller Identitätsstörung. Sie umfasst 19 Szenen (ebenfalls jeweils 5–10 Minuten), wobei in einigen Sequenzen sich reale Betroffene bereiterklären, ihre Fälle anonymisiert zu schildern. Dabei geht es zunächst um Pädophilie (60 Minuten). Die Klärung des therapeutischen Auftrags bzw. der Änderungsmotivation wird herausgestellt; diese Patientinnen und Patienten sollen immerhin lernen, auf die für sie wichtigste Quelle sexueller Erregung zu verzichten. Thematisiert wird auch die nicht unkomplizierte therapeutische Haltung bei der Arbeit mit pädophilen Personen, bei der es erforderlich ist, einerseits auf der Seite der zu Behandelnden zu stehen, andererseits hinsichtlich der ethischen und rechtlichen Aspekte offene und klare Grenzen zu ziehen. Weitere Sequenzen zeigen, wie die wesentlichen Bestandteile der therapeutischen Arbeit aussehen können (Rückfallrisiko, Selbstbeobachtung und -kontrolle, Ressourcen und Alternativen, kognitive Verzerrungen). Der zweite Block (34 Minuten) behandelt den Umgang mit der BDSM-Praktik der autoerotischen Atemkontrolle (Asphyxiophilie), die extrem gefährlich ist, weil sexuelle Erregung durch die Unterdrückung der Atmung herbeigeführt wird (in dem hier vorgestellten Fall mit Plastiktüten). Im dritten Abschnitt wird die therapeutische Arbeit bei sexuellen Identitätsstörungen thematisiert (48 Minuten). Dabei geht es in mehreren Clips um die Exploration des sexuellen Selbstverständnisses in Kindheit und Jugend sowie um die Möglichkeiten des öffentlichen Kundtuns der eigenen Identität (z. B. im Freundeskreis, in der Familie). Unter anderem wird gezeigt, wie dieses Outing in einem Rollenspiel vorbereitet werden kann. Schließlich wird die therapeutische Begleitung bei möglichen medizinischen Maßnahmen (hormonelle bzw. chirurgische Angleichung) gezeigt.

Die technische Qualität von Bild und Ton ist sehr gut. Einschränkend ist anzumerken, dass DVD 10 sich im Rahmen der klassischen Sexualtherapie bewegt und nicht für die Vermittlung systemischer oder anderer Konzepte geeignet ist. Außerdem wäre es vielleicht besser gewesen, die beiden auf DVD 11 zusammengefassten Bereiche Paraphilie und Identität auf zwei getrennten DVDs zu behandeln, da sie kaum Gemeinsamkeiten haben. So hätte man beiden Bereichen mehr Raum geben können; bei den Paraphilien wären z. B. zusätzliche Beiträge zu Voyeurismus oder Exhibitionismus wünschenswert, während bei den Identitätsstörungen z. B. eine Auseinandersetzung mit dem grundsätzlichen Verständnis von Männlichkeit bzw. Weiblichkeit thematisiert werden könnte. Wie Fliegel, Stienen und Veith selbst betonen, setzt der Einsatz der DVDs eine sexualtherapeutische Qualifikation der Dozentin bzw. des Dozenten voraus. Die DVDs sind nicht als in sich geschlossene Workshop-Konzepte gedacht, vielmehr soll der oder die Lehrende aus der Vielzahl der angebotenen Beiträge das Material auswählen, welches zu den eigenen didaktischen Zielen passt. Die dargestellten Sequenzen veranschaulichen das praktische Vorgehen in verschiedenen Phasen einer Sexualtherapie. Dabei stellen sich Fliegel, Stienen und Veith mit ihrer ausgewiesenen sexualtherapeutischen Expertise immer wieder selbst als Modell zur Verfügung.

Fazit: Die DVDs enthalten qualitativ hochwertiges Material, das zur Ergänzung sexualtherapeutischer Lehrveranstaltungen gut geeignet ist.

Reinhard Maß,
Marienheide

² Aufgrund der sexualtherapeutischen Thematik weichen wir im vorliegenden Text von der in dieser Ausgabe gebräuchlichen geschlechtersensiblen Schreibweise (vgl. Anm. 1) ab.

Leserbriefe und Repliken

Wo, wenn nicht auch im Körper

Zu M. Dose: Die Huntington-Krankheit – eine Herausforderung (auch) für Psychotherapeuten, *Psychotherapeutenjournal* 1/2021, S. 32–38.

Herrn Dose ist es mit diesem Aufsatz gelungen, die Huntington-Krankheit ausführlich zu beschreiben, mögliche Medikation anzugeben und psychotherapeutische Hilfen für die Erkrankten und deren Angehörige zu benennen. Auch wenn er aus seiner Sicht hier nur die kognitive Verhaltenstherapie empfiehlt, kann doch gesagt werden, dass auf der psychoanalytischen Grundlage der Untrennbarkeit von Psyche und Körper auch die psychoanalytische oder die davon abgeleitete tiefenpsychologische Therapie indiziert wären. An 19 Stellen im Gesamtwerk Freuds fand ich die Bemerkung, die Psyche habe keinen Ort, wo soll sie denn sein, wenn sie nicht auch der Körper ist.

Somit ist es dem Verlag, der Redaktion und besonders M. Dose zu danken, mit diesem Aufsatz die körperliche und psychische Seite der Erkrankung oder die psychische und körperliche Erscheinungsweise der Erkrankung, wie es Viktor von Weizsäcker, einer der ersten Psychosomatiker, sagte, aufzuzeigen. Das Wissen um den Körper wird nach meiner Erfahrung in der psychologisch/psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung leider allzu oft vernachlässigt und den Ärzten überlassen. Aus diesem Grunde besteht nicht nur die DGPT auf der Notwendigkeit der gemeinsamen Aus- bzw. Weiterbildung von Ärzten/innen und Psychologen/innen. Das *Psychotherapeutenjournal* bräuchte mehr solcher Aufsätze, um dem Körper als Ganzem, Psyche eingeschlossen, wieder mehr Gewicht zu verleihen.

Dr. phil. Georg R. Gfäller,
Kiefersfelden

Berufspolitische Gründe?

Zu S. Gauggel: Probleme und Herausforderungen der Klinischen Neuropsychologie, *Psychotherapeutenjournal* 1/2021, S. 14–22.

Im zuletzt erschienenen *Journal* las ich jenen Artikel, in dem Herr Gauggel über den Stand der klinischen Neuropsychologie informiert. Dabei stieß mir sofort der einleitende historische Abriss über die Ursprünge der Disziplin ins Auge. Dort werden Kurt Goldstein und Adhémar Gelb als Pioniere neuropsychologischer Diagnostik erwähnt, als die sie zurecht auch gelten müssen. Wer deren klinische Studien über Farb- und Gestaltwahrnehmungen oder über Aphasien nach Hirnschädigungen kennt, kann nicht umhin, auch ihre befruchtende Wirkung auf die lebens- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen ihrer Zeit zur Kenntnis zu nehmen. Diese Arbeiten waren disziplinübergreifend bekannt und wirkten synergetisch nicht nur auf das Fach selbst, sondern auch auf die Sprachwissenschaften und sogar auf die Philosophie, die sich damals dem Sprachthema im Besonderen zuwandte, wie man etwa am Werk Ernst Cassirers ersehen kann, mit dem Goldstein (er war sein Cousin) in fachlichem Austausch stand.

Was man allerdings von Herrn Gauggel über die Verhältnisse erfährt, die zum Abbruch dieser verdienstreichen Forschungen führten, lässt mich in an Anderes denken: Ich meine damit den Umstand, dass das bekanntermaßen ab 1933 erzwungene (!) Ende dieser interdisziplinären Forschungen mit der verschleiernenden Formel „aufgrund berufspolitischer Gründe“ bedacht wird. Und eben diese Gründe hätten dem Autor zufolge „während des 2. Weltkrieges“ den Ausschlag für den erwähnten Abbruch gegeben. Was unter „berufspolitischen Gründen“ zu verstehen ist, wird dann jedoch in keiner Weise erhellt. Diese offenkundige Fehlleistung macht mich (beinahe) sprachlos, zumal doch

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen, wenn sie das grobe Richtmaß von 2.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen) deutlich überschreiten.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 7. Juli 2021 bei der Redaktion (E-Mail: redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

die tatsächlichen historischen Hintergründe – also Verfolgung, Exil und für viele jüdische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch Schlimmeres – kaum zu ignorieren sind. [...]

Dr. Roman Yos,
Leipzig

Replik: Einfluss der Standespolitik

Replik des Autors S. Gauggel auf den Leserbrief von R. Yos

Ich danke Herrn Dr. Yos für den berechtigten Hinweis auf die Ausgrenzung und Verfolgung der jüdischen Bevölkerung im Deutschen Reich. Es ist völlig richtig, festzuhalten, dass hiervon auch Personen betroffen waren, die aus heutiger Sicht zu den Gründern der Klinischen Neuropsychologie gerechnet werden können und wichtige Impulse gesetzt haben. Aufgrund des am 07. April 1933 erlassenen Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums verlo-

ren sowohl Kurt Goldstein als auch Adhemar Gelb ihre beruflichen Stellungen. Erwähnt werden muss aber, dass Adhemar Gelb zu diesem Zeitpunkt nicht mehr neuropsychologisch tätig war. Er hätte nämlich 1931 einen Ruf nach Halle angenommen, um an der dortigen Universität das Psychologische Seminar aufzubauen. Auch Kurt Goldstein hatte sich 1930 stärker in Richtung Neurologie orientiert und die Leitung einer neurologischen Abteilung in Berlin Moabit übernommen. In den Sonderlazaretten für Hirngeschädigte gab es aber auch noch nach 1933 neuropsychologisch tätige Psychologen. Am 11. Mai 1942 hat der Heeressanitätsinspekteur die Verwendung von Psychologen an Sonderlazaretten zur Betreuung Hirnverletzter allerdings aufgrund standespolitischer Gründe verboten (siehe Geuter, 1984, S. 387).¹ Hierauf bezog sich primär meine Aussage zu den berufspolitischen Gründen.

¹ Geuter, U. (1984). Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt: Suhrkamp.

Mutig voran gehen

Zu: gendersensible Sprache im PTJ

Sehr geehrtes Redaktionsteam, die Ausgaben des PTJ jeweils abwechselnd in weiblicher und männlicher Form zu präsentieren, war ein sehr begrüßenswerter erster Schritt in unsere künftige Sprache. In der Erklärung „Geschlechtersensible Sprache“ auf der inneren Umschlagseite des PTJ wird (...) darauf verwiesen, dass transgeschlechtliche Menschen „ausdrücklich mitgemeint und angesprochen“ seien. Dazu folgende Punkte:

Transgeschlechtlichkeit (...) zielt in aller Regel durchaus auf den Verbleib im Binären, also ist der Transmann höchstwahrscheinlich bei der Geburt als weiblich eingeordnet worden und fühlt sich i. d. R. gemeint, wenn er als männlich gegendert wird, die Transfrau als bei der Geburt höchstwahrscheinlich männlich eingeordnete Person fühlt sich i. d. R. wohl, wenn sie weiblich gegendert wird. Diese könnten sich also

bei der aktuellen sprachlichen Lösung durchaus in jeder 2. Ausgabe direkt angesprochen fühlen.

Nicht abgebildet wird eine zunehmend größer (qua Bewusstwerdung der Tatsache der eigenen Gendersituation) werdende Minderheit von Personen, die sich nicht-binär sehen und weder mit „die“ noch mit „der“ bezeichnet werden können und sich selbst als divers, non-binär, queer, Sternmensch, Zwitter, bi* ... definieren. Im Deutschen gäbe es sprachlich ein Drittes („das“), welches jedoch von den meisten Betroffenen als zu abwertend empfunden wird. Es gilt hier, Sprache weiter zu entwickeln und nicht auf dem Standpunkt zu verharren, dass es Menschen geben darf, die nicht angesprochen werden, sondern für die es ausreicht, „ausdrücklich mitgemeint und angesprochen“ zu sein. Das ist der Standpunkt, den andere Publikationen mit der Mehrheit der Menschen, nämlich allen, die sich nicht männlich gendern, macht. (...)

Psychotherapeut*innen könnten weitere Schritte gehen, zumal die nicht sprachlich repräsentierte Minderheit ob ihrer Unsichtbarkeit jede Unterstützung verdient. Wie genau das sprachlich geht, könnten wir somit auch im PTJ mit zu entwickeln helfen. Ein Vorschlag von eine*r Kolleg*in, *div* sich nicht-binär gendert, ist der Artikel „div“, abgeleitet von divers. Also hätten wir einen vierten Artikel: *div*, *der*, *die*, *das*. (...) Die Abbildung diverser Menschen könnte durch * oder _ oder ! erfolgen, die vor die weibliche Endung gesetzt werden. (...)

Ich wünsche mir, dass unser PTJ mutig voran geht in der Konstruktion einer wirklich inklusiven Sprache! (...)

Dipl.-Psych. G. Frank,
Bad Oldesloe

Für eine sensible Sprache

Zu: gendersensible Sprache im PTJ

Hallo liebe Redaktion, gerade in der Rezension des Buches „Psychotherapeutische Arbeit mit

trans* Personen“ wird die Problematik Ihres Sprachgebrauchs besonders offensichtlich. Sie schreiben in Ihren Ausgaben abwechselnd in weiblicher und männlicher Form und verwechseln diese Praxis mit geschlechtersensibler Sprache. Damit zementiert ein psychotherapeutisches Organ die binäre Geschlechtlichkeit und macht alle anderen Geschlechter unsichtbar. Dadurch wirkt die Rezension unfreiwillig komisch, was der Rezensentin nicht gerecht wird. Und erst recht nicht den Autor*innen, die sich in ihrem Buch differenziert mit der Bedeutung von Sprache, der Fluidität der Geschlechtlichkeit und Genderidentitäten auseinandersetzen. Bei zwei Autorinnen und einer nicht-binären Autor_in von „Autoren“ zu schreiben, weil diese Ausgabe zufällig im generischen Maskulinum daherkommt, entlarvt die Schwäche dieser Lösung. Ich halte Ihren Beschluss zu wechselnden männlichen und weiblichen Ausgaben weder für zeitgemäß noch für ökonomisch, und schon gar nicht für professionell oder wertschätzend. Ich glaube es ist Zeit, sich dem von Frau Götz so treffend benannten Paradigmenwechsel zu stellen und eine wirklich sensible Sprache zu verwenden.

Bettina Meier,
Lüneburg

Antwort des Redaktionsbeirates

Zu: gendersensible Sprache im PTJ

Sehr geehrte Frau Meier, sehr geehrter Herr Frank, vielen Dank für Ihre engagierten Rückmeldungen und Einschätzungen zum Thema gendersensible Sprache im PTJ. Nach dreieinhalb Jahren mit unserer Regelung sind wir ebenfalls der Meinung, dass es einer neuen und zeitgemäßerer Umsetzung bedarf. Unsere „Zukunftswerkstatt“ ist bereits in die Überlegungen zur konkreten Neugestaltung im PTJ eingestiegen, siehe dazu bitte auch das Editorial dieser Ausgabe.

Ihr Redaktionsbeirat PTJ

Weiterbildung verabschiedet: Ein historischer Moment für die Profession

38. Deutscher Psychotherapeutentag am 23./24. April – online

Der 38. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat am 24. April 2021 mit großer Mehrheit (110 von 140 Stimmen) die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen verabschiedet. Ein historischer Moment, denn mit der neuen Musterordnung schafft die Profession die Voraussetzung dafür, dass Fachpsychotherapeutinnen für alle Facetten des Berufs qualifiziert werden. Außerdem waren Schwerpunkte des DPT: die Forderungen der Psychotherapeutenchaft für die nächste Legislatur und die Diskussion einer Nachhaltigkeitsstrategie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Einen besonderen Stellenwert nahm die Debatte um die psychischen Konsequenzen der Corona-Pandemie ein. Der DPT forderte einstimmig, ausreichende Unterstützung und Behandlungskapazitäten zu schaffen und spezifisch auf die Belange von Kindern und Jugendlichen, Älteren und Pflegebedürftigen sowie Menschen in schwierigen sozioökonomischen Lebenslagen einzugehen.

Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen

Zentrale Ziele der Profession

Die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen stellt eine Empfehlung an die Landespsychotherapeutenkammern dar, die Regelungen in ihr autonomes Satzungsrecht zu übernehmen.

Die Weiterbildung qualifiziert für die Vielfalt psychotherapeutischer Tätigkeitsfelder. In seinem Eingangsstatement erinnerte BPTK-Präsident Dr. Diet-



Versammlungsleitung: Juliane Sim, Stuart Massey Skatulla, Birgit Gorgas

rich Munz daran, dass die Profession sich mit der Weiterbildung für die Zukunft aufstelle. Eine Qualifizierung auch für Tätigkeiten im Bereich der Jugendhilfe, der gemeindepsychiatrischen Dienste und der Suchthilfe solle deshalb möglich sein. Munz betonte: „Wir fällen heute und morgen Entscheidungen für die Zukunft. Diese Zukunft können wir gestalten. Lassen Sie uns das gemeinsam tun mit Blick auf den Stellenwert der Psychotherapie, wie wir sie sehen. Lassen Sie uns Entscheidungen für die Zukunft treffen, indem wir optimistisch nach vorne schauen.“

Der BPTK-Präsident erinnerte daran, dass die angemessene Finanzierung der ambulanten Weiterbildung noch nicht gesichert sei. Man brauche einen Ansatz, der sicherstelle, dass die künftigen Weiterbildungsstätten ihre Weiterbildungsleistungen finanziert bekommen und die Psychotherapeutinnen

in Weiterbildung ein adäquates Gehalt beziehen können. Mit den Regelungen im Ausbildungsreformgesetz könne man nicht zufrieden sein. Man werde deshalb eine Alternative entwickeln, sie miteinander besprechen und dann versuchen, die Politik von dieser Lösung zu überzeugen.

Zentrale Eckpunkte des Paragrafenteils

Künftig werde es zwei Muster-Weiterbildungsordnungen geben, erläuterte BPTK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melpop, jeweils eine Ordnung für Approbierte nach altem und nach neuem Recht. Die Regelungen nach neuem Recht unterteilten sich in Abschnitt A mit dem Paragrafenteil, Abschnitt B zu den Fachgebieten, Abschnitt C zu den Psychotherapieverfahren in Gebieten und Abschnitt D zu den Bereichen. Ziel sei es, auf diesem DPT die Abschnitte A und B zu verabschieden.

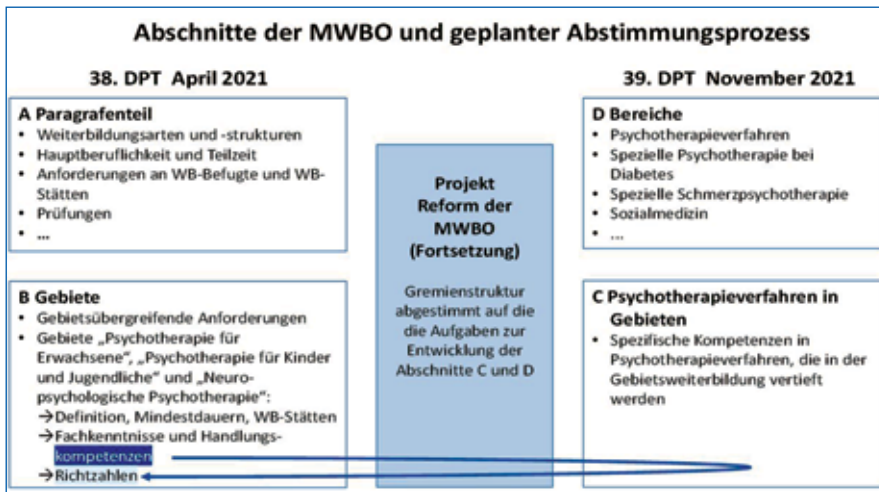


Abbildung 1: Abschnitte der MWBO und geplanter Abstimmungsprozess; Quelle: BPTK, 2021

Die Muster-Weiterbildungsordnung, die dem DPT vorlag, regelte die Qualifikation der nach neuem Recht approbierten Psychotherapeutinnen, führte Melcop weiter aus. Im Paragrafenteil der MWBO werde festgelegt, dass im Gegensatz zur bisherigen Ausbildung die Weiterbildung nunmehr hauptberuflich und angemessen vergütet erfolgen werde. Die Zeiten der Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung gehörten zur bezahlten Arbeitszeit. „Die Webfehler der bisherigen Ausbildung, also von den Psychotherapeutinnen in Ausbildung zu tragende Ausbildungsgebühren, unzureichende Bezahlung und eine fehlende sozialrechtliche Absicherung, wird es in der Weiterbildung nicht geben“, so Melcop.

Weiterbildung in Teilzeit

Bei einer hauptberuflichen Weiterbildung in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung stellt sich die Frage, wie flexibel die Weiterbildung gestaltet werden sollte, um eine Vereinbarkeit von Familien- und Sorgearbeit sowie Berufstätigkeit zu ermöglichen. Der Entwurf zur Muster-Weiterbildungsordnung sah deshalb vor, dass die Weiterbildung in Teilzeit im Umfang von mindestens 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit möglich sein solle. Diese 50 Prozent sollten auch durch zwei Teilzeittätigkeiten im Umfang von jeweils 25 Prozent erfüllt werden können. Der DPT diskutierte, inwieweit die Anforderung einer 25-prozentigen Teilzeitstelle im

Interesse einer größeren Flexibilität umsetzbar ist. Schließlich habe man in der derzeitigen Ausbildung im ambulanten Bereich ausreichend Erfahrungen damit gesammelt, dass ein solcher Stundenumfang eine Qualifizierung durchaus ermögliche. Zu bedenken wurde gegeben, dass man mit einer Stelle von lediglich einem Viertel der Vollzeittätigkeit nur sehr bedingt in die Teamarbeit der Ambulanzen, aber auch der Kliniken eingebunden werden könne.

Der DPT zeigte sich von der Notwendigkeit ausreichender Flexibilität überzeugt und votierte für eine Weiterbildung im Umfang von 25 Prozent einer entsprechenden Vollzeitstelle für die ambulante Weiterbildung und beließ es für die anderen Versorgungsbereiche bei 50 Prozent einer Vollzeitstelle. Er setzte damit darauf, dass es den Landespsychotherapeutenkammern gelingt, ggf. erforderliche Anpassungen in den Heilberufe-Kammergesetzen der Bundesländer zu erreichen.

Verankerung der Psychotherapieverfahren

Während der Qualifizierung in den Gebieten Kinder und Jugendliche oder Erwachsene ist die Vertiefung in einem Psychotherapieverfahren obligatorisch. Die Anforderungen an die Qualifizierung in einem Verfahren, sowohl während der Gebietsweiterbildung als auch im Kontext der möglichen Bereichsweiterbildungen, wird im Projekt

„Muster-Weiterbildungsordnung“ bis zum Herbst-DPT 2021 entwickelt werden. Diesem DPT war es bereits ein Anliegen, die Verankerung der Psychotherapieverfahren in der Gebietsweiterbildung im Teil A, dem Paragrafenteil der Muster-Weiterbildungsordnung, zu verdeutlichen. Gleichzeitig wurde festgehalten, dass die Qualifizierung in mindestens einem weiteren Verfahren bereits während der Gebietsweiterbildung begonnen oder absolviert werden kann.

Qualität und Koordinierung der Weiterbildung

Im Vorfeld des DPT hatte eine Arbeitsgruppe nach Wegen gesucht, die Koordinierung der Weiterbildung zu einem verpflichtenden Merkmal über alle Weiterbildungsstationen hinweg zu machen. Die Befürworter dieser Muss-Regelung betonten auf dem DPT, dass die konzeptionelle Einheit von Theorie, Praxis, Selbsterfahrung und Supervision über die gesamte Weiterbildung hinweg ein spezifisches Qualitätsmerkmal der psychotherapeutischen Ausbildung war und auch der psychotherapeutischen Weiterbildung werden müsse. Dies habe man auf dem 25. DPT vereinbart. An diesem Ziel wolle man festhalten und dem 39. DPT einen entsprechenden Antrag vorlegen.

BPTK-Vizepräsident Melcop gab zu bedenken, dass die AG Koordinierung bisher nicht habe darlegen können, ob und wie dies möglich wäre. Er gehe davon aus, dass die Kammern auch bei einer Kann-Regelung die Entwicklung entsprechender Modelle fördern und sich für die Finanzierung von Modellen einsetzen werden. Dem pflichteten Delegierte bei. Insgesamt solle man eher auf Förderung statt Verpflichtung setzen. Der DPT votierte für die Kann-Lösung.

Gebiete Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und Psychotherapie für Erwachsene

Vorstand Wolfgang Schreck erläuterte die entscheidenden Regelungen für die Weiterbildung im Gebiet Psychotherapie für Erwachsene. Die Anforderungen für den Fachpsychotherapeutenstandard seien aus der Beschreibung

der Tätigkeitsprofile, aber auch aus gesetzlichen Vorgaben und den G-BA-Richtlinien abgeleitet. Sie seien also versorgungsorientiert. Das angestrebte Kompetenzniveau kristallisiere sich in den Richtlinien, die eine Mindestzahl an zu behandelnden Patientinnen, durchzuführenden Akutbehandlungen, Kriseninterventionen, Kurzzeit- und Langzeittherapien vorgeben. Dies sei eine diffizile und intensive Arbeit gewesen, die sich aber auszahlen werde. „Denn bei der Frage, was Psychotherapeutinnen können und wofür sie die Verantwortung übernehmen können, sind die Kompetenzbeschreibungen und Richtzahlen in der Weiterbildungsordnung wesentlich“, hielt Schreck fest.

Die Weiterbildung im institutionellen Bereich biete Chancen, die die Profession ergreifen solle, betonte Schreck weiter. Die Wieder- oder Neuentdeckung dieser Tätigkeitsfelder sei keinesfalls ein Selbstläufer, denn es gehe zunächst darum, den Trägern im institutionellen Bereich die hochformalisierte Systematik der Weiterbildung zu erläutern und dafür zu werben, dass Weiterbildungsstellen für Psychotherapeutinnen entstünden, weil sich damit die Unterstützung und Beratung im institutionellen Bereich substanziell verbessern lasse.

Schreck hob hervor, dass eine 60-monatige Weiterbildung notwendig sei, um ausreichend Berufserfahrung für das stetig wachsende Aufgabenprofil zu sammeln. Dabei sei zu berücksichtigen: „Weiterbildung ist etwas völlig anderes als Ausbildung. Weiterbildung findet in Berufstätigkeit statt. Ein angemessenes Gehalt setzt voraus, dass man einen substanziellen Teil der Arbeitszeit in der Versorgung tätig ist. Wir betreten hier Neuland und der Vergleich mit der postgradualen Ausbildung ist nicht angemessen.“

Vorständin Michaela Willhauck-Fojkar stellte die Regelungen zum Gebiet Psychotherapie für Kinder und Jugendliche vor. Das vorgeschlagene Kompetenzprofil ermögliche die Spezialisierung für die Versorgung eines sehr heterogenen Altersspektrums. Es reiche vom Säuglings- bis zum jungen Erwachsenen-

Psychotherapeut*innen in Weiterbildung



Vorgaben der Heilberufe-Kammergesetze:

Folgende Bundesländer lassen die Weiterbildung in Teilzeit zu, verlangen jedoch eine Teilzeittätigkeit im Umfang von mindestens 50 Prozent einer Vollzeitstelle: *Schleswig-Holstein, Bremen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen (entscheidend für OPK, d. h. für insgesamt fünf Bundesländer).*

Folgende Bundesländer lassen unter verschiedenen Voraussetzungen eine Teilzeittätigkeit ohne Vorgaben zum Umfang zu: *Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Berlin*

38. Deutscher Psychotherapeutentag

Abbildung 2: Vorgaben der Heilberufe-Kammergesetze; Quelle: BPtK, 2021

alter. Sie erinnerte daran, dass es ein zentrales Diskussionsthema gewesen sei, bei welchem Alter die Gebietsgrenze liegen solle: bei 21, 24 oder 27 Jahren. Die Empfehlung des Projektes „Muster-Weiterbildungsordnung“ sei die Versorgung von Patientinnen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Die Behandlung von älteren Patientinnen sei möglich, wenn eine Indikation für eine Behandlung mit den Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliege oder eine vorher begonnene Therapie fortgesetzt werden müsse. Unter rein fachlichen Gesichtspunkten hätten sich viele eine höhere Altersgrenze vorstellen können. Für das 21. Lebensjahr sprächen allerdings gewichtige pragmatische Überlegungen. Bei einer höheren Altersgrenze würden die Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie keine Zulassung erhalten, solange dort als Weiterbildungsbefugte ausschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) zur Verfügung stehen würden, deren Weiterbildungsbefugnis bis zum 21. Lebensjahr begrenzt sei. Zwingende Kooperationen mit anderen Weiterbildungsstätten oder die direkte Einbindung von Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) als Befugte sei praktisch kaum realisierbar.

Willhauck-Fojkar erinnerte noch einmal daran, dass der Fachpsychotherapeutenstandard bedeute, dass man Kompetenzen für die Versorgung des gesamten Spektrums psychischer Er-

krankungen brauche, bei denen Psychotherapie indiziert sei. Dies schließe alle Schweregrade, auch bei Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf und in unterschiedlichen sozialen Lagen ein. Dieses ganze Spektrum könne man nicht über vordefinierte Fallkonstellationen oder konkrete Richtzahlen abbilden. Deshalb gebe es die Mindestzeiten. Innerhalb dieser Mindestzeiten könne man eine ausreichende Berufserfahrung für das breite Patienten- und Behandlungsspektrum im ambulanten und stationären Bereich sammeln. Willhauck-Fojkar betonte: „Mindestzeiten sind mehr als die Summe aller Richtzahlen“.

Gebietsdefinitionen und Gebietsgrenzen

Delegierte aus den Reihen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen plädierten dafür, die Altersgrenze auf 24 Jahre und 11 Monate anzuheben. Die Heraufsetzung der Altersgrenze sei notwendig, um dem Behandlungsbedarf junger Erwachsener gerecht zu werden. Für die Versorgung im Transitionsalter brauche man Fachpsychotherapeutinnen für Kinder und Jugendliche mit entsprechend fundierten Fachkompetenzen.

Demgegenüber wurde auch aus den Reihen der KJP zu bedenken gegeben, dass eine solche Regelung zu erheblichen Hürden für die Umsetzung der Weiterbildung in diesem Gebiet führen werde. Man halte das fachlich vielleicht



Vorstand der BPtK: *Michaela Willhauck-Fojkar, Dr. Dietrich Munz, Dr. Andrea Benecke, Dr. Nikolaus Melcop, Wolfgang Schreck*

für wünschenswert, aber praktisch nicht für realisierbar. Vor diesem Hintergrund entschied sich der DPT für die Altersgrenze von 21 Jahren.

Kompetenzkataloge/Diversität

In der vorgelegten Muster-Weiterbildungsordnung wurden vertiefte Fachkenntnisse zu Kultur- und Genderaspekten in der Psychotherapie, aber auch Handlungskompetenzen in den einzelnen Gebieten gefordert. Delegierte wiesen darauf hin, dass mit dieser Ordnung für lange Zeit der Grundstein für das psychotherapeutische Selbstverständnis gelegt werde. Man habe bei der Muster-Weiterbildungsordnung die Chance, die Achtung menschlicher Vielfalt angemessen zu berücksichtigen. Man schlage deshalb eine offenere und breitere Regelung vor, indem man von der „Berücksichtigung menschlicher Diversität in der Psychotherapie in Bezug auf Gender, Ethnie bzw. Kultur, sexuelle Orientierung, Beeinträchtigung und anderer Aspekte“ spreche. Der DPT folgte diesem Anliegen mit großer Mehrheit und beschloss eine Umformulierung in den Kompetenzkatalogen.

Mindestzeiten in der Weiterbildung

Dem DPT lagen mehrere Anträge zur Dauer der Weiterbildung vor.

Ausgangspunkt von Delegierten, für eine Verkürzung der Weiterbildungszeit zu plädieren, war ein Vergleich der postgradualen Ausbildung von PP und KJP mit der künftigen Weiterbildung von Fachpsychotherapeutinnen. Man wies darauf hin, dass sich die Anforderungen

im Vergleich zur jetzigen Ausbildung in der Weiterbildung verdoppeln würden. Dies sei nicht verhältnismäßig und bedeute einen erheblichen Einschnitt in die Lebensplanung des Nachwuchses, ohne dies fachlich begründen zu können. Eine fünfjährige Weiterbildung verlängere die Abhängigkeit, die eine Weiterbildung darstelle, unnötigerweise um ein Jahr und beschneide Freiheitsgrade, die man für eine wissenschaftliche Qualifizierung dringend brauche.

Andere Delegierte plädierten für die fünfjährige Weiterbildung. Sie verwiesen darauf, dass die Rahmenbedingungen der künftigen Weiterbildung grundlegend andere sind als diejenigen der jetzigen Ausbildung. Man sei sozialversicherungspflichtig beschäftigt und könne sich voll und ganz seiner Weiterbildung widmen. Teilzeitbeschäftigung sei möglich und damit auch eine individuelle Lebensplanung mit der Weiterbildung vereinbar. Die Weiterbildung sei eine Zeit der Berufstätigkeit. Jede Anstellung bedeute ein Abhängigkeitsverhältnis von der Arbeitgeberin, sei jedoch keine Strafe, sondern ein geschützter Kontext, innerhalb dessen Kompetenzen erworben werden könnten. Erinnert wurde daran, dass nicht nur die konkreten Behandlungsleistungen, sondern auch die Weiterbildungszeiten für Theorie, Supervision und Selbsterfahrung zur Arbeitszeit gerechnet würden. Insofern bedeute eine fünfjährige Weiterbildung keine Zumutung, sondern eine Bereicherung.

Inhaltlich wurde betont, dass 60 Monate Qualifizierung notwendig seien,

um der Vielfalt der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen gerecht zu werden. Dafür sei ganz konkret ausreichend Zeit nötig, um sich zum Beispiel im ambulanten Bereich für die Behandlung mit Langzeitpsychotherapien zu qualifizieren.

Vor diesem Hintergrund sprach sich die Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung für eine fünfjährige Weiterbildungszeit aus. Vertreterinnen der Psychologie-Fachschaften-Konferenz plädierten dagegen für eine vierjährige Weiterbildung.

Der DPT entschied sich mit über 80 Prozent der Stimmen für eine Weiterbildung von fünf Jahren, wobei verpflichtend zwei Jahre im ambulanten und zwei Jahre im stationären Bereich zu absolvieren sind.

Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie

Als drittes Gebiet der Muster-Weiterbildungsordnung befand der DPT über die Neuropsychologische Psychotherapie. BPtK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke stellte fest, dass derzeit eine flächendeckende Unterversorgung in der Psychotherapie von Menschen mit Hirnverletzungen und -erkrankungen bestehe. Diese Unterversorgung werde aufgrund des demografischen Wandels weiter wachsen. Mit dem Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie habe man den Schlüssel zu einer besseren Versorgung in der Hand. Die Gebietsdefinition lege fest, dass es sich um einen eigenen Versorgungsbereich handle, der die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von kognitiven, behavioralen und emotional affektiven Störungen bei verletzungs- und krankheitsbedingten Hirnfunktionen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter umfasse.

Der DPT diskutierte, inwieweit ein altersübergreifendes Gebiet zu rechtfertigen sei und ob eine Unterscheidung zwischen korrespondierenden und komorbiden Störungen ausreichend trennscharf sei. Der DPT stimmte der Etablierung des Gebiets Neuropsychologische Psychotherapie zu.

Psychische Erkrankungen und soziale Ungleichheit

Im Bericht des Vorstandes konzentrierte sich BPtK-Präsident Munz auf die Corona-Pandemie. Sie habe massiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der Menschen. Dabei treffe es nicht alle gleich. Bereits vor der Pandemie habe man gewusst, dass Kinder in Familien mit geringen sozioökonomischen Ressourcen zweieinhalb Mal so häufig psychisch auffällig sind wie Kinder in Familien mit hohen sozioökonomischen Ressourcen. Armut mache Kinder krank. Wenig überraschend habe die COPSY-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Corona-Pandemie gezeigt, dass in der ersten Welle der Pandemie im Mai/Juni 2020 die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zugenommen habe. Psychische Auffälligkeiten zeigten sich nicht mehr nur bei jedem fünften, sondern bei jedem dritten Kind. In der Befragung zur zweiten Welle verdichtete sich dieses Bild. Besonders deutlich werde, dass vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwierigen Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund durch die Pandemie psychisch gefährdet seien.

Die wachsende soziale Ungleichheit treffe auch die Erwachsenen. Der Datenreport 2021 des Statistischen Bundesamtes zeige, dass die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie besonders Geringqualifizierte, Alleinerziehende, Selbständige und Zugewanderte treffe. Die Corona-Pandemie vergrößere die Schere zwischen arm und reich. Armut mache krank, so der BPtK-Präsident. „Ich wünsche mir eine Gesellschaft, die das soziale Netz enger knüpft für Erwachsene und Kinder. Ich wünsche mir ein Gesundheitssystem, das adäquat mit den auf uns zukommenden Problemen umgeht“, forderte Munz.

Delegierte berichteten von Anrufen in ihren Praxen, bei denen Menschen schon fast um Therapieplätze bettelten. Aufgrund des strukturellen Problems der Wartezeiten sei eine weitere Reform der Bedarfsplanung notwendig. Wichtig sei es, auch ältere und pfle-

gebedürftige Menschen, Obdachlose und andere Menschen in schwierigen sozialen Situationen besser mit Psychotherapie zu versorgen. Mit Verweis auf den schriftlichen Bericht des Vorstands und die abgegebenen Stellungnahmen, Pressemitteilungen und Interviews betonten Delegierte, die BPtK sei „die Stimme unserer Profession“.

Digitalisierung – Sanktionen sind absolut inakzeptabel

BPtK-Präsident Munz wies darauf hin, dass ab dem 1. Juli 2021 niedergelassene Psychotherapeutinnen genauso wie Ärztinnen finanziell bestraft werden, wenn sie nicht über einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) verfügen. Nur mit diesem Ausweis können sie auf die elektronische Patientenakte zugreifen. Wer dies nicht könne, werde ab 1. Juli dieses Jahres mit einer pauschalen Kürzung der Vergütung um ein Prozent bestraft.

Der Prozess der eHBA-Ausgabe sei komplex und werde in Kooperation zwischen Kammern, Unternehmen und der Gematik gestaltet. Dieser Prozess werde dadurch erschwert, dass der Gesetzgeber zeitliche Vorgaben nebenbei und ohne Rücksprache geändert habe. Es sei völlig inakzeptabel, dass nun Verzögerungen bei Produktions- und Umsetzungsprozessen auf dem Rücken der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Ärztinnen ausgetragen werden sollten. Munz bat die Delegierten um Unterstützung für die Resolution „Keine Sanktionen für unverschuldete Verzögerung!“. Er forderte das Bundesgesund-

heitsministerium auf, die vorgesehene Honorarkürzung ersatzlos zu streichen oder die Frist per Rechtsverordnung zu verlängern.

Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen 2021 bis 2025

Der DPT diskutierte die gesundheitspolitischen Forderungen der Psychotherapeutinnen für die nächste Legislatur. Der BPtK-Präsident beschrieb die Ausgangslage. Die gesetzliche Krankenversicherung stehe vor einer riesigen Finanzierungslücke und derzeit sei nicht absehbar, dass über einen Bundeszuschuss dieses Defizit gedeckt werde.

Man müsse also davon ausgehen, dass Krankenkassen im Wettbewerb versuchen werden, Beitragserhöhungen insbesondere beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu vermeiden. Die Lehren der Vergangenheit lassen erahnen, dass mit Blick auf psychisch kranke Menschen die Krankenkassen vor Selektivverträgen ohne Psychotherapie, aber dafür mit Gesundheits-Apps („digitalen Gesundheitsanwendungen“) nicht zurückschrecken könnten. Zu erwarten sei auch, dass Selektivverträge mit Psychotherapeutinnen in Privatpraxen zunehmen werden. Bei solchen Verträgen würden die Kassen dann ein Wörtchen mitreden können, wer wie und wie lange behandelt werde. Munz betonte: „Wir wollen die Bundestagskandidatinnen davon überzeugen, dass frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Behandlung für viele psychisch kranke Menschen der entscheidende Schritt sind, um Ar-

Projektstart PsyTOM: Teilnahme für Psychotherapeutinnen möglich

Im April ist das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „PsyTOM“ unter Leitung von Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (FU Berlin) gestartet. Im Projekt sollen zunächst bereits vorhandene Online-Module mithilfe von Psychotherapeutinnen und Patientinnen weiterentwickelt und an die Bedürfnisse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung angepasst werden. Dabei sollen Anwendungen entstehen, die sowohl therapieschulenübergreifend als auch bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (transdiagnostisch) einsetzbar sind. In der zweiten Projektphase werden die Module in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eingesetzt und evaluiert. In einer randomisiert-kontrollierten Studie wird überprüft, wie die Online-Module von Patientinnen und Psychotherapeutinnen genutzt werden und ob die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie dadurch intensiviert und stabilisiert werden kann. Interessierte Psychotherapeutinnen können sich ab sofort unter info@bptk.de zur Teilnahme am Projekt melden.

beits- und Schulfähigkeit, aber vor allem auch Teilhabechancen zurückzugewinnen.“ Dauerbrenner bleibe daher auch in der nächsten Legislatur eine realistischere Bedarfsplanung.

In der anschließenden Aussprache betonten Delegierte, dass es beim Thema Bedarfsplanung darauf ankomme, mit Augenmaß und ohne Unterlass auf Reformen zu drängen. Die Delegierten verabschiedeten die Resolution „Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen 2021 bis 2025“ einstimmig.

Klima- und Umweltschutz: Eckpunkte einer BPTK-Nachhaltigkeitsstrategie

„Wirtschaftliches Wachstum und Wohlstand, die damit erkaufte sind, dass die Kosten der Zerstörung unserer Umwelt ignoriert werden, sind keine Zukunftsperspektive mehr“, stellte BPTK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke bei der Präsentation der Eckpunkte einer BPTK-Nachhaltigkeitsstrategie fest. Neben der Systemfrage, wie man Wirtschaftsweise und Ökologie in Einklang bringen könne, sei es wichtig zu sehen, dass auch jede Einzelne sich fragen müsse, was sie bereit zu tun sei, um die Klimakrise zu bekämpfen. Auch Psychotherapeutinnen sollten sich fragen, wo sie ihre Aufgaben sehen, angesichts der mit der Klimakrise verbundenen Gesundheitsgefahren.

Es sei in der Planung dem DPT vorzuschlagen, in der Muster-Berufsordnung festzuhalten, dass es zu den Aufgaben der Psychotherapeutinnen und der Profession gehöre, zum Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen beizutragen. Auch habe man in der Muster-Weiterbildungsordnung festgelegt, dass der Erwerb von vertieftem Fachwissen zum Einfluss ökologischer Faktoren auf die psychische Gesundheit gebietsübergreifend vermittelt werde. Letztlich hänge glaubhaftes Engagement von dem ab, auf das man sich selbst verpflichte. Der wichtigste Punkt der Selbstverpflichtung treffe das Ehrenamt. Wie wolle das Ehrenamt seine Arbeit in den Gremien künftig unter ökolo-

gischen Gesichtspunkten organisieren? Frau Benecke lud den DPT ein, dieses Thema zu diskutieren: „Ist vorstellbar, dass unsere Ausschüsse und Kommissionen mindestens die Hälfte ihrer Sitzungen digital durchführen? Ist vorstellbar, dass wir uns bei den Transportmitteln auferlegen, nur in begründeten Fällen zu fliegen? Und welche Gründe sollen hier zählen?“

Die Delegierten zeigten sich überzeugt, dass man mit der Tagungskultur nicht hinter die Erfahrungen der Corona-Zeit zurückkönnen. Digitale Formate würden mit Sicherheit zunehmen. Ziel müsse es außerdem sein, das Fliegen auf das unbedingt notwendige Maß zu reduzieren. Es gehöre, so Delegierte, alles auf den Prüfstand. Zu bedenken gegeben wurde aber auch, dass mit einer stetigen Zunahme digitaler Formate vieles verloren gehe. Die Beziehung zueinander, das Kennenlernen, der persönliche Austausch seien wichtig für eine breite Beteiligung am Diskurs und der Tragfähigkeit von Entscheidungen. Hier habe man in den vergangenen 14 Monaten von der Substanz des persönlichen Austauschs aus früheren Jahren gelebt.

DPT in Präsenz und digital

BPTK-Vorstand Wolfgang Schreck und Hermann Schürmann berichteten für die Satzungskommission über den Stand der Beratungen. Die Kommission beschäftigt sich aktuell im Schwer-

punkt mit der Frage, ob in der Satzung geregelt werden sollte, dass ein DPT digital ausgerichtet werden kann. Hauptthema, auch der anschließenden Debatte, war die Frage, inwieweit der Vorstand in Absprache mit dem Länderrat von der Regel abweichen könne, die Deutschen Psychotherapeutentage in Präsenz durchzuführen. Die Delegierten des DPT stellten sich darüber hinaus die Frage, ob nicht grundsätzlich eine Entscheidung möglich sei, DPT abwechselnd in Präsenz und digital durchzuführen. In diesem Falle gehe es nicht um eine Art „Notentscheidung“ von Vorstand und Länderrat, sondern um eine grundsätzliche Entscheidung über Frequenz und Form der Psychotherapeutentage. Hermann Schürmann, Sprecher der Satzungskommission, sicherte zu, diese Anregung in der Kommission zu diskutieren.

Resolutionen

Der DPT verabschiedete zu zentralen politischen Themen Resolutionen.

Einstimmig verabschiedete er die Resolution „Keine Sanktionen für unverschuldete Verzögerung!“. Er forderte die Gesundheitspolitik und das Bundesministerium für Gesundheit eindringlich auf, gesetzliche Vorgaben zur Förderung von Digitalisierung in den psychotherapeutischen Praxen ohne Sanktionsandrohungen zu konzipieren und umzusetzen.

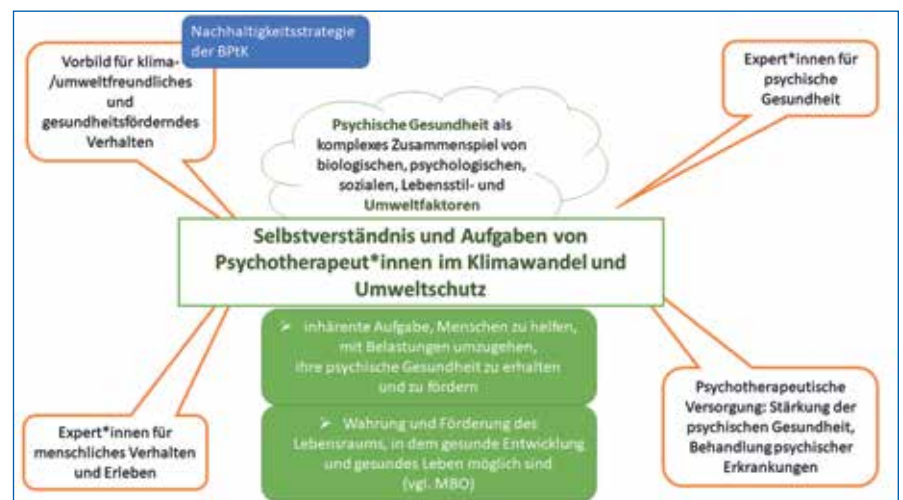


Abbildung 3: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz; Quelle: BPTK, 2021

Mit großer Mehrheit verabschiedete der DPT die Resolution „Komplexversorgung: Kooperation und Vernetzung“. Die Delegierten begrüßten den gesetzlichen Auftrag, eine neue Richtlinie für die multiprofessionelle Versorgung für Patientinnen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf zu erarbeiten. Sie betonten, dass gemeinsam mit der Patientin festgelegt werden sollte, wer Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugsärztin sein sollte und wer verantwortlich die weitere Behandlung plant und die Zusammenarbeit koordiniert.

Mit großer Mehrheit verabschiedete der DPT die Resolution „Psychische Folgen der Corona-Pandemie ernst nehmen“. Der DPT forderte von der Gesundheitspolitik eine Anpassung der psychotherapeutischen Beratungs- und Behandlungskapazitäten an den mit der Corona-Pandemie einhergehenden Bedarf.

Einstimmig nahm der DPT die Resolution „Mindestvorgaben zur Ausstattung mit Psychotherapeut*innen in Psychiatrie und Psychosomatik fachgerecht umsetzen“ an. Er forderte vom G-BA eine

Nachgutachten zur Gestalttherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Am 15. März 2021 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) ein Nachgutachten zur Gestalttherapie bei Kindern und Jugendlichen veröffentlicht, das auf Antrag des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamts im Gesundheitswesen erstellt wurde. Er kommt darin zu dem Ergebnis, dass auf der Grundlage der mit dem Nachantrag eingereichten Studien für keinen der Anwendungsbereiche der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der Gestalttherapie bei Kindern und Jugendlichen festgestellt werden kann. Wie bereits im Gutachten des WBP zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gestalttherapie vom 11. Juni 2018 festgestellt, kann die Gestalttherapie daher nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin entsprechend § 1 Absatz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden.

Korrektur und ausreichende Berücksichtigung der Behandlungszeiten für Psychotherapie in der Richtlinie, damit alle Patientinnen in fachgerechtem Umfang mit erforderlicher Differenziertheit eine psychotherapeutische Behandlung erhalten können.

Der DPT verabschiedete mit großer Mehrheit die Resolution „Qualifiziertes Dolmetschen für Patient*innen in der psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen!“. Für Menschen mit Migrationshintergrund, die nicht über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen, sollten die Dolmetscherkosten getragen werden.

Der DPT verabschiedete mit großer Mehrheit die Resolution „Verzicht auf Benchmarking psychotherapeutischer Praxen im GVVWG!“

Einen ausführlichen Bericht zum DPT finden Sie auf unserer Homepage unter www.bptk.de.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030/278785-0
Fax: 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Vertreterversammlung der Kammer musste Mitte März erneut bedingt durch die Corona-Einschränkungen als Videokonferenz tagen. Ein wichtiges Thema waren auch der Klimawandel und die Frage, welchen Beitrag wir zur Begrenzung der Erderwärmung leisten können. Dabei wurde vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Kammer mit Videokonferenzen und webbasierten Seminaren überlegt und angeregt, künftig zunächst abzuwägen, ob eine bestimmte Veranstaltung, sei es eine Tagung, ein Seminar oder eine Gremienbesprechung, in Präsenz oder online durchgeführt werden kann.

Die Erfahrungen zeigen, dass neue Kenntnisse oder bspw. veränderte Regelungen der Berufsausübung über die webbasierten Angebotsmöglichkeiten gut und effizient vermittelbar sind. Ein Vorteil ist auch, dass auf diese Weise eine große Anzahl von Interessierten angesprochen und zur Teilnahme motiviert werden kann, da diese für die meisten wesentlich weniger aufwendig ist als eine Teilnahme vor Ort. Auch bei inhaltlich wenig kontroversen und gut vorbereiteten Arbeitsunterlagen ist ein digitaler Austausch mit Konsensbildung und Abstimmung gut möglich. Wird ein gemeinsames Reflektieren und eine gründliche Diskussion sowohl fachlicher als auch politischer Themen erforderlich, ist hingegen

die Präsenz der Teilnehmerinnen nach wie vor bedeutsam. Es darf auch nicht vergessen werden, dass es den Veranstaltungsteilnehmerinnen oft wichtig ist, andere Kolleginnen zu treffen, um sich persönlich auszutauschen oder einander kennenzulernen.

Zwischen Vorstand und Gremienvertreterinnen besteht Konsens, dass der ökologische Beitrag in Entscheidungsprozesse stärker einbezogen werden soll. Wir werden auch in Zukunft zu wichtigen fachlichen und berufspolitischen Themen nicht nur über die Homepage oder den Newsletter informieren, sondern ebenso Veranstaltungen nutzen, um einen Austausch zu diesen Themen mit den Mitgliedern zu pflegen, und dabei abwägen, ob diese digital oder, um den direkten persönlichen Kontakt zu ermöglichen, in Präsenz stattfinden soll. Wir hoffen, dass wir dazu je nach Veranstaltung und Inhalt das geeignete Format wählen und dabei den Interessen der Mitglieder gerecht werden.

Für die Sommerzeit wünschen wir Ihnen schöne und erholsame Tage.

Ihr Kammervorstand

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

LPK-Vertreterversammlung am 13. März 2021

Nach dem Bericht des Präsidenten über die Aktivitäten der Kammer seit der letzten LPK-Vertreterversammlung (VV) fand dazu eine Aussprache statt. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie und deren Auswirkungen auf die Kammer wurden besprochen. Eine erhöhte Anzahl an Anfragen der Mitglieder im Zusammenhang mit der Pandemie ist deutlich feststellbar.

Der Vertreter der Universitäten Prof. Dr. G. Alpers berichtet, dass die Verhandlungen zur Finanzierung der neuen Studiengänge auf einem guten Weg seien und mit dem Start der neuen Masterstudiengänge für 2022 zu rechnen sei.

Die Landesärztekammer hat beschlossen, aufgrund der Pandemie allen Ärztekammermitgliedern fünfzig Punkte in ihrem Fortbildungskonto gutzuschreiben. Aus der VV kommt die Anregung, auch bei den Mitgliedern der LPK BW so zu verfahren. Der Vorstand erläutert, dass eine Gutschrift allein durch Entscheidung des Vorstands rechtlich problematisch sei. Für Satzungsänderungen und das Aussetzen von Regelungen ist ein VV-Beschluss erforderlich. Nach kontroverser Diskussion wird dann ein Antrag eingebracht und mehrheitlich befürwortet, mit welchem der Vorstand von der VV ermächtigt wird, eine der Handhabung der Ärztekammer entsprechende Regelung zu beschließen (s. u.).

Anschließend kommen drei Gäste der Psychotherapists for Future zu Wort, die vom Vorstand zur VV eingeladen wurden. Präsident Dr. Dietrich Munz weist eingangs darauf hin, dass bei öffentlichen Äußerungen zu allgemeinpolitischen Fragen ein unmittelbarer Zusammenhang zur Berufsausübung sowie eine wohlverstandene Gesamtinteressenvertretung der Kammermitglieder erforderlich sind. Er erläutert, dass der Klimawandel eine Bedrohung der psychischen Gesundheit darstellen könne und in der Zukunft mit entsprechenden Anfragen der Presse bei der Kammer gerechnet werden müsse. Daher sei es wichtig, dass es eine mehrheitliche Haltung der VV zu dieser Thematik gebe und der


Vorstand durch einen solchen Mehrheitsbeschluss legitimiert werde, sich öffentlich über psychische Auswirkungen auch im Rahmen allgemeinpolitischer Themen zu äußern. Die Vertreterinnen der Psychotherapists for Future stellen ihre Überlegungen vor. Nach intensiver, z. T. auch kontroverser Diskussion wird mit großer Mehrheit eine Resolution verabschiedet: „Die Folgen des Klimawandels und der Umweltzerstörung beeinflussen die psychische Gesundheit – unser Berufsstand hat zum Gesundheitsschutz beizutragen“ (<https://bit.ly/3h9XTJg>).

Die VV stimmte dann der Übernahme der von einer Arbeitsgruppe der BPtK erarbeiteten Empfehlungen zur Behandlungsdokumentation zu, welche auf der Kammerhomepage veröffentlicht werden (<https://bit.ly/2RCLD9m>).

Eine Resolution zur angemessenen Vergütung für PiA wird von den PiA-Vertreterinnen der Kammer eingebracht und einstimmig verabschiedet (<https://bit.ly/3uBNjyq>).

Nach einigen kleineren Änderungen an verschiedenen Satzungen wird der Aspekt „Psychotherapeut*innen beim Thema Suizid im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge“ diskutiert. Dr. Jan Glasenapp, der dieses Thema auf die Tagesordnung gebracht hatte, führte in die Diskussion ein. Er verwies auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG 26.02.2020, Az.: 2 BvR 2347/15) und die daraus resultierenden Fragen für die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen. Die Berufsordnung der LKP BW sollte daraufhin durchgesehen und Änderungsbedarfe identifiziert werden. Der Vorstand wurde von der VV beauftragt, sich dieses Themas weiter anzunehmen und in der nächsten VV dazu zu berichten.

Durch die Änderung des PsychThAusRefG und durch neue Regelungen im Heilberufekammergesetz (HBKG) müssen alle Kammersatzungen angepasst werden: neue Berufsbezeichnung, eine Umbenennung der Kammer, die freiwillige Mitgliedschaft der Master-Studierenden, eine Rechtsgrundlage für cur-



**Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg**

Resolution der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 13.03.2021

**Die Folgen des Klimawandels und der Umweltzerstörung beeinflussen die psychische Gesundheit.
Unser Berufsstand hat zum Gesundheitsschutz beizutragen**

Das Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) der Vereinten Nationen beschreibt die aktuelle Klimasituation wie folgt:

„Anhaltende Treibhausgasemissionen werden eine weitere Erwärmung und langfristige Veränderungen in allen Komponenten des Klimasystems bewirken. Der Klimawandel wird für Menschen und Umwelt bereits bestehende Risiken verstärken und neue Risiken nach sich ziehen. Schnellerer und stärkerer Klimawandel beschränkt die Wirksamkeit von Anpassungsmaßnahmen und erhöht die Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende, tiefgreifende und irreversible Folgen für Menschen, Arten und Ökosysteme. Anhaltende hohe Emissionen würden zumeist negativen Folgen für Biodiversität, Ökosystemdienstleistungen und wirtschaftliche Entwicklung führen und die Risiken für Lebensgrundlagen, Ernährungssicherung und menschliche Sicherheit erhöhen.“

(...)

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die berufsethische Verpflichtung, auf Entwicklungen in unserer Gesellschaft, die die psychische Gesundheit bedrohen, aufmerksam zu machen. Damit ist nicht nur der kurative Aspekt gemeint, sondern auch der präventive Charakter psychotherapeutischer Arbeit, um Menschen in der Anpassung an ein sich veränderndes Lebensumfeld, wie es durch die Klimakrise bereits geschieht, zu begleiten und auch die Resilienz zu stärken (Berufsordnung der LPK BW §2 (1) „Gesundheit zu fördern“ (2) „Prävention“).

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen auf andere bedeutsame Lebenswelt-Faktoren und politische Veränderungen hin, wenn es die psychische Gesundheit von Menschen bedeutsam betrifft (z.B. Armut, krankmachende Arbeitsbedingungen, Fluglärm), so trifft dies insbesondere auf die Klimakrise zu, da diese die Existenzgrundlage der Menschheit – und mit ihr die vieler anderer Arten – im bisher nicht bekannten Ausmaß bedroht. Die LPK BW wird sich daher vor diesem Hintergrund in Zukunft auch für klimapolitische Themen engagieren im Rahmen ihrer gesundheits- und berufspolitischen Möglichkeiten. Dies betrifft u.a. auch eine klimafreundliche Gestaltung der berufspolitischen Arbeit sowie der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung im Gesundheitswesen.

Wir begrüßen und unterstützen als LPK BW das Engagement und die Aktivitäten unserer Kolleginnen und Kollegen, die sich für den Klimaschutz engagieren.

Der Kammervorstand und die Vertreterversammlung werden außerdem eine Nachhaltigkeitsstrategie für unsere Kammerarbeit entwickeln und diese zeitnah umsetzen.

Resolution der VV zum Klimawandel (Auszug)

riculäre Fortbildungen, die Möglichkeit der Errichtung eines Ethikrates durch Satzung sowie die erleichterte Veröffentlichung von Satzungsänderungen auf der Kammerhomepage. Zur Überarbeitung der Satzungen wird von der VV ein Satzungsausschuss gewählt. Ein Wahlausschuss soll ebenfalls ins Leben gerufen werden, da es durch das neue Gesetz auch bezüglich der Wahl einigen Änderungsbedarf gibt. Die Vertreterin-

nen der Wahllisten sollen dafür je eine Repräsentantin benennen.

Abschließend stand die Diskussion über die Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK auf der Tagesordnung. Dr. Munz berichtete den aktuellen Stand, die Versammlung diskutierte die unterschiedlichen, vor allem noch in der Abstimmung befindlichen Punkte.

Elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA)

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Landespsychotherapeutenkammern befinden sich aktuell mit mehreren Anbietern in der letzten Phase der Vorbereitung zur Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA). Im bisherigen Verlauf hat sich gezeigt, dass die Umsetzung der erforderlichen Anforderungen bei den Anbietern aus unterschiedlichen Gründen mit teilweise erheblichen Schwierigkeiten und Verzögerungen verbunden ist. Hinzu kommt, dass vonseiten des Gesetzgebers und der Gematik die

Voraussetzungen und Anforderungen im laufenden Vorbereitungsprozess immer wieder geändert wurden, sodass die Arbeiten zur Umsetzung der Vorgaben zum ePtA mehrfach grundlegend ergänzt und geändert werden mussten. Schon jetzt steht fest, dass bis zum 1. Juli 2021 eine große Anzahl von Psychotherapeutinnen nicht über den ePtA verfügen kann.

Die BPtK und die Landeskammern fordern daher, die Sanktionen für Psychotherapeutinnen zu streichen, die ab

dem 1. Juli die elektronische Patientenakte (ePA) weder lesen noch Daten in ihr speichern können. Die BPtK hat sich diesbezüglich mit einem dringenden Appell an das Bundesministerium für Gesundheit und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gewandt.

Sobald ein Ausgabebeginn für den ePtA feststeht, werden die Kammermitglieder umgehend informiert. Wir bedauern diese Entwicklung und bitten um Verständnis dafür, dass die Verzögerung nicht in unserer Verantwortung liegt.

Corona – aktuelle Entwicklungen, Impfungen/Priorisierung, Praxisinfo, Aktivitäten der LPK

Weiterhin werden die Praxis-Infos zu Corona auf der Kammer-Homepage unter www.lpk-bw.de/news/2020/corona kontinuierlich aktualisiert. Die Infos auf dieser Seite werden von den Juristinnen des LPK-Rechtsreferats jeweils zeitnah an die aktuellen Entwicklungen und politischen Maßgaben angepasst und für LPK-Mitglieder zusammengefasst.

Weiterhin war die LPK im März 2021 intensiv hinsichtlich der Impfpriorisierungen tätig. Die Priorisierungsliste des Sozialministeriums hat anfangs nicht explizit auch PP und KJP in der Prio3 ausgewiesen, weshalb es in mehreren Impfzentren zu Zurückweisungen von LPK-Mitgliedern gekommen war. Auf unsere Intervention hin wurden PP und

KJP einschließlich der Ausbildungskandidatinnen (PiAs) in die Liste aufgenommen, was dazu geführt hat, dass sich ab Mitte März auch LPK-Mitglieder in den Impfzentren impfen lassen konnten. Hierfür auch an dieser Stelle unseren herzlichen Dank an das Impf-Koordinierungsteam des Sozialministeriums!

Corona-bedingte Sonderregelungen zur Fortbildungsverpflichtung

Corona-bedingte Sonderregelungen zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen nach § 95d SGB V

Durch die Covid-19-Pandemie ist es Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen nur noch eingeschränkt möglich, Präsenzfortbildungen zu besuchen und hierdurch Fortbildungsnachweise zu erhalten. Auf Anfrage der KBV hin hat das Bundesministerium für Gesundheit nun einer weiteren Verlängerung der Frist zugestimmt. Die Änderung tritt rückwirkend zum 1. April 2020 in Kraft.

Die Frist für den Nachweis der fachlichen Fortbildung wird somit für Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen um zwölf Monate verlängert. Diese Verlängerung der Nachweispflicht der fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V gilt auch für Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen, die sich bereits im zweijährigen Nachholzeitraum befinden.

Corona-bedingte Sonderregelung zur Fortbildungsverpflichtung von Psychologischen Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychotherapeutinnen nach § 136b SGB V i. V. m. der Richtlinie des G-BA.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 03. Dezember 2020 beschlossen, die Regelungen zur Fortbildung der Fachärztinnen, der Psychologischen Psychotherapeutinnen sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Krankenhaus erneut wie folgt zu ändern:

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und dem damit einhergehenden Mangel an Präsenzfortbildungen werden für alle fortbildungsverpflichteten Personen die am 1. April 2020 laufenden Fristen zur Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 2 Satz 1 und zur Erbringung des Fortbildungsnachweises gemäß § 3 Absatz 1 um zwölf Monate verlängert.

Sonderregelung Fortbildungsverpflichtung – 50 Punkte Gutschrift

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 13.03.2021 den Vorstand ermächtigt, eine Sonderregelung zur Gutschrift von 50 Fortbildungspunkten für das Eigenstudium zu

beschließen. Der Vorstand der LPK Baden-Württemberg hat daraufhin den Beschluss gefasst, ausnahmsweise allen Mitgliedern zum 01.04.2021 einmalig 50 Fortbildungspunkte für das Selbststudium (Kategorie E) gutzuschreiben.

Hierdurch soll vor allem dem durch die Pandemie gestiegenen Informationsbedarf der Kammermitglieder Rechnung getragen werden. Insgesamt können daher für das Selbststudium 100 Fortbildungspunkte anerkannt werden.

Sachverständigengutachten – Mindestanforderungen an die Qualität

Die Arbeitsgruppe familienrechtliche Gutachten hat neue Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten nach § 1631b BGB und zur freiheitsentziehenden Unterbringung von Minderjährigen nach den Landesgesetzen über die Unter-

bringung psychisch Kranker herausgegeben.

Die Empfehlungen wurden von Vertretern juristischer, medizinischer, (sozial-)pädagogischer und psychologischer Fachverbände, der Bundesrechtsanwalts- und der Bundespsychothera-

peutenkammer erarbeitet und fachlich begleitet durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz und unterstützt durch den XII. Zivilsenat des BGH erstellt und können bei der Kammer als PDF-Datei unter info@lpk-bw.de angefordert werden.

Erste Fachsprachenprüfung erfolgreich abgelegt

Nachdem der Gesetzgeber den Heilberufekammern in Baden-Württemberg die Aufgabe übertragen hatte, die Fachsprachenprüfung als unselbständigen Teil des Approbationsverfahrens abzunehmen, hat am 16. April 2021 die erste Prüfung stattgefunden. Die Prüfungskommission hat die Prüfung

anhand einer Fallvignette und nach den entwickelten Prüfungsgrundsätzen abgenommen und konnte der Kandidatin am Ende zur bestandenen Prüfung gratulieren.

Die Prüfung muss auf Anordnung des Regierungspräsidiums bei Personen

abgenommen werden, die mit ausländischen Qualifikationsnachweisen die Approbation beantragen, da das Vorliegen der für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist.

Fachtag des Sozialministeriums zu vernetzter Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen am 24. September 2021

Minister Lucha kündigte in einem Brief an die aktiven Teilnehmerinnen der Corona-Hotline des Landes an, dass diese als Dank für ihr Engagement zu einem Fachtag des Landes eingeladen werden.

Thema des Fachtags soll die Versorgung für die Menschen mit psychi-

schischen Erkrankungen sein, die gut vernetzt verschiedene Hilfsangebote brauchen. Die Veranstaltung wird mit den Organisationen durchgeführt, die die Corona-Hotline unterstützten und organisierten. Es sollen die verschiedenen Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Baden-Württemberg vorgestellt und

deren Vernetzungsmöglichkeiten sowie die Probleme einer besseren Zusammenarbeit diskutiert werden. Eingeladen sind u.a. alle Psychotherapeutinnen, die aktiven Teilnehmerinnen der Corona-Hotline erhalten kostenfreien Zugang.

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Mo-Do 9:00–12:00, 13:00–15:30 Uhr
Freitag 9:00–12:00 Uhr
Tel.: 0711/674470–0

Fax: 0711/674470–15
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

370 neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmerinnen treffen Vorstand online



Mitglieder des Vorstands der PTK Bayern kamen dieses Jahr virtuell zu interessierten neuen Mitgliedern und Ausbildungsteilnehmenden nach Hause: Per Videokonferenz informierten Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel, Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und die Vorstandsmitglieder Prof. Dr. Heiner Vogel, Dr. Anke Pielsticker und Prof. Dr. Monika Sommer (v. l. o. n. r. u.). (Foto: PTK Bayern)

Die regelmäßig stattfindende Veranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmende fand Mitte März im Online-Format statt. Ca. 370 Teilnehmende informierten sich über Struktur, Aufgaben und wichtige Arbeitsbereiche der PTK Bayern und tauschten sich mit Vertreterinnen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, des Versorgungswerks und Mitarbeiterinnen der PTK Bayern aus.

Die Teilnehmenden nutzten dieses Jahr die Chance, die Kammer virtuell kennenzulernen und sich über unterschiedliche Berufsperspektiven zu informieren. In der Online-Veranstaltung stellte Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop die Aufgaben und den Aufbau der Kammer vor und skizzierte aktuelle Themen der psychotherapeutischen Versorgung. Beispielhaft wurde die Versorgung von psychisch kranken Men-

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

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

Die Vorstandsmitglieder Dr. Anke Pielsticker, Prof. Dr. Heiner Vogel und Prof. Dr. Monika Sommer gaben jeweils einen Einblick in die beruflichen Möglichkeiten als Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. Sie stellten die Perspektiven der Berufstätigkeit in den Bereichen der Niederlassung, der Anstellung und der Gutachter- und Sachverständigentätigkeit dar.

Nützliche Informationen, wie man eine Zulassung als Vertragspsychotherapeutin erhalten kann, wurden durch die Praxisführungsberaterin Ruth Stefan von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vorgestellt. Das Versorgungswerk und dessen Leistungen stellten Sabine Miesen und Andrea Kir-mayer von der Bayerischen Ingenieur-

versorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BlngPPV) vor. Aus dem Sprecherteam der bayerischen Ausbildungsteilnehmenden informierten Mechthild Leidl und Katharina Wehrmann über ihre Arbeit und wie man sich bereits während der Ausbildung zu berufspolitischen Themen einbringen kann.

Die sonst bei dieser Veranstaltung üblichen Infostände, an denen sich die

Teilnehmenden weitere Informationen einholen und vertiefende Fragen stellen können, wurden als getrennte digitale Räume eingerichtet. Sie boten eine Möglichkeit des direkten Austauschs mit Referentinnen, Vorstandsmitgliedern und Geschäftsstellenmitarbeiterinnen der verschiedenen Fachabteilungen zu den jeweiligen Themen. Die Teilnehmenden brachten sich aktiv in die verschiedenen Diskussionen ein. Sowohl die hohe Zahl der Teilnehmenden

als auch die positiven Rückmeldungen zeigten, dass Inhalt und Umsetzung der Informationsveranstaltung im Format eines Online-Meetings bei den Neumitgliedern und den Ausbildungsteilnehmenden sehr gut ankamen.

Krisendienste bieten Soforthilfe bei psychischen Krisen in ganz Bayern

Das Netzwerk Krisendienste Bayern ist ein bayernweites, psychosoziales Beratungs- und Hilfeangebot für Menschen in psychischen Krisen. Seit März steht das Angebot allen Bürgerinnen in Bayern unter der kostenlosen Nummer 0800 / 655 3000 zur Verfügung. Die Anrufenden werden automatisch zu dem für sie regional zuständigen Krisendienst weitergeleitet. Vorrangiges Ziel ist es, Menschen in Krisen zu unterstützen und mit ihnen gemeinsam nach einem Ausweg aus dieser Situation zu suchen – eine Art „Erste Hilfe in seelischen Notlagen“. Dieses Angebot gibt es für Betroffene ab 16 Jahren.

Die sieben bayerischen Bezirke haben mit dem Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) den gesetzlichen Auftrag erhalten, Krisendienste zu betreiben. Diese bestehen aus jeweils einer Leitstelle, die mit Fachkräften besetzt ist, darunter auch Psychologischen Psychotherapeutinnen. Außerdem gibt es mobile Einsatzteams, die von der Freien Wohlfahrts-

pflege und privaten Anbieterinnen vor Ort ihre Fachdienste erbringen. Die regionalen Netzwerke der medizinischen und psychosozialen Versorgung ergänzen das Angebot. Mit den Krisendiensten Bayern steht deutschlandweit erstmalig ein flächendeckendes Angebot zur Soforthilfe bei psychischen und psychiatrischen Notfällen in einem Bundesland zur Verfügung.

Finanziert werden die Krisendienste Bayern durch die Bezirke und den Freistaat Bayern.

Der Krisendienst bietet folgende Komponenten:

■ Telefonische Beratung und Krisenhilfe

Dient einer ersten Entlastung und Orientierung. Betroffene, Angehörige, Bezugspersonen und Hilfesuchende aus dem sozialen Umfeld werden fachkundig beraten und informiert. Am Krisentelefon erreicht man speziell geschulte, erfahrene Fachkräfte.

■ Vermittlung in ambulante Krisenhilfe

Der Krisendienst empfiehlt bei Bedarf geeignete Hilfeangebote und/oder kann kurzfristig einen Termin in der nächstgelegenen psychiatrischen Ambulanz, einer psychiatrischen Praxis oder einem wohnortnahen Sozialpsychiatrischen Dienst vermitteln.

■ Mobile Einsätze vor Ort

In dringlichen Fällen kommen erfahrene Fachkräfte vor Ort zum Einsatz. Hier geht es um Entlastung und das Abwägen möglicher Gefährdungen. Falls erforderlich, zieht der Krisendienst fachärztliche Hilfe hinzu.

■ Vermittlung in stationäre (Krisen-) Behandlung

Wenn eine vorübergehende stationäre Behandlung nötig ist, kann der Krisendienst direkt an die Krisen- oder Akutstation einer psychiatrischen Klinik vermitteln.

Ab 1. Juli 2021 werden alle Krisendienste Bayern rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar sein (Telefonische Sprechzeiten vor dem 1. Juli erfahren Sie unter www.krisendienste.bayern).

Die Krisendienste schließen eine wichtige Versorgungslücke, indem sie den Betroffenen bei Bedarf einen Weg in die ambulanten und stationären Versorgungsangebote in ihrer Region aufzeigen. Deshalb gibt es in jedem Bezirk einen eigenen Krisendienst, damit die regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden können.

Über www.krisendienste.bayern → Über uns → Info-Material können kostenlose Informationsmaterialien (Flyer, Plakate etc.) bestellt werden, die z. B. an Patientinnen weitergegeben oder in Praxen ausgelegt werden können.



Psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen während Corona

Auf Einladung des Bayerischen Gesundheitsministeriums (StMGP) fand Mitte Mai 2021 ein Expertinnengespräch zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen statt. Der Austausch, bei dem u. a. auch das bayerische Sozial- und das Kultusministerium beteiligt waren, ging auf eine gemeinsame Anregung von Bayerischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns und der PTK Bayern zurück. Ziel war ein interdisziplinärer Austausch über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der unterschiedlichen Maßnahmen zur deren Bekämpfung. Auf Seiten der Leistungserbringerinnen aus dem Gesundheitsbereich waren die stationäre und ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Pädiatrie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vertreten.

Nach einer kurzen Einführung in die Thematik durch Medizinaldirektor Dr. Renné berichteten die Vertreterinnen der Berufsgruppen über die aktuelle Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Dabei wurde deutlich gemacht, dass nicht aus jeder Belastung eine psychische Erkrankung resultiert, sondern bei vielen Kindern und Jugendlichen zu erwarten ist, dass sie über eine ausreichende Resilienz verfügen, um die Belastungen bewältigen zu können. Es wurde aber auch betont, dass es verschiedene Gruppen in der Bevölkerung gibt, bei denen das Risiko, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, deutlich größer ist. Um diese Familien zu erreichen wurde von Vizepräsident Peter Lehndorfer vorgeschlagen, universelle Präventionsangebote zur psychischen Gesundheit, wie zum z. B.

Kurzbeiträge zum Umgang mit Konflikten und Kinderängsten im Fernsehen oder anderen Medien zu publizieren. Im Fokus war auch die Kooperation und Vernetzung zwischen dem Bildungsbereich, der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen. Hier wurde eingebracht, dass diese Kooperation gefördert werden müsse – auch mittels finanzieller Unterstützung durch die Abrechnungsmöglichkeit von im Einzelfall notwendigen koordinierenden Leistungen. Alle Beteiligten sprachen sich auch dafür aus, den Fokus bei den Impfangeboten auch auf die Altersgruppe der Jugendlichen und deren Eltern auszudehnen.

Das StMGP wird die Veranstaltung auswerten und ggf. auf die Teilnehmenden bzgl. einer weiteren Konkretisierung der Maßnahmen zugehen.

Klärung der Impfreihenfolge für Psychotherapeutinnen

Die Kammer wurde Anfang des Jahres vermehrt von Mitgliedern kontaktiert, die darüber klagten, dass in einigen Impfzentren keine sachgerechte Zuordnung der Psychotherapeutinnen in die entsprechende Priorisierungsgruppe, die für die Fachärzteschaft maßgeblich ist, vorgenommen bzw. diese Zuordnung bestritten worden sei. Die Umsetzung der Impf-Kampagne gestaltete sich regional sehr uneinheitlich. Die PTK Bayern hatte daher in einem Schreiben an den bayerischen Gesundheitsminister Holetschek gefordert, dass eine Klärung der Zuordnung der Psychologischen Psychotherapeutin-

nen (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) im Rahmen der Impfreihenfolge erfolgen müsse und auch gegenüber den Leitungen der Impfzentren klarzustellen sei, dass Psychotherapeutinnen in der Impfreihenfolge wie andere vergleichbare Facharztgruppen einzustufen sind. Dies hat die Bundespsychotherapeutenkammer auch in ihrer Stellungnahme zur Impf-Verordnung gegenüber Bundesgesundheitsminister Spahn und dem Leiter der STIKO Prof. Dr. Thomas Mertens gefordert. Weiterhin hat die PTK Bayern das bayerische Gesundheitsministerium darauf hingewiesen, dass

auch Ausbildungsteilnehmende in der praktischen Ausbildung aufgrund ihrer vergleichbaren Tätigkeit entsprechend einzustufen sind.

Gesundheitsminister Holetschek antwortete in einem Schreiben, dass die bayerischen PP und KJP Anspruch auf die Schutzimpfung mit hoher Priorität (Priorisierungsgruppe 2) haben und bei der Anmeldung im bayerischen Impfportal angegeben werden könne, dass Psychotherapeutinnen in „med. Einrichtung/Facharztpraxis mit regelmäßigem Patientenkontakt“ tätig seien.

„Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ – PTK Bayern beteiligt sich an Novellierung

In Bayern hat unter Leitung des Gesundheitsministeriums ein Expertenkreis damit begonnen, Vorschläge für eine Novellierung der Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern zu erarbeiten. In diesem Expertenkreis wirken neben der PTK Bayern Vertreterinnen

der Selbsthilfe, der freien Wohlfahrtspflege, der Behörden, der Leistungserbringerinnen und der Fachgesellschaften mit. Er vereint somit eine breite Expertise zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die letzte Überarbeitung der Grundsätze wurde im Jahr 2007 vorgenommen.

Seitdem gab es jedoch zahlreiche neue Entwicklungen und Ansätze der Psychiatrie und Psychotherapie, nicht zuletzt auch durch das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG). Die bisherigen Grundsätze werden dabei nun in verschiedenen Arbeitsgruppen begutachtet und Vorschläge

für neue, angepasste Leitlinien sowie Handlungsempfehlungen für die künftige Versorgung erarbeitet. Die überarbeiteten Grundsätze sollen u. a. der Staatsregierung und allen beteiligten Akteurinnen als Richtlinie und als Handlungsempfehlung dienen. Sie werden

vom Gesundheitsministerium federführend erstellt und im Landtag vorgestellt. Sie werden jedoch keinen gesetzlichen Charakter haben.

Die PTK Bayern wird insbesondere in den Arbeitsgruppen „Grundlagen,

Schnittstellen, übergreifende Themen“, „Psychisch kranke Menschen mit besonderen und spezifischen Bedürfnissen“ und „Personenzentrierte Versorgung, Hilfen und Rehabilitation“ sowie in der Lenkungsgruppe mitwirken und den gesamten Prozess intensiv begleiten.

Kurznachrichten

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

Im Folgenden werden Aktivitäten und Veranstaltungen, an denen Kammervertreterinnen teilgenommen haben, kurz vorgestellt.

+++ Am 17.03.21 haben Vorstandsmitglieder am Turnusgespräch mit dem Referatsleiter der Abteilung Psychiatrie im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, teilgenommen. U. a. wurden folgende Themenbereiche erörtert: Corona – Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen, Reform von Aus- und Weiterbildung, ambulante Komplexbehandlung, Psychiatrieberichtestattung, Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Digitale Anwendungen in der Psychotherapie. +++

+++ Vizepräsident Herr Waldvogel nahm an der Sitzung des Landesgesundheitsrates am 22.03.21 teil, bei der das Schwerpunktthema die Gesundheitskommunikation war. Es gab verschiedene Vorträge zu Gesundheitskommunikation. +++

+++ Vorstandsmitglied Frau Sommer beteiligte sich am Treffen der Projektgruppe „Lenkung“ im Rahmen der Au-

tismusstrategie. Das Projekt befindet sich aktuell in der Endabstimmung. Das entstandene Papier versucht Empfehlungen für die unterschiedlichsten Bereiche, wie z. B. die Gesundheitsversorgung, Schule, Ausbildung, zu berücksichtigen. +++

+++ Die Online-Veranstaltung von Health Care Bayern befasste sich mit dem Thema „1 Jahr Corona-Krise – Psychische Erkrankungen auf dem Höchststand“. Kammerpräsident Herr Melcop hielt in diesem Rahmen einen Vortrag zum Thema „Digitale Angebote in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – vor, während und nach der Corona-Krise“. +++

+++ Der Vorstand berichtete den Leitenden Psychotherapeutinnen in Kliniken, den Vertreterinnen der Ausbildungsinstitute und der Hochschulen in einer weiteren Informationsveranstaltung Anfang Mai über den aktuellen Stand der Musterweiterbildungsordnung und die Beschlüsse des DPT. +++

+++ Im Zusammenhang mit den psychischen Belastungen und der psychotherapeutischen Versorgung aufgrund der Corona-Pandemie wurden regionalen und überregionalen Medien zahlreiche Interviews gegeben. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Unsere Veranstaltungshinweise finden Sie unter „Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammern“ im Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages, S. A 17.

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

Die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PiM) – ein Behandlungskonzept für junge Menschen mit einer Borderline-Entwicklungs-Störung

Obwohl die frühzeitige Diagnosestellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem Hintergrund der Entwicklungsbedingungen in der Adoleszenz umstritten ist (Erikson, 1968; Kernberg, 1978; Streeck-Fischer, 2014), sehen wir im ambulanten, teil- und vollstationären Setting jugendliche Patientinnen, die mit ihren erheblichen Störungen die diagnostischen Kategorien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung „erfüllen“. Bezüglich des Alters bei Erstdiagnosestellung wird es in der neuen S3-Leitlinie den Vorschlag geben, bereits ab 12 Jahren diese Diagnose in Betracht zu ziehen (Lieb & Stoffers-Winterling, 2020). Auch in der neuen ICD-11 werden Persönlichkeitsstörungen einer Revision im Sinne eines dimensional Modells unterzogen, das die frühe Vergabe der Borderline-Persönlichkeitsdiagnose ermöglicht (Bohus, 2019).

Die Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode (PiM) wurde für Patientinnen mit frühen, strukturellen Störungen entwickelt, die in ihrem Alltag schwerwiegend beeinträchtigt sind. In der stationären Behandlung im Gruppen- und Einzelsetting, insbesondere an Jugendlichen, ist die Wirksamkeit bereits nachgewiesen. An der IPU Berlin haben wir mit dieser entwicklungsorientierten Psychotherapie Jugendliche/junge Erwachsene in einer Machbarkeitsstudie ambulant behandelt (Leitung Prof. Dr. Simone Salzer und Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer). Es erfolgte eine umfangreiche Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik mittels Kiddie-Sads-Present-and-Lifetime-Version, Strukturiertem Klinischen Interview nach DSM, Borderline Personality Feature Scale for Children, Borderline-Persönlichkeits-

Inventar, Risk-taking and Self-harm Inventory for Adolescents, Beck-Depressions-Inventar, Childhood-Trauma-Questionnaire und Experience in Close Relationships-revised, Strengths and Difficulties Questionnaire für Bezugspersonen. Die Therapiestudie ist weitgehend abgeschlossen und verweist auf gute Ergebnisse.

Wir sprechen von einer Borderline-Persönlichkeits-Entwicklungsstörung, um den in seinem Ergebnis kaum vorher-sagbaren Entwicklungsprozess, der von vielzähligen Bedingungen mitbegingt wird, hervorzuheben. Die Abgrenzung zwischen einer alterstypischen Identitätskrise und einer pathologischen Identitätsdiffusion wird anhand der Symptomausprägung, Funktionalität und dem zeitlichen Aspekt einordbar (vgl. Trait- und State-Diagnosen). Die von uns behandelten Patientinnen litten unter komplexen Beziehungstraumatisierungen, die zu einer Reihe an Diagnosen und auch medikamentösen Behandlungen geführt hatten.

„Niemand hat kapiert, was ich wirklich brauche, alle haben mich auf Depression behandelt“, sagte z. B. eine junge 17-Jährige. Sie oszillierte zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus und unterschiedlichen Ich- bzw. Selbstzuständen; hatte große Schwierigkeiten bzgl. der Realitätsüberprüfung, war in der Selbst-, Affekt- und Impulssteuerung erheblich beeinträchtigt; neigte zu autoaggressivem Verhalten; litt unter multiplen, frei flottierenden Ängsten bzw. der Ausschaltung von Angst; neigte zu Spaltungstendenzen bzgl. Selbst und Objekten, war gefangen in einer sie überflutenden, pathologischen Identitätsdiffusion. Die Dominanz der frühen

Abwehrmechanismen blockierte ihre Entwicklung in umfassender Weise, sodass sie trotz guter Intelligenz und breiten Begabungen im sozialen Alltag erheblich an ihre Grenzen stieß und zu chronifizieren drohte.

Die PiM basiert auf der psychoanalytischen Theorie, ist im praktisch-technischen Vorgehen jedoch interaktionell ausgerichtet. Wir nehmen dabei eine aktive, eine auf Austausch bedachte Haltung ein, mit der sich die Psychotherapeutin selektiv als authentisches Gegenüber einbringt. In unseren Behandlungen zeigte sich wiederholt, dass junge Menschen mit Beziehungsstörungen von einer klassisch abstinenter Haltung weniger profitieren, weil dieses Vorgehen praktisch die frühen Erfahrungen mit einem versagenden bzw. vernachlässigenden Objekt wiederholt. So geht es in der PiM als Methode um beziehungsorientierte Vorgehensweisen: zum einen das Prinzip des virtuellen Begleiters – hier arbeitet die Psychotherapeutin als entwicklungsförderndes Objekt im Hier und Jetzt – und zum anderen das Prinzip des Antwortens. Es handelt sich um ein zeitlich befristetes, schrittweises Vorgehen innerhalb eines von Beginn an genau definierten Behandlungsrahmens mit konkreten Absprachen und Krisendefinitionen. Gerade vor dem Hintergrund der vorliegenden interpersonellen Abwehr bietet dieser Rahmen der Patientin, aber auch der Therapeutin eine wichtige Orientierung. Er gibt beiden Sicherheit, insbesondere dann, wenn die frühen Beziehungserfahrungen in der Beziehung zur Therapeutin unbewusst wiederbelebt und gehandelt werden. Weil zwangsläufig hergestellte Übertragungen eines bösen, bedrohlichen, abwertenden, vernichtenden,

eindringenden, vereinnahmenden oder Eigenständigkeit verhindernden Objekts eine hilfreiche therapeutische Beziehung verhindern, ist es wichtig, sich als ein anderes Objekt, nämlich als ein hilfreiches, gutes Objekt antwortend zu zeigen. Das bedeutet, dass wir uns von einer unmittelbar hergestellten Szene, in der etwa die Psychotherapeutin als böse wahrgenommen wird, distanzieren und uns als Person zu erkennen zu geben, die anders ist als die realen und verinnerlichten Eltern. Dabei ist es wichtig, insbesondere auf nichtsprachliche Mitteilungen, die implizit die therapeutische Beziehung bestimmen, zu achten und gezielt zu antworten. Indem ich authentisch und selektiv meine Gegenübertragungsgefühle offenlege, verlasse ich die Rolle der „Expertin“ und werde für die Patientin präsent. Gerade bei Jugendlichen ist die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Beziehungsebenen in der Therapie von besonderer Bedeutung: wie die Real-, Arbeits- und Übertragungsbeziehung (Greenson, 1965; Müller-Pozzi, 1980). In der Therapie mit Jugendlichen, insbesondere schwer beeinträchtigten Jugendlichen, liegt das Gewicht auf der Realbeziehung und der Arbeitsbeziehung, in der wir gemeinsam verstehen und die Patientin die Expertin ihrer Geschichte bleibt.

Die Behandlung ist in einzelne Schritte unterteilt und fokussiert auf die Strukturdefizite der Patientinnen im Hier und Jetzt. Von der Wahrnehmung der Gefühle soll die Patientin lernen, ihre Gefühle zu differenzieren und sie auf anderem Wege zum Ausdruck zu bringen. Die Psychotherapeutin stellt sich dabei als begleitende, reflektierende Person zur Seite. Vornehmlich arbeiten wir an der Impulssteuerung, wodurch die Patientin sich nach und nach von selbstschädigendem Verhalten distanzieren kann. In der Anfangsphase steht die Stabilisierung im Vordergrund, in der

es oft zu einem Ringen zwischen Patientin und Psychotherapeutin kommt, weil unbewusst an den alten Mustern festgehalten wird. Gut-Böse-Konfusionen, eine mangelnde Objekt Konstanz, Spaltungsagieren und traumatische Reenactments bedrohen die Therapie. Hier orientieren wir uns auf die zuvor präzisen, getroffenen Absprachen.

Schaffen die Patientinnen es, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen, geht es um die Versprachlichung und die Reduktion des handelnden Agierens. Dies ist meist mit einer intensiven Bezugspersonenarbeit verbunden. Oft müssen die Patientinnen üben, sich von den primären destruktiven Objekten zu lösen, was im Falle der Bindungstraumatisierung eine große Herausforderung darstellt, aber für die Weiterentwicklung unumgänglich ist. Sind diese Schritte ausreichend stabil, begleiten wir die Patientinnen in der Erarbeitung einer realistischen Perspektive, meist verbunden mit einem Schulabschluss, Ausbildung oder Studium, einer geeigneten Wohnform. Wir zielen dabei immer auf die Selbstreflexion und die Interaktion in den zwischenmenschlichen Beziehungen ab. Wichtig ist dabei, die Ressourcen aufzuzeigen, die die Patientinnen meist vor dem Hintergrund von massiven Schuldgefühlen und strengen Über-Ich-Instanzen zuvor abwerten mussten. Die Psychotherapeutin beachtet, nicht zum neuen verfallenden, schädigenden, einengenden Objekt für die Patientin zu werden, und behält die regressiven Wünsche und den Wunsch nach Autonomie gut und steuernd im Blick. Denn nur, wenn die Patientinnen es ohne die Psychotherapeutin schaffen, eine Spannungstoleranz zu entwickeln und ihre Impulse zu regulieren, wird sich ihr Selbstwertgefühl verbessern. Nur dann werden sie an ihre Ressourcen anknüpfen und ihre tatsächlichen Interessen verfolgen.

Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung neigen zu missbräuchlichen Beziehungen und verführen unbewusst in eine Verstrickung. So ist eine kritische, offene Selbstreflexion in einer engmaschigen Supervision unabdingbar. Wir als Psychotherapeutinnen geraten hinein in den Strudel der Versorgungswünsche, das selbst- und fremddestruktive Agieren (Drogen, schwere Selbstverletzungen, Risikoverhalten, Sexualisierung u. a. m.), sollen Entscheidungen treffen, zuarbeiten, verantwortlich sein. Die Behandlung ist meist mit einer intensiven Vernetzungsarbeit im direkten Umfeld der Patientin verbunden. Dies bedeutet eine besondere Präsenz und die Psychotherapeutin muss ggf. auch selektiv in Urlaubszeiten zur Verfügung stehen. Die Begleitung in eine neue Entwicklung ist wie eine Art Weichenstellung. Das lässt wie bei einer Geburt all die Anstrengungen vergessen.

Ausführliche Literaturhinweise bei den Autorinnen.

Prof. Dr. med. Annette Streeck-Fischer (Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychoanalytikerin, Hochschullehrerin der International Psychoanalytic University Berlin (IPU), ehemalige Chefärztin der Abteilung ‚Psychiatrie und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen‘ Akademisches Lehrkrankenhaus Tiefenbrunn bei Göttingen, von 2011 bis 2015 Präsidentin der ISAPP (International Society of Adolescent Psychiatry), Lehranalytikerin, Supervisorin, Gutachterin)

Carmen Eger (Tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, tätig an der IPU-Berlin sowie in eigener Praxis in Templin, Berliner Kammerdelegierte, Supervisorin, Dozentin)

Die Autorinnen bieten Fortbildungen und Supervisionen an. Kontakt: annette.streeck-fischer@ipu-berlin.de; PraxisEger@gmx.net

Interview zur prekären Situation der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) und zur Weiterbildungsreform

Dr. Manfred Thielen hat als Mitglied der Redaktion und Delegierter der PTK Berlin das folgende Interview mit Elo die Singer, der hauptamtlichen Vertreterin der PiA, und Brunhild Mack, der stellvertretenden Repräsentantin der KJPiA, geführt.

Wie wird die 1000-€-Regel, die ja eine Verbesserung der finanziell sehr schlechten Situation der PiA bringen soll, umgesetzt?

Die Kliniken bekommen die 1000 €, die sie den PiA laut Gesetz als Mindestvergütung zahlen sollen, über die Bundespflegesatzverordnung refinanziert. 1000 € sind immer noch eine Bezahlung unter dem Mindestlohn und demnach keine wirkliche Verbesserung der prekären Lage der PiA.

Bei 1000 € brutto bewegen sich PiA ohne zusätzliche Unterstützung (ALG-II) weiter an der Armutsgrenze – dieses Gehalt reicht nicht für den Lebensunterhalt.

Im Gesetz steht leider nicht, ob brutto oder netto und was mit „Vollzeit“ gemeint ist, die Kliniken haben dementsprechend brutto daraus gemacht. Die Praktische Tätigkeit 2 (PT2) ist im Moment in der Regelung nicht inbegriffen, was sowohl unter den PiA als auch bei Klinikleitungen zu Verwirrung und Unsicherheit führt.

Wir unterstützen nachdrücklich die auf dem 37. DPT (14. November 2020) verabschiedete Resolution: „Angemessene Vergütung von PiA in den Praktischen Tätigkeiten I und II sicherstellen“. Dort heißt es u. a.: „Daher fordert der Deutsche Psychotherapeutentag den Gesetzgeber auf, Regelungen zu schaffen, die eine angemessene Vergütung entsprechend ihrer akademischen Qualifikation sicherstellen.“ Dies bedeutet für die PiA eine Vergütung nach Grundberuf und nicht ein Gehalt unter dem Mindestlohn.

Werden 1000 € nicht von den Krankenkassen finanziert und die Kliniken enthalten sie den PiA trotzdem vor?

Die Finanzierung der PiA-Stellen erfolgt über die Bundespflegesatzverordnung, die PT-Stellen müssen derzeit darin noch ausgehandelt werden. Einige Kliniken zahlen für mehr Stunden (bis zu 40 h) nur 1000 €, da im Gesetz keine Stundenanzahl festgelegt ist, was den Stundenlohn erheblich senkt.

Zusammenfassend kann zur Umsetzung gesagt werden:

- Es gibt Kliniken, die die Rückvergütung über die Pflegesätze eins zu eins weitergeben, jedoch die vorherigen Gehälter (0–850 €) abziehen und damit Geld sparen. Nur der Bruttoanteil des Arbeitgeberanteils muss letztlich von der Klinik finanziert werden (ca. 150–250 € bei 1000 € Arbeitnehmerbrutto).
- Eine Reihe von Kliniken zahlen weiterhin das alte Praktikumsentgelt, deutlich unter 1000 € und begründen das damit, dass sie nicht wissen würden, wie man an die 1000 € von den Krankenkassen kommen könnte.
- Sehr wenige Kliniken zahlen korrekt, in dem sie die 1000 € plus das alte Gehalt zahlen.
- Einige Kliniken haben die PiA-Stellen gekürzt, aus Angst, dass die Anzahl der Stellen nicht über die Bundespflegesatzverhandlungen voll rückvergütet werden und die Kliniken somit voll für die 1000 € Mindestvergütung aufkommen müssen. Dies ist absolut inakzeptabel

Was kann man politisch, berufspolitisch tun, um eine sofortige Verbesserung der Situation herzustellen, was kann die PTK Berlin dazu beitragen?

Das Wichtigste ist, die Informationen an alle Beteiligten zu übermitteln, um Einheit und Klarheit zu schaffen.

Die PTK Berlin sollte umgehend einen Runden Tisch mit Krankenkassenvertreterinnen, Krankenhausgesellschaften, Klinikleitungen, LaGeSo, Politikerinnen und der PiA Vertretung organisieren,

um Stellenstreichungen entgegenzuwirken.

In Kooperation mit fortschrittlichen Politikerinnen können „Omnibusgesetze“ auf den Weg gebracht werden, die die Grauzonen und Interpretationsspielräume der jetzigen Gesetzgebung verringern.

Gemäß der Resolution des 37. DPT muss ein wirklich faires Gehalt nach Grundberuf für PiA gefordert werden und die Kammervorteilnehmerinnen dürfen sich nicht mit nett gemeinten Gesten abspeisen lassen, die die Situation für viele „verschlimmbessert“ hat.

Zum Thema Weiterbildung: Wie schätzen Sie die ökonomische Situation der zukünftigen PtW in der Weiterbildung ein, vor allem in der ambulanten Weiterbildung, wo ja die 40%-Regelung gilt?

Den PtW und auch jetzt den PiA soll laut Gesetz ein Mindestanteil von 40 % des Honorars für die durchgeführten Behandlungsstunden zustehen. Leider ist nicht geklärt, ob es sich bei dem 40%-Mindesthonorar um einen Individualanspruch handelt, was dazu führt, dass manche Institute weiterhin einen geringeren Anteil (teilweise nur 7 € pro Behandlungsstunde) auszahlen. Das ist aus unserer Sicht absolut inakzeptabel. Die PtW werden zukünftig von den Ambulanzen fest angestellt sein, was ihre finanzielle Situation im Vergleich zu der der PiA – insgesamt gesehen – erfreulicherweise deutlich verbessert. Die Finanzierung der ambulanten WB ist jedoch derzeit nicht sichergestellt. Dennoch soll in zwei Monaten schon die MWBO verabschiedet werden. Wenn keine zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit der ambulanten Weiterbildung geschaffen wird, sorgen wir uns, dass die PtW zur Refinanzierung ihres Tarifgehalts eine hohe Anzahl an Behandlungsstunden (derzeit werden mind. 20 Behandlungsstunden pro Woche diskutiert) ableisten müssen, was dem Charakter einer Weiterbildung widerspricht.

Was sind eure Kernforderungen für die zukünftige Weiterbildung?

1. Verfahrensvielfalt?

Sie sollte immer ein Faktor sein, sie ist essenziell für die Zukunft des Berufsstands, um der Vielfalt der Patientinnenbedürfnisse gerecht zu werden. Auch zukünftige PtW sollten alle Wahlmöglichkeiten behalten, um sich optimal weiterentwickeln zu können und ihre Berufung zu finden.

2. Koordinierende Funktion der Weiterbildungsinstitute? Ombudsstelle, Schlichtungskommission etc.

Alle Approbierten nach dem neuen Gesetz haben selbständig ein Studium absolviert. Wir fragen uns daher, wie viel Koordinierung überhaupt notwendig ist. Eine solche Aufgabe sollte unserer Ansicht nach bei den Kammern liegen und nicht in die Hände privater Weiterbildungsträger gelegt werden.

Die Kammern müssen unserer Ansicht nach vollumfänglich für die Qualitätssicherung zuständig sein. Es bestünde für die Institute auch weiterhin die Möglichkeit, eine Koordinierung anzubieten, auch wenn die Koordinierungsfunktion der Weiterbildungsinstitute nicht in der MWBO festgeschrieben würde. Da die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung ohnehin noch nicht gesichert ist, fürchten wir, dass die zusätzlichen Kosten einer Koordinierungsfunktion auf die PtW umgelegt werden. Bei einer „Kann-Regelung“ in der MWBO hätten die PtW dann eine Möglichkeit, selbst zu wählen, wie viel Koordinierung sie wirklich benötigen und welche Kosten sie dann tragen müssten.

3. Länge der Weiterbildung?

In diesem Punkt ist die PiA-Schaft geteilter Meinung. Einiges spricht dafür, im Hinblick auf Flexibilisierung, Teilzeit und Familiengründung eine kürzere WB-Zeit anzusetzen, da die geforderten Kompetenzen auch in einer kürzeren Zeit als in fünf Jahren erworben werden könnten. Allerdings besteht dann u. U. die Angst von Qualitätseinbußen oder

eine fehlende Vergleichbarkeit mit den Fachärztinnen.

Bei einer fünfjährigen WB wird der Flaschenhals v. a. in der Klinik noch größer. Da im institutionellen Weiterbildungsbereich nicht ausreichend Plätze vorhanden sind und die Finanzierung der ambulanten WB nicht gesichert ist, werden viele PtW das fünfte Jahr dann in der Klinik verbringen müssen, was dann die Flaschenhalssituation weiter verschlimmern wird. Die Länge der WB sollte daran bemessen werden, welche Kompetenzen erreicht werden müssen, nicht an der Anzahl der Arbeitsjahre.

4. Flexibilisierung, sowohl bezogen auf Teilzeit als auch die Schwerpunkte: ambulant, stationär, institutionell?

Die Möglichkeit, die Weiterbildung in Teilzeit absolvieren zu können, erscheint für uns hinsichtlich einer Familiengründung, Pflegeaufgaben oder einer wissenschaftlichen Qualifikation unbedingt notwendig. Daher begrüßen wir die Bemühungen, auch mehrere Weiterbildungsabschnitte parallel zu absolvieren. Angesichts der geringen Kapazitäten im institutionellen und stationären Bereich und der hohen Absolventinnenzahlen sollten hier flexible Kombinationsmöglichkeiten geschaffen werden. Dennoch muss weiterhin für alle PtW eine vergleichbare Weiterbildung geschaffen werden.

5. Probleme der Übergangszeit, Praktische Tätigkeit für pädagogische KJP

Bis zum Jahr 2032/2035 werden noch tausende PiA neben den PtW gleichzeitig in der stationären und ambulanten Versorgung tätig sein. Für diese Übergangszeit sind noch keine Regelungen getroffen worden. Wir sorgen uns, dass die Institute wesentlich früher keine Ausbildung mehr anbieten werden und somit vielen der Beruf Psychotherapeutin verwehrt bleibt. Wir befürchten vor allem, dass gerade für die Praktische Tätigkeit nicht mehr ausreichend Stellen für PiA zur Verfügung stehen. Bereits jetzt schon weigern sich viele

Kliniken, entgegen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für KJP, pädagogische PiA einzustellen. Diese Entwicklung wird sich in der Übergangszeit weiter zuspitzen. Wir befürchten, dass die Ausbildung bald nicht mehr möglich sein wird. Es darf sich in der Übergangszeit und darüber hinaus auf keinen Fall eine Konkurrenz zwischen PtW und PiA entwickeln, denn beide werden den Berufsstand und dessen Zukunft prägen. Daher sind Regelungen für die lange Übergangszeit zwingend notwendig.

Plädoyer für Nachwuchsförderung anstatt wirtschaftliche Interessensförderung.

Forderungen:

- 40 % als Individualanspruch gesetzlich festzuschreiben.
- 26 Stunden als Vollzeitform im Gesetz klarstellen.
- 1000 € sind keine Bezahlung, sondern eine Farce. Bezahlung nach Grundberuf-Tarif!!
- Finanzierung der ambulanten WB sicherstellen.
- Ausreichend WB-Plätze für approbierte Studienabsolventinnen und Erstellung eines Konzepts, wie diese in den Berufsstand integriert werden können, wenn sie keine WB antreten.
- Schaffung von angemessenen Übergangsregelungen für PiA.

Dr. Manfred Thielen,
Mitglied der Redaktion und Delegierter
der PTK Berlin

Geschäftsstelle

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

Online-Informationsveranstaltung für Kammerangehörige

Nach der Premiere im letzten Herbst fand vor der diesjährigen Frühjahrskammerversammlung, die erneut unter Coronabedingungen durchgeführt werden musste, eine virtuelle Informationsveranstaltung zu den Entwicklungen und Tätigkeiten der Bremer Kammer statt. Alle Kammerangehörigen, denen eine persönliche Teilnahme an der Kammerversammlung nicht möglich war, sollten trotzdem die Gelegenheit bekommen, sich umfassend über die aktuellen Themen zu informieren.

Zunächst informierte der Vorstand ausführlich über seine aktuellen Tätigkeiten. Neben den Berichten über verschiedene vom Vorstand wahrge-

nommene Termine wurde auch auf die beiden Fortbildungsveranstaltungen im April zurückgeblickt (siehe auch die weiteren Beiträge auf diesen Seiten).

Bezüglich der Einführung des elektronischen Psychotherapeutenausweises wurden die Kammerangehörigen darauf hingewiesen, dass, sobald eine Beantragung möglich sein wird, kurzfristig von der Geschäftsstelle informiert wird. Weiterhin erläuterte der Vorstand den aktuellen Stand zur Einstellung einer Geschäftsführerin. Die öffentliche Ausschreibung sei vorbereitet und könnte vorbehaltlich der Mittelfreigabe durch die Kammerversammlung zeitnah erfolgen. Die Geschäfts-

stelle bereite gerade die räumlichen Voraussetzungen vor.

Im zweiten Teil der Veranstaltung blickte die Kammerpräsidentin Amelie Thobaben auf den vergangenen 38. Deutschen Psychotherapeutentag zurück und würdigte die verabschiedete Musterweiterbildungsordnung als entscheidende Weichenstellung für die zukünftige Ausbildung von Psychotherapeutinnen.

Aus den Reihen der 63 Teilnehmerinnen kamen positive Rückmeldungen, sich auf diese Weise über das aktuelle Geschehen zu informieren. Der Kammervorstand erwägt, dieses Format fortzuführen.

38. DPT beschließt Musterweiterbildungsordnung

Am 23. und 24. April 2021 fand der 38. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT), die Bundesdelegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer, statt. Statt wie ursprünglich geplant in München fanden sich die 140 Bundesdelegierten und eine Vielzahl von Gästen bereits zum zweiten Mal digital zusammen. Hauptthema des 38. DPT war die Reform der Musterweiterbildungsordnung für die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin.

Als Bremer Delegierte nahmen Amelie Thobaben, Eva John und Dr. Kim Sarah Heinemann (in Vertretung für Dr. Christoph Sülz) am DPT teil. Zu diesem Zweck fanden sich die drei Delegierten an beiden Tagen in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Bremen ein und konnten so gemeinsam an der Versammlung teilnehmen. In diesem Fall war es von Vorteil, dass die kleine Bremer Kammer



Amelie Thobaben (links), Kim Sarah Heinemann (rechts) und Eva John (n. i. B.) nahmen in den Räumen der Kammergeschäftsstelle am digitalen DPT teil.

nur drei Delegierte entsendet, da diese unter Einhaltung aller Corona-Hygiene-maßnahmen im größten zur Verfügung stehenden Raum der Kammer zusammenkommen konnten.

Bereits im Vorfeld des DPT fand ein Großteil der Arbeit der Delegierten statt, die die verschiedenen Schriftsätze und Anträge lesen und sich eine Meinung bilden mussten. Zudem fanden neben Vorbereitungstreffen der verschiedenen Gremien und Berufsverbände auch diverse vorbereitende (digitale) Sitzungen in Bremen statt.

Der erste Versammlungstag des DPT stand dann auch im Zeichen der Diskussion und Positionierung der verschiedenen Interessensgruppen in Bezug auf den von der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegten Entwurf einer Musterweiterbildungsordnung. Es wurden noch einmal pointiert die Standpunkte aus den Diskussionen der vergangenen Jahre dargestellt und zum Teil kontrovers diskutiert. Herausragend dabei war, dass sich alle Rednerinnen an die Redezeitbegrenzung von zwei Minuten hielten und die Diskussionen bei einer Vielzahl von Diskussionsteilnehmenden fachlich und sachlich geführt wurden.

Am zweiten Versammlungstag wurde es aufregend, da die zahlreichen Abstimmungen über die verschiedenen Anträge anstanden. Die Abstimmung erfolgte über ein digitales Antrags- und Versammlungssystem, wodurch die Abstimmungen über fast 30 Änderungsanträge zügig durchgeführt wurde und die Ergebnisse direkt nach Ende der Stimmgabe zur Verfügung standen. Die Phase der Abstimmungen gehörte mit zu den aufregendsten Momenten des DPT und die Bremer Delegierten

waren sich einig, dass das gemeinsame Beisammensein dazu beitrug, die Spannung besser auszuhalten. Die Arbeit mit mehreren technischen Geräten erforderte eine hohe Konzentration, sodass es sehr hilfreich war, sich zwischendurch mit den Kolleginnen im direkten Kontakt austauschen zu können.

Am Ende dieser Abstimmungsphase beschloss die Delegiertenversammlung mit großer Mehrheit die ersten beiden Teile der neuen Musterweiterbildungsordnung, worauf die Bremer Delegierten freudig anstießen – selbstverständlich mit entsprechendem Corona-Sicherheitsabstand.

Mit dem gefassten Beschluss ist der Startschuss für die weitere Umsetzung der Weiterbildung in den Landeskammern gefallen. Bis zum Herbst werden noch die Details zur Weiterbildung in den Psychotherapieverfahren (Teil 3

und 4 der Musterweiterbildungsordnung) erarbeitet, über die auf dem 39. DPT im kommenden November abgestimmt werden soll.

Auf der weiteren Tagesordnung für den zweiten Versammlungstag standen der Bericht des Bundesvorstands sowie Berichte der Ausschüsse, Kommissionen und des Länderrats. Es wurde über die Eckpunkte einer Nachhaltigkeitsstrategie diskutiert und mehrere Resolutionen u. a. zur Ergänzung von Mindestvorgaben für Psychotherapeutinnen in der Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik, zu geplanten Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Finanzierung qualifizierter Dolmetscherinnen in der Psychotherapie verabschiedet. Der 38. DPT endete mit Schlussbemerkungen des Bundesvorstands und dem hoffnungsvollen Ausblick auf einen 39. DPT in Präsenz in Berlin.



Amelie Thobaben, Eva John und Kim Sarah Heinemann (v. l. n. r.) stoßen auf die beschlossene Musterweiterbildungsordnung an.

Fortbildung Huntington-Krankheit

Im Nachgang seines im PTJ 1–2021 erschienenen Beitrags zur Huntington-Krankheit konnte die PKHB Prof. Dr. Matthias Dose als Referent für eine Online-Fortbildung gewinnen. Die Huntington-Krankheit ist eine sehr seltene, vererbte Erkrankung des Gehirns mit einem fortschreitenden Verlauf, der in den jeweiligen Phasen der Erkrankung unterschiedliche psychotherapeutische Bedarfe für die Betroffenen und ihr Umfeld mit sich bringt. Nach einer fachlichen Einführung, die anhand verschiedener Fallvignetten sehr greifbar die Bedarfe der direkt und indirekt durch die Huntington-Krankheit betroffenen



Prof. Dr. Matthias Dose während seines Vortrags

Personen verdeutlichte, bestand ausreichend Zeit, um die Fragen der rund 30 Teilnehmerinnen zu beantworten.

Im zweiten Teil der Veranstaltung stellte Carmen Vogel die Deutsche Huntington-Hilfe (DHH) vor und erläuterte die regionalen Selbsthilfe-Angebote der Bremer Gruppe. Umfangreiche Infomaterialien stehen auf der Homepage der DHH zur Verfügung. Aus dem fachlichen Austausch heraus wurde ein Bedarf an einer weiteren Behandlerinnenliste für die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen (z. B. progrediente, genetische oder chronische) deutlich. Die PKHB wird unter ihren Kammerangehörigen eine entsprechende Abfrage durchführen.

Erfolgreiche Online-Veranstaltung der Landeskammern Rheinland-Pfalz und Bremen zum Thema „Die Corona-Pandemie ist auch eine psychologische Krise“

Covid-19-Erkrankungen, Long-Covid und die Belastungsfaktoren der Pandemie können psychische und neuropsychologische Folgen haben, die Menschen aller Altersklassen betreffen. Es zeigt sich eine Zunahme an psychischer Belastung und eine deutlich erhöhte Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung bei bereits vielerorts langen Wartezeiten auf Psychotherapieplätze.

Die individuellen psychischen, sozialen und ökonomischen Ressourcen spielen eine große Rolle bei der Bewältigung dieser langandauernden Belastungssituation. Besonders gefährdet sind Menschen mit bereits vorbestehenden psychischen und somatischen Erkrankungen sowie Familien, die über wenig Ressourcen verfügen. Starke psychische Belastungen wie Angst- und Traumafolgestörungen können sich auch bei Menschen finden, die wegen Covid-19 intensivmedizinisch behandelt wurden.

Dem Thema „Corona und psychische Gesundheit: Auswirkungen und Versorgung“ widmete sich deshalb eine Online-Fachveranstaltung mit rund 200 Teilnehmenden, die die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und die Psychotherapeutenkammer

Bremen gemeinsam am 9. April 2021 durchführten.

Die Vorträge der verschiedenen Expertinnen für psychische Gesundheit verdeutlichen, dass häufig sehr komplexe Belastungs- und Behandlungssituationen vorgefunden werden. Psychosoziale Angebote wie Intensivierung der Schulsozialarbeit und Jugendhilfe können sowohl präventiv als auch gemeinsam mit einer psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden. Gruppenpsychotherapeutische Angebote, Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen sollten besonders gefördert werden, um den großen Bedarf an Behandlung sowie Unterstützungsangeboten leichter begegnen zu können. Insgesamt ergibt sich auch ein großer Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit, insbesondere auch im Hinblick auf Long-Covid. Die psychologische Komponente bei der Bewältigung der Folgen der Pandemie muss sowohl in der Forschung als auch in den gerade entstehenden Covid-Ambulanzen ausreichend berücksichtigt werden. Die Anerkennung als Berufskrankheit erfordert spezifische psychotherapeutische Angebote auch der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen.

Die Politik ist hier gefordert, zusammen mit Expertinnen für psychische Gesundheit entsprechende Bedarfe zu identifizieren und Versorgungs- und Unterstützungsangebote zu intensivieren bzw. zu schaffen.

Prof. Dr. Michael Witthöft, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Mainz, stellte in seinem Vortrag bei der Veranstaltung eine eigene Studie zu den Auswirkungen des ersten Lockdowns auf die psychische Gesundheit vor. Jüngere Personen sowie Personen mit einer psychischen Störung waren besonders negativ von sozialer Distanzierung und Quarantäne betroffen. Depressive, ängstliche und psychosomatische Beschwerden kamen in der untersuchten Gruppe mehr als doppelt so häufig vor wie ohne Pandemie zu erwarten wäre.

Sabine Maur, Psychologische Psychotherapeutin und Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, schilderte die vielfältigen Belastungen für Kinder, Jugendliche und Familien in der Pandemie. Der Verlust sozialer Kontakte und von wichtigen Freizeitbeschäftigungen, die Angst vor Ansteckung von Angehörigen und schweren Erkrankungsverläufen, die

Sorgen um die Zukunft und die schulische Entwicklung belasten viele Jugendliche. Hinzu kommen besorgniserregende Entwicklungen im Hinblick auf die Auswirkungen von LongCovid bei Kindern und Jugendlichen. „Wir brauchen dringend eine bessere psychosoziale Unterstützung von besonders belasteten Familien. Außerdem sehen wir eine Zunahme von Therapieanfragen für Kinder und Jugendliche von 60 %. Hier müssen die Krankenkassen ihrer Pflicht zur Finanzierung von Psychotherapie per Kostenerstattung nachkommen.“

Sabine Unverhau, Psychologische Psychotherapeutin und Neuropsychologin, stellte die neuropsychotherapeutische Behandlung von Menschen mit neuropsychologischen Symptomen und Belastungen in Folge einer Covid-19-Erkrankung vor. Dazu gehören u. a. Symptome wie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme sowie Schwierigkeiten, Alltagshandlungen zu planen und

durchzuführen. Schon vor Corona habe es zu wenig Anlaufstellen für neuropsychologische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen gegeben.

Amelie Thobaben, Psychologische Psychotherapeutin und Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Bremen, beschrieb die Posttraumatische Belastungsstörung nach schwerer Covid-19-Erkrankung. „Lebensbedrohliche Situationen zu erleben und dabei hilflos zu sein, stellt eine besondere psychische Belastung dar. Wenn die Psyche damit überfordert ist, dann entwickeln sich oft extrem belastende psychische Symptome. Das betrifft nicht nur Erfahrungen eigener Lebensbedrohung, sondern auch die des Bettnachbarn in der Klinik oder der Patientin, die man behandelt.“ Psychologinnen und Psychotherapeutinnen sollten auch in somatischen Kliniken, vor allem auf Intensivstationen zum Behandlungsteam gehören. „Erfolgreiche Behandlung oder

Beratung im Sinne einer Frühintervention stellen einen präventiven Faktor bei der Entwicklung psychischer Störungen dar“, sagte Amelie Thobaben.

Florina Willand, Psychologische Psychotherapeutin, teilte eindrucksvolle Erfahrungen aus ihrer psychotherapeutischen Arbeit mit Covid-19-Patientinnen in einer pneumologischen Rehaklinik. Die gruppenpsychotherapeutischen Angebote für Menschen mit ähnlichen Erfahrungen stelle eine gute Möglichkeit dar, um mit begrenzten Ressourcen mehr Menschen behandeln zu können. Selbsthilfegruppen müssten gestärkt werden, Ärztinnen sollten hinsichtlich möglicher psychischer Folgestörungen von schweren Covid-19-Verläufen geschult werden. Auch eine Sensibilisierung der Arbeitgeber sei wichtig.

[Der Beitrag wurde in Zusammenarbeit mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz erstellt.](#)

Redaktion

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

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr
Mi.: 13.00–15.00 Uhr

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Kammermitglieder,

die Covid-19-Pandemie hat die Gesellschaft noch immer fest im Griff. Die Folgen der Pandemie mit den mittlerweile über 80.000 Toten in Deutschland, den vielen an Covid-19-Erkrankten und unter „Long Covid“ Leidenden wie auch die Einschränkungen hinterlassen immer gravierendere Spuren, die sich in zunehmender Angst, aber auch deren Abwehr über Verleugnung sowohl im rauer werdenden Ton in der Gesellschaft, in zunehmender Irrationalität, aber auch der Sehnsucht nach Normalität zeigen. Und dabei sind die psychischen Langzeitfolgen für unsere Gesellschaft heute in ihrem Ausmaß noch nicht absehbar.

Die Bilder, die uns aus anderen Teilen der Welt erreichen, wecken Mitgefühl, aber auch Angst, was vielleicht noch kommen könnte. Wir können diese Entwicklung auch in unseren Arbeitszusammenhängen wahrnehmen, in unseren Praxen, Kliniken, Beratungsstellen und allen anderen Bereichen, in denen wir tätig sind. Die psychischen Belastungen nehmen immer mehr zu. Wir müssen unsere Bedürfnisse massiv einschränken, und gleichzeitig geht das Leben weiter. Auch Psychotherapeutinnen sind vor den psychischen Belastungen nicht gefeit. Das merken wir u. a. in den Anrufen und Mails unserer Mitglieder, die in der Kammergeschäftsstelle eingehen. Besonders im Zusammenhang mit der Impfpriorisierung haben uns emotional sehr aufgeladene Fragen und Äußerungen von Kammermitgliedern erreicht. Es entstand der Eindruck, dass bei einigen Kolleginnen „die Nerven blank lagen“, und es kaum noch möglich war, die Situation sachlich zu beurteilen und zu reflektieren. Uns als Kammervorstand hat das natürlich sehr beschäftigt, einerseits in der Fürsorgepflicht für unsere Mitarbeiterinnen, die trotz der schwierigen Corona-Bedingungen eine funktionierende Geschäftsstelle aufrechterhalten und gute Arbeit leisten, aber andererseits auch in der Sorge um die Arbeitsfähigkeit von Ihnen und uns als Psychotherapeutinnen. Der Umgang mit den eigenen Sorgen und Ängsten, Erschöpfungs-, Überforderungs- und Ohnmachtsgefühlen stellt uns alle vor enorme Herausforderungen, die nur mit einer reflektierten professionellen Haltung, viel Besonnenheit und einem aus-

reichenden Maß an Selbstfürsorge zu bewältigen sind. Deshalb möchten wir an dieser Stelle noch einmal deutlich machen, dass sowohl die Geschäftsstelle als auch der Vorstand ihr Möglichstes tun, um für die Interessen unserer Kammermitglieder gegenüber der Politik, den Behördenvertreterinnen wie auch den Kostenträgerinnen im Sinne einer dringend notwendigen Aufrechterhaltung der Versorgung psychisch kranker Menschen in diesen Pandemie-Zeiten zu kämpfen. Dazu gehörte natürlich auch der Einsatz für die Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen mit den Ärztinnen in Bezug auf die Impfungen. Dass es dabei nicht immer rational zugeht, mahnen wir regelmäßig an. Umso mehr bedarf es deshalb eines an der Sache orientierten, abgewogenen, aber auch standhaften Handelns von Seiten der Kammer. Dafür setzen sich alle im Vorstand und der Geschäftsstelle ein.

Auf den Hamburg-Seiten können Sie einige Berichte zu den Aktivitäten der Kammer lesen. Darüber hinaus informieren wir regelmäßig über unseren Newsletter, der bei Bedarf durch Corona-Sondernewsletter ergänzt wird. Wir empfehlen Ihnen, diesen zu abonnieren, um über die aktuellen Entwicklungen auf dem Laufenden zu bleiben.

Passen Sie auf sich auf und bleiben Sie gesund.

TM



V. l. n. r.: Dr. Thomas Bonnekamp, Kerstin Sude, Heike Peper, Gitta Tormin, Torsten Michels

Ausfallhonorare bei Beendigung einer Gruppentherapie

Der Schlichtungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat sich im zurückliegenden Jahr mehrmals mit Schlichtungsanliegen beschäftigt, die Ausfallhonorare bei Beendigungen und Abbrüchen von Gruppentherapien betreffen. Die Arbeit des Schlichtungsausschusses zielt immer darauf ab, im Konfliktfall einen Ausgleich gegenläufiger Interessen zu finden, und stellt damit ein schonendes Verfahren in Konfliktsituationen dar.

Aus der Sicht gruppentherapeutisch arbeitender Kolleginnen ist die möglichst weitgehende Sicherstellung einer kontinuierlichen Teilnahme an den Gruppentherapien ein berechtigtes und auch inhaltlich nachvollziehbares Kriterium. Entsprechend werden Therapieverträge abgeschlossen bzw. mündliche Vereinbarungen getroffen. Einige Vereinbarungen enthalten die Verpflichtung zur Zahlung von Ausfallhonoraren für bis zu

zehn Sitzungen nach einer Kündigung bzw. einem Abbruch der Gruppenteilnahme.

Solche Vereinbarungen – so sinnvoll sie zunächst inhaltlich erscheinen mögen – entsprechen nicht geltendem Recht. Nach § 627 Abs. 1 BGB haben Patientinnen das Recht, eine Behandlung jeglicher Art, also auch Psychotherapie, jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden. Honoraransprüche für nicht wahrgenommene Sitzungen nach der Beendigung einer Psychotherapie können nicht geltend gemacht werden.

In Übereinstimmung mit Inge Berns und Burkhard Lange, die in ihrem Artikel „Streit um Ausfallhonorar zwischen Patienten und Psychotherapeuten“ das Ausfallhonorar in der Gruppentherapie behandeln, sind wir im Schlichtungsausschuss der Auffassung, dass Kontinuität und Verlässlichkeit der Teilnahme

an einer Psychotherapie auf anderen Wegen vermittelt werden sollten als über finanzielle Vereinbarungen. Dies erfordert Sorgfalt und Achtsamkeit in den probatorischen Sitzungen, in denen bei der Aufklärung die Rahmenbedingungen für die Teilnahme an einer Gruppentherapie wie regelmäßige Teilnahme, Ausfallhonorar, gegenseitiger Respekt, Verschwiegenheit und Beendigung der Gruppentherapie erarbeitet werden. So kann z. B. die Möglichkeit eines Einzelgesprächs bei dem Wunsch nach einer plötzlichen Beendigung oder einem Abbruch angeboten werden. Insgesamt sollte bei Patientinnen Verständnis für die Regeln geweckt und auf ein Mittragen hingearbeitet werden. Nur so wird ein verlässliches Einhalten der Gruppenregeln durch die Gruppenmitglieder zu erreichen sein.

Silke Eggerichs / der Schlichtungsausschuss der PTK Hamburg

Bericht über die 82. Sitzung der Delegiertenversammlung

Am Mittwoch, den 21.04.2021 fand die 82. Sitzung der Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg aufgrund der Senatsverordnung zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie erneut online als Videokonferenz statt. Satzungsgemäß müssen bei Videokonferenzen alle Abstimmungsergebnisse im Nachgang in einem schriftlichem Umlaufverfahren bestätigt werden, was den Delegierten zu Beginn erläutert wurde.

Präsidentin Heike Peper eröffnete die Sitzung und begrüßte die teilnehmenden Delegierten sowie einige Gäste an den Bildschirmen. Sie konnte die ordnungsgemäße Einberufung und Beschlussfähigkeit feststellen.

Zunächst stand die Tagesordnung (TO) zur Abstimmung. Heike Peper teilte mit, dass der Jahresabschluss 2020 leider noch nicht zur Abstimmung vorlag, so dass der Tagesordnungspunkt auf die nächste Delegiertenversammlung im Juni vertagt wurde. Der Vertreter der

Ausbildungsinstitute Gerhard Zarbock bat um rechtzeitige Diskussion eines offenen Briefes einiger Hamburger Ausbildungsinstitute an den Kammervorstand zum Thema Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die ebenfalls auf der TO stand. Gerhard Zarbock hatte den Delegierten den Brief zur Information zugänglich gemacht. Heike Peper sicherte zu, dass ausreichend Zeit zur Diskussion der MWBO vorgesehen sei.

Bericht über aktuelle Aktivitäten des Vorstandes

Heike Peper berichtete anschließend über die zurückliegenden Aktivitäten des Vorstands und der Geschäftsstelle. Sie hob besonders die Herausforderungen bezüglich des Krisenmanagements in der Corona-Pandemie hervor und bedankte sich ausdrücklich bei der Geschäftsstelle für deren unermüdlichen Einsatz. Teilweise sei die Kommunikation mit einigen Mitgliedern herausfordernd gewesen. Besonders schwierig

sei der Umgang mit wütenden Kammermitgliedern gewesen, die die PTK und die Geschäftsstelle für Entscheidungen der Politik verantwortlich machten. Die Delegierten schlossen sich dem Dank an.

Beschluss zur neuen Fortbildungsordnung

Im Anschluss führte Dr. Thomas Bonnekamp (Vorstand) in die Historie der Revision der Fortbildungsordnung ein, die nach Diskussionen auf den beiden letzten Sitzungen der Delegiertenversammlung zur Abstimmung vorlag. Dr. Helene Timmermann (Vorsitzende des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung) ergänzte im Anschluss mit einigen Erläuterungen zum zurückliegenden Diskurs. Nach kurzer Diskussion und Dank an die Vorbereitenden wurde die an der Musterfortbildungsordnung der BPTK orientierte Revision der Hamburger Fortbildungsordnung einstimmig beschlossen. Inga Zimmermann, Juristin und Mitarbeiterin der Geschäftsstelle

le, berichtete abschließend über die nun nach europäischem Recht notwendige Verhältnismäßigkeitsprüfung und die Konsequenzen für die Genehmigung der Fortbildungsordnung.

Nachbesetzung des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung

Anja Hellberg, die langjährig dem Ausschuss für Fort- und Weiterbildung (AFW) angehört hatte, hatte ihren Rücktritt als AFW-Mitglied angekündigt und wurde in der Sitzung mit Dank für ihren langjährigen Einsatz verabschiedet. Sönke Meyer-Lohmann wurde einstimmig als ihr Nachfolger bestimmt.

Ernennung ehrenamtlicher Richterinnen für das Heilberufegericht

Ebenfalls einstimmig wurden vier Kammermitglieder als ehrenamtliche Richterinnen am Heilberufegericht auf Vorschlag der Delegiertenversammlung benannt.

Information und Diskussion des Entwurfs der Musterweiterbildungsordnung (MWBO)

Den inhaltlichen Schwerpunkt des Abends stellte die Diskussion zur neuen

MWBO dar, über deren aktuellen Stand Heike Peper detailliert informierte. Sie wies dabei besonders auf die auf dem 38. DPT zu diskutierenden Punkte hin. Die MWBO sei ein „lernendes System“ und müsse in ihrer Umsetzung kritisch evaluiert werden. Wünschenswert sei es, den Hamburger Delegierten für den DPT ein Stimmungsbild der DV zu den strittigen Punkten mitzugeben. Im Anschluss diskutierten die DV-Mitglieder auch anhand des Schreibens einiger Hamburger Ausbildungsinstitute die dort geäußerten Bedenken bezüglich Qualität und Finanzierung der künftigen psychotherapeutischen Weiterbildung.

Die Ausbildungsinstitute baten in ihrem Schreiben die Hamburger Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT), keinem Beschluss auf dem DPT zuzustimmen, sollten die vorgetragenen Bedenken nicht zuvor ausgeräumt sein. Prof. Rainer Richter berichtete zur Historie der Musterweiterbildungsordnung ausgehend von Initiativen aus dem Gesundheitsministerium und verteidigt ihre Notwendigkeit vor dem Hintergrund einer Sicherstellung qualitativ hochwertiger psychotherapeutischer Versorgung und fairer Entlohnung der Weiterzubildenden. Bei allen Kontroversen zu einzelnen inhaltli-

chen Punkten wie der Dauer der Weiterbildung, der Mindestdauer der Weiterbildungsteile, des Mindestumfanges von Teilzeit, des Einsatzes eines koordinierenden Weiterbildungsinstituts und der Abgrenzung von Altersgebieten wurde die bevorstehende Verabschiedung der neuen MWBO von den DV-Mitgliedern ganz überwiegend positiv bewertet. Gleichzeitig wurde ein kontinuierlicher Einsatz für eine angemessene Finanzierung der Weiterbildung nach der Beschlussfassung für unabdingbar gehalten.

Abschließend dankte Heike Peper den Diskutierenden für ihr Engagement und für ihre Argumente, die sicher zur Meinungsbildung der DPT-Delegierten beitragen würden, und beendete die Sitzung der DV zu fortgeschrittener Zeit. Noch offene Berichte aus Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften sollten im Nachgang schriftlich an alle Delegierten erfolgen.

TB

Kurznachrichten

Empfang für neu approbierte Kammermitglieder am 23.02.2021 erstmalig per Videokonferenz

Am 23.02.2021 fand der jährliche Empfang der neu approbierten Kolleginnen und der neuen Kammermitglieder zum ersten Mal als Videokonferenz statt. Der Empfang soll zum einen dem Kennenlernen der Geschäftsstelle, der Mitarbeiterinnen und des Vorstandes und zum anderen der Einführung in die Aufgaben und Funktionen der Kammer dienen. Nach einer allgemeinen Einführung zu den Funktionsbereichen und den unterschiedlichen Aufgaben der Vorstandsmitglieder wird der kollegiale Austausch üblicherweise in kleinen Gruppen und persönlichen Gesprächen fortgesetzt.

Diesmal musste aufgrund der Covid-19-Pandemie leider auf reale Begegnungen verzichtet werden. Über kleine Break-Out-Sessions haben wir versucht, dennoch einen persönlichen Austausch möglich zu machen. Nach den durchweg positiven Rückmeldungen der ca. 30 Neumitglieder ist es trotz der videobedingten Beschränkungen gut gelungen, über die Kammeraktivitäten zu informieren und sich ein wenig kennenzulernen. Wir hoffen sehr, dass wir uns im nächsten Jahr wieder real in unserer Geschäftsstelle treffen können.

Informationsveranstaltung zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für Ausbildungsinstitute am 25.02.2021

Leider musste auch das Treffen der PTK mit den Vertreterinnen der Hamburger Ausbildungsinstitute per Videokonferenz stattfinden. Ca. 30 Personen einschließlich des Vorstandes und des Geschäftsführers der PTK nahmen an der Informationsveranstaltung zur neuen MWBO teil. Bereits im letzten Jahr hatte es ein erstes Treffen gegeben, in dem den Vertreterinnen der Ausbildungsinstitute der damalige Entwurf und die grobe Struktur der MWBO vorgestellt worden waren.

Heike Peper informierte über den aktuellen Entwurf der MWBO, der bereits auf dem 37. Deutschen Psychotherapeutentag in seiner Grundstruktur von den Delegierten befürwortet worden war. Der Entwurf ist das Ergebnis der

Konsensbildung unter umfassender bundesweiter Beteiligung der unterschiedlichen Gruppierungen in diesem nun schon seit mehreren Jahren laufenden Prozess. Zusätzlicher Druck die Konsensbildung zur Entwicklung der MWBO abzuschließen, war durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes im September 2020 aufgekommen, durch das die grundsätzliche Struktur der zukünftigen Ausbildung mit Approbationsstudium und anschließender Weiterbildung von der Politik beschlossen worden war. Da bereits im Herbst 2022 mit den ersten Masterabschlüssen zu rechnen ist, muss die Weiterbildungsordnung nun zügig von der Profession entwickelt und beschlossen werden. Ausbildungsinstitute können zukünftig als ambulante Weiterbildungsstätten zugelassen werden. Über die Rahmenbedingungen für diese Zulassung sowie über Fragen der Finanzierung der zukünftigen Weiterbildung wurde sehr lebhaft und kontrovers diskutiert.

Informationsveranstaltung zur MWBO für leitende Psychotherapeutinnen in Kliniken am 15.03.2021

Da die zukünftige Weiterbildung eine mindestens zweijährige Tätigkeit im stationären Bereich vorsieht, hatte der Vorstand leitende PP und KJP in den Hamburger Kliniken zu einer gemeinsamen Veranstaltung eingeladen, um sowohl die aktuelle Situation der (teil-)stationären psychiatrischen/psychoso-

matischen Versorgung in Hamburg zu erörtern als auch über die zukünftige Weiterbildung zur/zum Fachpsychotherapeutin zu informieren. Dazu sollte auch über die Anerkennung als Weiterbildungsbefugte sowie über die Schaffung von Weiterbildungsplätzen informiert werden.

Von besonderem Interesse war darüber hinaus, inwiefern die Kliniken bereits angefangen haben, sich mit den zukünftigen Weiterbildungsstrukturen, die den ärztlichen angeglichen sein werden, zu befassen. An der Veranstaltung nahmen ca. 20 Kolleginnen teil. Nach der Darstellung des aktuellen Entwurfs der MWBO wurde in der Diskussion deutlich, dass noch ein erheblicher Informationsbedarf zur Umsetzung der Weiterbildung im stationären Versorgungsbereich besteht. Von Seiten der Kammer wurde deutlich gemacht, dass den leitenden Psychotherapeutinnen dabei eine wichtige Rolle zukommen werde.

Landeskonzferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung am 22.04.2021

Die Landeskonzferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung versammelt unter der Leitung der Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard die relevanten Akteurinnen im Hamburger Gesundheitswesen. Auch die PTK Hamburg ist Mitglied in diesem Gremium und wird dort durch die Präsidentin Heike Peper vertreten. Als Schwerpunktthema, dem sich die Konferenz

in verschiedenen Arbeitsgruppen in den kommenden Jahren widmen wird, wurde die „Förderung der psychischen Gesundheit und der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ festgelegt. Die PTK Hamburg wird sich mit ihrer Expertise intensiv in die Diskussionen einbringen.

Gespräch mit den Niederlassungsleitungen der Barmer, DAK und TK in Hamburg am 05.05.2021

In regelmäßigen Abständen trifft sich das Präsidium der PTK mit den Hamburger Niederlassungsleitungen Katrin Schmieder (DAK), Maren Puttfarcken (TK) und Frank Liedtke (Barmer) zum Austausch, um über aktuelle Themen der psychotherapeutischen Versorgung zu sprechen.

Am 05.05.2021 standen neben den pandemiebedingten psychischen Folgen und deren Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung, u. a. die Themen Digitalisierung und Qualitätssicherung auf der Tagesordnung. Im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung wurde von Seiten der Kammer dringend angemahnt, unbürokratische und schnelle Lösungen für den durch die psychischen Belastungen der Pandemie spürbar steigenden Versorgungsbedarf zu finden und u. a. die Möglichkeiten der außervertraglichen Psychotherapie im Wege der Kostenerstattung zu erleichtern.

TM

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Dr. Thomas Bonnekamp, Kathrin Zander.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/226226-060
Fax: 040/226226-089
www.ptk-hamburg.de
info@ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

mit den Hessenseiten in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals endet die IV. Wahlperiode der Psychotherapeutenkammer Hessen. Im Juni wird gewählt und am 1. Juli gegen Abend werden wir das Wahlergebnis haben. Alle Kolleginnen, die noch nicht gewählt haben, sollten – wenn möglich – noch schnell die Gelegenheit nutzen, ihre Stimmen abzugeben. Damit gestalten Sie die Kammerarbeit der nächsten fünf Jahre entscheidend mit und können Ihren Einfluss geltend machen. Die Kammer ist die wichtigste berufsständische Vertretung unseres Berufes und setzt sich intensiv für eine gute Versorgung psychisch erkrankter Menschen ein. Auch wenn die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland insgesamt besser aufgestellt ist als in vielen anderen Ländern, gibt es auch bei uns noch viel zu tun. Psychisch kranken Menschen eine Stimme zu verleihen und für ihr Recht auf eine angemessene, leitliniengerechte Behandlung einzutreten, war uns in den vergangenen fünf Jahren ein zentrales Leitziel und sollte es auch in Zukunft sein. Das gelingt nur mit einer starken Kammer, die von ihren Mitgliedern gestützt und gestaltet wird. Wenn ich auf die letzten fünf Jahre Kammerarbeit zurückschaue, dann lässt sich feststellen, dass viele unserer politischen Ziele – insbesondere die Ausbildungsreform – verwirklicht wurden. Dies geschah durch intensive Mitarbeit der Psychotherapeutenkammer Hessen auf der Bundesebene und muss nun mit der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) in eine Landes-Weiterbildungsordnung (WBO) fortgesetzt werden. Im Herbst 2023 werden sich voraussichtlich die ersten neuaprobieren Psychotherapeutinnen aus den hessischen Universitäten in Kassel, Marburg, Gießen und Frankfurt (oder anderen deutschen Univer-

sitäten) um Stellen für die Weiterbildung als Fachpsychotherapeutinnen für Erwachsene, Kinder- und Jugendliche oder Neuropsychologische Psychotherapie in Kliniken, Ambulanzen, Praxen oder Beratungsstellen bewerben. Bis dahin liegt noch ein ordentliches Stück Arbeit vor uns allen.

Fünf Jahre intensiver Arbeit liegen hinter dem Vorstand und allen ehrenamtlich tätigen Kolleginnen in der Delegiertenversammlung, den Ausschüssen, den Arbeitsgruppen und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle. Die sehr gute, konstruktive und wertschätzende Zusammenarbeit im Vorstand mit Vizepräsidentin Else Döring und den Vorstandsmitgliedern Karl-Wilhelm Höffler, Robert Schmidtner, Sabine Wald und Birgit Wiesemüller hat es ermöglicht, positive Neuerungen anzustoßen und umzusetzen und war enorm wichtig im Umgang mit der Corona-Krise, soweit sie unseren Berufstand betroffen hat. Dazu gehörte z. B. unser Einsatz für die Kindernotbetreuung, das Angebot digitaler Fortbildungen und vor Kurzem die Berücksichtigung der Psychotherapeutinnen bei der Corona-Schutzimpfung. Und trotz aller Arbeit hat es großen Spaß gemacht, gemeinsam Problemlösungen zu entwickeln und zu realisieren.

Es waren aufregende und spannende Jahre und es war mir eine Ehre und große Freude mit so vielen engagierten und leidenschaftlichen Kolleginnen gemeinsam die Kammer vertreten zu dürfen und die Zukunft unseres Berufes mitgestalten zu können.

Für Ihren Einsatz, Ihr Engagement und die Unterstützung bedanke ich mich bei allen ganz, ganz herzlich – nur gemeinsam in einem starken Team lässt sich viel erreichen.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Delegiertenversammlung wird neu gewählt

In diesem Jahr endet die IV. Wahlperiode der Psychotherapeutenkammer Hessen und es finden vom 1. bis 30. Juni die Wahlen zur Delegiertenversammlung statt. Fünf Jahre dauert eine Wahlperiode. Die Wahl wird als Verhältniswahl aufgrund von Listenvorschlägen durchgeführt. Wahlberechtigt sind 6.002 Kammermitglieder, d. h. alle PP, KJP und PiA, die sich in der praktischen Ausbildung befinden. Jedes Kammer-

mitglied hat zwei Stimmen, die es einer Liste geben oder auf zwei verschiedene Listen verteilen kann. Spätestens am 30. Juni muss der Briefwahlschein bei der Kammer eingegangen sein.

Es treten sieben Listen zur Wahl an: Bündnis KJP Hessen, VAIR – für den berufspolitischen Generationenwechsel!!, QdM, bvvp: Integrative Liste, PDL PP, VT-AS – Verhaltenstherapie – An-

gestellte – Selbständige und PiA und DPtV – praxisorientiert – verfahrensübergreifend – stark in jedem Kontext. Die Flyer mit der Selbstdarstellung der Listen finden sich auf der Website der Kammer (www.PTK-Hessen.de / Über uns / Wahlen 2021).

Am 1. Juli finden die Stimmauszählung sowie die Feststellung des Wahlergebnisses durch den Wahlausschuss und

die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle unter Aufsicht des Wahlleiters statt. Die Zuteilung der Delegiertensitze auf die einzelnen Listen erfolgt nach dem Verfahren Hare-Niemeyer. Die Reihenfolge der Besetzung durch die Bewerberinnen einzelner Listen folgt der Reihenfolge auf dem Wahlvorschlag. Die Delegiertenversammlung besteht aus 32 Delegierten, davon müssen mindestens fünf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sein.

Das Ergebnis der Wahl wird voraussichtlich am Abend der Auszählung bekannt gegeben und auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer veröffentlicht.

Die IV. Wahlperiode endet mit der konstituierenden Sitzung am 18. September, bei der der Vorstand mit Präsidium und Beisitzerinnen sowie die Ausschüsse von den Delegierten neu gewählt werden.

Wir wünschen allen Bewerberinnen viel Erfolg.



© Stockfotos-MG/Adobe Stock

Weiterbildungsordnung Hessen – Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung

Wie sieht der Fahrplan für die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) in Hessen aus? Im April hat der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) die neue MWBO für den Beruf der Psychotherapeutin mit den Teilen A (Paragrafenteil) und B (Gebiete mit Kompetenzziele und Richtzahlen) beschlossen. Im Oktober soll über die Teile C (Ausführungsbestimmungen für die Verfahren) und D (Bereichsweiterbildung) entschieden werden. Zur Ausarbeitung der Entwürfe für die Teile C und D werden in den kommenden Monaten die Arbeitsgruppen der Bundesebene intensiv tagen.

In Hessen muss die Delegiertenversammlung (DV) über die Weiterbildungsordnung (WBO) entscheiden. Das soll in der DV im Frühjahr 2022 geschehen. Dabei ist das angestrebte Ziel aller Landespsychotherapeutenkammern, möglichst nah am Wortlaut der MWBO zu bleiben, um den künftigen Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PtW) einen Wechsel in ein anderes Bundesland zu ermöglichen, ohne dass ihnen dadurch Nachteile bei der Anerkennung bereits geleisteter Weiterbildungsteile entstehen.

Um einen Entwurf für die WBO zur Vorlage zu erstellen, haben die Ausschüsse

Aus- Fort- und Weiterbildung, Ethik und Berufsordnung und Psychotherapie in Institutionen im Auftrag der DV begonnen, Stellungnahmen zur MWBO zu erarbeiten. Darüber hinaus beschäftigen sich auch die Juristen der Psychotherapeutenkammer, der Justiziar und die Teamleitung des Bereichs Aus-, Fort- und Weiterbildung, mit der MWBO und den notwendigen Umsetzungsschritten in die WBO. Für die Kammer war es dabei von großem Vorteil, dass der Justiziar in den vergangenen anderthalb Jahren an allen Arbeitsgruppen der Kammerjuristinnen, Geschäftsführerinnen und den BPtK-Workshops auf Bundesebene teilgenommen und die juristischen Aspekte der MWBO maßgeblich mitdiskutiert hat. Präsidentin Dr. Winter ist Mitglied in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Kammerpräsidentinnen sowie der Unterarbeitsgruppe Erwachsene und der Expertinnengruppe Verhaltenstherapie. Das hat gute Voraussetzungen für die WBO geschaffen, weil die Kammer damit über ein hohes Maß an Expertise und Hintergrundwissen zur MWBO besitzt. Nach den Beschlüssen des Herbst-DPT zur MWBO wird dann im Frühjahr 2022 ein Entwurf der WBO der DV zur Abstimmung vorgelegt werden, der anschließend dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) zur Genehmigung vorgelegt und veröffentlicht werden muss.

Parallel zu den o.g. Arbeiten führt das Präsidium flankierende Gespräche mit den Zuständigen im HMSI, da es Änderungen im Heilberufsgesetz bedarf. Diese beziehen sich auf die neue Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ und die Aufnahme der WBO für den neuen Beruf. Im Einzelnen könnte auch eine Anpassung für die Ausübung der Weiterbildung in Teilzeit erforderlich werden. Das Heilberufsgesetz schreibt für die Weiterbildung in Teilzeit einen Stellenanteil von mindestens 50 Prozent vor, während die MWBO vorsieht, dass die ambulante Weiterbildungszeit auch im Rahmen einer 25-Prozent-Stelle ausgeübt werden kann. Dies soll vor allem die Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern.

Im Herbst 2023 ist frühestens mit den ersten PtW zu rechnen. Bis dahin müssen die neue WBO verabschiedet und das Antragsverfahren für die Akkreditierung der künftigen Weiterbildungsstätten sowie der Weiterbildungsbefugten aufgebaut und die Akkreditierung abgeschlossen sein. Das ist ein umfangreiches Arbeitspensum und wir freuen uns, dass wir mit unseren Ausschüssen, mit unserem Justiziar und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle so hochkompetente Unterstützung besitzen.

Psychotherapeutenkammer Hessen macht sich weiterhin stark für bessere Vergütung von PiA und PtW



© igor_kell/Adobe Stock

Im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz wurde im November 2019 eine Neuformulierung des § 117 Absatz 3c SGB V verabschiedet, die die Vergütung der Aus- und Weiterbildung regelt. Damit verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Vergütung für die PiA zu verbessern und für die künftigen Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PtW) ein angemessenes Gehalt zu sichern. Dies war von Beginn der Ausbildungsreform an ein zentrales Reformziel. Im April wurde nun von den Bundestagsfraktionen der CDU/CSU und SPD ein Entwurf eines Änderungsantrags für den § 117 Absatz 3c SGB V vorgelegt, der eine Streichung der Satzinhalte vorsieht, die sich auf eine angemessene Vergütung von Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen bezieht. Der Änderungsantrag sollte im sogenannten Omnibusverfahren im Rahmen des Gesundheitsversorgungs-

weiterentwicklungsgesetzes (GVWG) im Mai verabschiedet werden.

Geblichen ist lediglich, dass ein Anteil von 40 Prozent des Kassenhonorars für die Krankenbehandlung ausgezahlt werden muss. Damit entfallen die Verhandlungsmöglichkeiten mit den Kassen für eine gerechtere Vergütung der Krankenbehandlung während der Aus- und Weiterbildung. 40 Prozent des Kassenhonorars entsprechen im Schnitt 40,- €, aber nur für die geleistete Therapiestunde. Für die heutigen PiA wird so die prekäre Ausbildungssituation fortgesetzt: Ausbildungsgebühren für Theorie, Selbsterfahrung und Supervision müssen von ihnen selbst aufgebracht werden. Jede ausgefallene oder abgesagte Therapiestunde führt zu einer Absenkung der Vergütung. Es ist aufgrund der erforderlichen Vor- und Nachbereitung der Therapiestunden, der Dokumentationspflichten und der Supervisionsaufgaben nicht möglich, mehr als zehn bis maximal fünfzehn Therapiestunden in der Woche durchzuführen. Damit kann knapp die Ausbildung refinanziert werden, Lebenshaltungskosten können nicht gedeckt werden.

40 Prozent des Kassenhonorars für geleistete Therapiestunden sind auch für künftige PtW zu wenig. Sie müssen

die Weiterbildung in Anstellung absolvieren. Das schreiben die Heilberufsgesetze der Länder vor. Für die PtW wird davon ausgegangen, dass diese 20 Therapiestunden in der Woche erbringen sollen. Diese Stundenzahl würde bei einer Vergütung von 40,- € pro Therapiestunde in 42 Arbeitswochen zu einem Arbeitgeber-Bruttogehalt von 33.600,- € führen. Zieht man den Arbeitgeberanteil von dieser Summe ab, bleibt ein Jahresgehalt von 26.800,- € für die PtW, d. h. ein Monatsgehalt von 2.240,- €. Das entspräche dem TVöD Entgeltgruppe 2. Zum Vergleich: TVöD Entgeltgruppe 13 sind 4.187,45 €, TVöD Entgeltgruppe 14 sind 4.542,98 € im Monat. Damit würden 2.000,- € pro Monat unterschlagen (s. Entgelttabelle Öffentlicher Dienst, Internet).

Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat sich durch politische Gespräche und Twitter (@PTK_Hessen) intensiv dafür eingesetzt, dass der Änderungsantrag zurückgenommen wird. Zum Zeitpunkt der Drucklegung war das Ergebnis noch offen.

Den vollständigen Hintergrund sowie die Änderungen im Antrag finden Sie auf der Website der Psychotherapeutenkammer Hessen.

11. Hessischer Psychotherapeutentag: Gruppenpsychotherapie – praktisch

Das hatte sich die PTK Hessen anders vorgestellt, der Hessische Psychotherapeutentag (HPT) und die Feier zum 20-jährigen Bestehen der Kammer sollten groß gefeiert werden. Leider ist das derzeit aufgrund der Corona-Pandemie nicht möglich. Die PTK Hessen hofft, das nachholen zu können. Aber immerhin konnte der HPT als Online-Veranstaltung durchgeführt werden. Er war dieses Mal ganz dem Thema Gruppenpsychotherapie gewidmet, und zwar weniger der Theorie als vornehmlich der Praxis. Gruppenpsychotherapie gilt als wirksame psychotherapeutische Intervention bei vielen psychischen Störungen,

wird aber dennoch im ambulanten Bereich relativ selten durchgeführt. Die Gründe dafür lagen in der Vergangenheit im erhöhten Organisationsaufwand und im aufwendigen Antrags- und Bewilligungsverfahren. Inzwischen ist das Antragsverfahren erleichtert worden und seit einem G-BA-Beschluss werden die Gruppensettings voraussichtlich ab 1. Juli 2021 flexibilisiert. All dies war Anlass für die PTK Hessen, sich diesem Thema intensiver zu widmen.

In seinem Grußwort, einer Videobotschaft, gratulierte der hessische Sozialminister Kai Klose der Kammer zu ihrem

20-jährigen Bestehen und hob die gute Zusammenarbeit zwischen Kammer und Sozialministerium hervor. 380 Kolleginnen hatten sich für das Online-Seminar angemeldet und waren auch zugeschaltet.

„Gruppenpsychotherapie – praktisch“ begann mit drei Hauptvorträgen am Vormittag und wurde mit elf Workshops am Nachmittag fortgesetzt. Die Hauptvorträge berücksichtigten die verschiedenen Verfahren. Die Workshops bezogen sich auf verschiedene Störungsbilder und unterschiedliche Gruppensettings.

Prof. Dr. Johannes Lindemeyer gab in seinem sehr praxisorientierten Vortrag einen umfassenden Überblick über Herkunft und Entstehung der Gruppenpsychotherapie. Er orientierte sich in seinem Vortrag an Bedenken und Vorurteilen gegen Gruppenpsychotherapie von Psychotherapeutinnen. Er beschrieb die unterschiedlichen Vorgehensweisen der verschiedenen Richtlinienverfahren, stellte dabei aber fest, dass Unterschiede in der Gruppenpsychotherapie zwischen den Verfahren geringer sind als bei Einzelpsychotherapie. Er machte in seinem Vortrag allen Psychotherapeutinnen Mut, psychotherapeutische Gruppen zu leiten. Die Teilnehmerinnen ließen sich von seinem Vortrag begeistern.



© Prostock-studio/Adobe Stock

PD Dr. Sebastian Euler stellte das Konzept der mentalisierungsbasierten Gruppen vor, das aus der Tradition der tiefenpsychologischen Verfahren

kommt und sich auf die Bindungstheorie bezieht. Die beiden Gruppenleiterinnen nehmen hier eine aktive Rolle ein und stellen für die Gruppenmitglieder eine sichere Basis dar, sodass Mentalisieren möglich wird.

Prof. Dr. Enno Hermanns, aus der systemischen Tradition kommend, beschrieb die Besonderheiten gruppentherapeutischen Vorgehens bei Kindern und Jugendlichen.

In den Workshops am Nachmittag wurden verschiedene Themen bearbeitet, Dr. Valeria Sipos beschäftigte sich in ihrem Workshop mit schwierigen Gruppensituationen in der VT, Dr. Serkan Het stellte im Rahmen der Acceptance and Commitment Therapy ein Gruppenkurzzeittherapiekonzept vor. Prof. Dr. Sebastian Murken präsentierte die Grundlagen ambulanter psychodynamischer Gruppentherapie in seinem Workshop „Gruppen mit Lust und Kompetenz leiten“. Mit Konflikten in einer psychotherapeutischen Gruppe befasste sich Ernst Diebels und stellte dabei gleichzeitig das Psychodrama vor. Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier behandelte ganz

aktuell die Umsetzung von videobasierter Gruppenpsychotherapie.

Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen war Thema im Workshop von Kerstin Landenberger, die ADHS-Gruppenpsychotherapie vorstellte. Prof. Dr. Svenja Taubner beschrieb ein Elternprogramm im Gruppenkontext und Prof. Dr. Enno Hermanns führte in die systemische Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ein.

Sabine Schäfer beschäftigte sich mit den Rahmenbedingungen von Gruppenpsychotherapie, wie z. B. Abrechnungsmöglichkeiten, Dokumentationspflichten und die Bedingungen der neuen G-BA-Richtlinien in Gruppen.

Das vielfältige Angebot fand bei den Teilnehmerinnen Anklang und führte zu positiven Rückmeldungen. Viele Teilnehmerinnen fühlten sich durch den Fachtag ermutigt, sich endlich doch an die Durchführung einer Gruppenpsychotherapie zu wagen, und bedauerten, dass sie das unter den aktuellen Corona-Bedingungen nicht gleich ausprobieren können.

Gedenken

Wir gedenken unserem verstorbenen Kollegen und unserer verstorbenen Kollegin:

Dr. Benjamin Barde, Frankfurt a. M.
Regina Laux, Niedernhausen

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
presse@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Kammertag zu den Perspektiven der Kammerarbeit, 16. April 2021

Traditionell richtet die PKN am Tag vor der Kammerversammlung einen Kammertag aus, mit Fokus auf ein spezielles Thema der Kammerarbeit.

Dieses Mal war dies die Kammerarbeit selbst und die sich daraus ableitenden Fragen, wie die schnell wachsende Zahl der Anfragen zu bewältigen ist und die sehr vielfältigen Aufgaben zu gewichten sind.

Vizepräsidentin Kordula Horstmann eröffnete den Kammertag und erklärte den gesetzlichen Auftrag der Heilberufekammern. In Niedersachsen ist dieser in § 9 des niedersächsischen Heilberufekammergesetzes niedergeschrieben. Schon allein anhand des Gesetzes lässt sich die Fülle der Aufgaben erahnen, sodass es naheliegt, diese Aufgaben auf verschiedene Schultern zu verteilen. Dabei ist eine erste Differenzierung die zwischen Ehrenamt, also den durch Wahlen legitimierten Kammermitgliedern in Kammerversammlung, Vorstand, Ausschüssen und Kommissionen, sowie den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und etwaiger weiterer Dienstleister. Eine zweite Differenzierung ist zwischen Bund und Ländern möglich – es gibt einige Aufgaben, die direkt in den jeweiligen Ländern umgesetzt werden müssen. Andere Aufgaben bieten sich jedoch für eine übergreifende Bearbeitung z.B. durch die BPtK an. Hier sei vor allem an die Gesetzgebung auf Bundesebene zu denken.

Roman Rudyk schloss an mit einer Konkretisierung der Arbeitsfelder. Die Kammerversammlungsmitglieder diskutier-



Arbeit hinter den Kulissen: Referent Daniel Nowik

ten darüber, welche Aufgaben wie verteilt werden könnten, und auch darüber, welche Aufgaben „Pflicht“ und welche „Kür“ sind. Ebenso stellte sich die Frage, inwieweit sich die Landeskammern Aufgaben auch teilen können. Als Beispiel sei hier die gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle der Psychotherapeutenkammern Bremen und Niedersachsen zu nennen.

Die Geschäftsführerin Imke Sawitzky ergänzte die Perspektive des Hauptamtes aus der Geschäftsstelle. Hier komme es vor allem auf die zwei folgenden Fragen an:

- Wo möchte das Ehrenamt Entlastung?
- Welche Bedingungen braucht das Ehrenamt, um sich für die vielfältigen Aufgaben bereit zu sehen?

In der Diskussion wurde auch die Problematik deutlich, dass die ehrenamtliche Tätigkeit in zeitlicher wie fachlicher Hinsicht zunehmend eine Professionalisierung erfährt, ohne dass die sich daraus ergebende Herausforderung einer notwendigen Entschädigung auf gesichertem Boden steht.

Der Dialog zwischen den Psychotherapeutenkammern, Vorstand, Kammerversammlung und Geschäftsstelle wird fortgeführt, um langfristig handhabbare Prozesse und eine gewinnbringende Kammerarbeit zu gewährleisten.

Kammerversammlung am 17. April 2021



Kammerversammlung digital

Am 17. April fand die dritte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Auf Grund der weiterhin bestehenden Pandemie wurde diese Kammerversammlung per Videokonferenz abgehalten. Die Leitung der Kammerversammlung hatten die Vorstandsmitglieder Götz Schwöpe und Andreas Kretschmar. Neben 36 der 39 Delegierten waren folgende Gäste anwesend: Herr Vietze, Referent im Bereich „Rechtsangelegenheiten im Gesundheitswesen“, vertrat dabei das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Frau Dr. Rüping und Herr Reccius die Kanzlei Rüping und Janna Zieb die PIA. Aus der Geschäftsstelle waren Frau Sawitzky, Frau Peter und Frau Wanajew sowie Herr Nowik anwesend.

Grußwort aus dem Ministerium

Herr Vietze ging vorrangig auf die Herausforderungen in Bezug auf die Ausbildungsreform ein. Er berichtete über den Verlauf der Akkreditierungsverfahren und die Vorbereitungen für die aufwändigen „Parcoursprüfungen“ mit Schauspielpatientinnen. In Bezug auf Änderungen der Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung wies er auf das Gebot der Sparsamkeit und die steuerliche Obergrenze von 50,- €/h hin. Dies wurde an späterer Stelle wieder aufgegriffen. Darüber hinaus berichtete er über die Arbeiten am niedersächsischen Heilkammengesetz und die interne Organisation der Pandemie-Bewältigung im Ministerium.

Vorstands- und Geschäftsstellenbericht

Als Präsident der Kammer berichtete Roman Rudyk eingangs über die Tätigkeiten des Vorstandes. Die Psychotherapeutenkammern stünden derzeit vor mehreren historischen Aufgaben und all das vor dem erschwerenden Hintergrund einer Pandemie. Im Laufe des Berichts wurde in drei Punkten ein Meinungsbild der Kammerversammlung eingeholt:

Zur letzten Kammerversammlung wurde der Vorstand damit beauftragt, sich mit Psych-Info und möglichen Alternativen zu beschäftigen und die Kammerversammlung darüber zu informieren. Die Ärztekammer und die

KVN haben angeboten, die Privatpraxen in die „Arztauskunft Niedersachsen“ aufzunehmen. Allerdings solle der Name beibehalten werden und die PKN müsste sich an den Kosten beteiligen. Alternativ könne die Arbeit an Psych-Info verstärkt werden. Die Integration in den Dienst des BMG sei in der Umsetzung deutlich verzögert. Die Kammerversammlung erteilte dem Vorstand den Auftrag, den Weg, die Privatpraxen in die „Arztauskunft Niedersachsen“ mit aufnehmen zu lassen, weiter zu beschreiten. In einem nächsten Schritt müssten die Kosten geklärt werden. Des Weiteren erteilte die Kammerversammlung den Auftrag, eine Angleichung der Fortbildungsordnung und (später) auch der Gebührenordnungen von Niedersachsen und Bremen anzustreben, um die Praktikabilität der Gemeinsamen Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle (GAZ) zu erhöhen. Hinsichtlich sich ergebender Fragen bezüglich verspätet bekanntwerdender Doppelmitgliedschaften stimmten die Delegierten dafür, dass eine Veränderung der Beitragsordnung zur nächsten Kammerversammlung vorbereitet werden soll.

Auf Landesebene war der Vorstand insbesondere im Austausch mit der Ärztekammer, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie den Hochschulen, Ausbildungsinstituten und dem niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung. Hier bestand und besteht reger Bedarf zum Austausch in Bezug auf die Ausbildungsreform. Darüber hinaus prägte natürlich die Corona-Pandemie die Tätigkeiten des Vorstands.

Auf Bundesebene lag der Fokus des Vorstandes in der Mitarbeit in Kommissionen sowie in der Begleitung der MWBO.

Die Vorstandsmitglieder Horstmann, Hermann, Kretschmar und Schwöpe ergänzten den Vorstandsbericht um aktuelle Entwicklungen in Bezug auf die WBO Systemische Therapie und die geplante WBO Sozialmedizin sowie

über anstehende Schritte in Bezug auf die Umsetzung der kommenden MWBO, insbesondere hinsichtlich der stationären und institutionellen Anteile.

Die neue Geschäftsführerin Frau Sawitzky stellte sich vor. Sie berichtete über die Entwicklung der Mitgliederzahlen, die mit einem jährlichen Zuwachs von durchschnittlich 310 Mitgliedern in den Jahren 2015 bis 2020 sehr erfreulich sei. Die Kammer habe 5.050 Mitglieder, davon 800 PiA. Zudem betreue die PKN 740 Mitglieder aus Bremen bei der Akkreditierung und Zertifizierung.

Frau Sawitzky sprach über die technischen Herausforderungen, denen sich die Geschäftsstelle nach wie vor gegenübersteht. Insbesondere der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) benötige aufgrund der vielen beteiligten Dienstleister erhöhte Aufmerksamkeit. Frau Sawitzky erklärte den groben Verfahrensablauf und wies darauf hin, dass die PKN dieses Verfahren aufgrund der gesetzlichen Vorgaben einzuhalten habe.

Das neue Programm für die Mitgliederverwaltung befinde sich weiter in der Umsetzungsphase.

Zur neuen MWBO führte Frau Sawitzky aus, dass die Umsetzung für die Geschäftsstelle einen gesteigerten Verwaltungsaufwand mit Beratung, Antragstellung, Prüfung, Bescheid-Erteilung und Programmierung bedeuten werde. Dies könne unter Umständen die Schaffung weiterer Stellen erforderlich machen.

Frau Sawitzky berichtete von der Arbeit in der Geschäftsstelle und den Schutzmaßnahmen, die wegen der Corona-Pandemie getroffen worden sind. Dazu gehören: mobiles Arbeiten bzw. Homeoffice, Angebot von Schnelltests für alle Mitarbeiterinnen, Luftfilter in jedem Büro, Tragen von FFP2-Masken bei Verlassen der Büros, regelmäßiges Lüften, Einhaltung der AHA-Regeln.

Zur personellen Situation trug sie vor, dass zeitnah die Besetzung einer Stelle

für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit geplant sei.

Ordnungs- und Satzungsänderungen

Es wurde eine Reihe von Satzungsänderung beschlossen. Um weiterhin Videokonferenzen für Kammerversammlungen nutzen zu können, wurden die Geschäftsordnung der Kammerversammlung und Kammersatzung entsprechend angepasst. Nach umfangreicher Diskussion wurde die Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung dahingehend angepasst, dass das Sitzungsgeld auf 50,- €/h erhöht wurde. Darüber hinaus wurde ein Passus in der Verfahrensordnung zum „niedrigschwelligem Beratungsangebot für Psychotherapie-Patienten“ konkretisiert und es wurden in der Anlage 2 der Fortbildungsordnung Anforderungen an Referentinnen aufgenommen.

Die Änderungen im Detail können auf unserer Homepage eingesehen werden.

Ausschuss Finanzen

Herr Stäb stellte als Vorsitzender des Finanzausschusses den Bericht der Wirtschaftsprüfung vor. Die Kammerversammlung stimmte auf Basis der vorgestellten Daten für die Entlastung des Vorstandes.

Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik

Herr Reißner berichtete, dass ein Fortbildungsangebot zum Thema Behandlungsfehler bereits in Vorbereitung sei. Vorbehaltlich der Verordnungslage ist eine Präsenzveranstaltung am 9. Oktober 2021 in Hannover geplant.

Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Ausschussvorsitzende Frau Dr. Schütz berichtete von den aktuellen Tätigkeiten des Ausschusses, u. a. sei die Weiterbildung Sozialmedizin in Vorbereitung. Darüber hinaus wurde der Ausschuss von den Delegierten

damit beauftragt, weitere Anpassungen der FBO in Richtung MFBO zur nächsten Kammerversammlung einzubringen.

Ausschuss Satzung und Geschäftsordnungsfragen

In ihrer Funktion als Ausschussvorsitzende merkte Frau Klich zusätzlich zum Tätigkeitsbericht an, dass in den Satzungen und Ordnungen nicht konsequent geändert werde.

Ausschuss Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Der Vorsitzende Herr Dr. Maaß bat den Vorstand, die Mitglieder bei Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement intensiver zu unterstützen.

Kommission Angestellte

Herr Hückstädt berichtete von den Tätigkeiten der Kommission. Für Ende Juni sei ein virtueller Austausch der leitenden Angestellten in Vorbereitung.

Kommission KJP

Frau Mildner stellte die Themen dieser Kommission vor. Aktuell seien das der Austausch mit den niedersächsischen KJP-Instituten sowie eine geplante Fortbildung zum psychotherapeutischen Umgang mit transidentitären Jugendlichen.

Kommission Nachwuchsförderung

Die Vorsitzende Frau Klich berichtete von den Tätigkeiten der Kommission und der für Ende Mai geplanten virtuellen Veranstaltung für PiA und Neuaprobiererte.

Gremien auf Bundesebene

Der anstehende Deutsche Psychotherapeutentag wurde vorbesprochen, hierbei war allen voran die Verabschiedung der Teile A und B der künftigen Musterweiterbildungsordnung Thema.

Frau Horstmann berichtet aus dem Länderrat, der sich insbesondere mit den Themen MWBO, Komplexbehandlung, ePtA und Mitgliedschaft bei Fernbehandlungen befasst habe.

Herr Rudyk und Frau Horstmann bedankten sich abschließend bei allen Anwesenden für die sehr lebhaften Diskussionen und die konzentrierte und produktive Atmosphäre, die die Arbeit in der Kammerversammlung gegenwärtig und hoffentlich noch lange prägt.

Umfrage zur beruflichen Situation der Kammermitglieder unter Pandemiebedingungen

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hatte ihre Mitglieder gebeten, an einer Online-Befragung zu ihrer beruflichen Situation in Zeiten von Corona teilzunehmen.

Diesem Aufruf folgten $n = 1.125$ Mitglieder, was einem Rücklauf von ca. 25 % entspricht. Ein großer Teil der Befragten berichtete über erhöhte Inanspruchnahme der verschiedenen psychotherapeutischen Leistungen. Darüber hinaus wurde aus den Freitextantworten deutlich, analog zu vorangegangenen Befragungen, dass insbesondere auch die Anfragen gestiegen sind, man aber aus Kapazitätsgründen gar nicht mehr arbeiten könne. Vereinzelt wurde jedoch auch von Rückgang in der Inanspruchnahme berichtet.

Als am stärksten belastet wurden insgesamt junge Erwachsene eingeschätzt (Abbildung 1).

Erhebliche Anteile der Psychotherapeutinnen beschrieben sich sowohl in organisatorischen Aspekten als auch

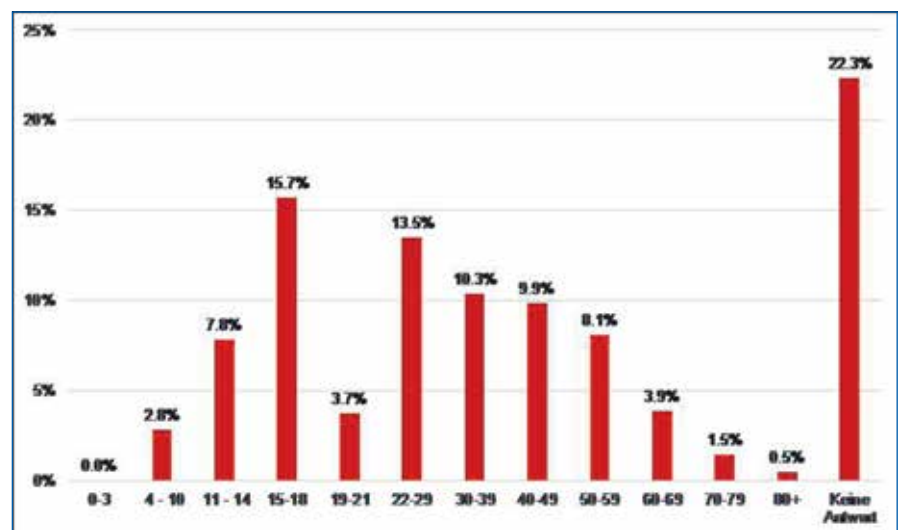


Abbildung 1: „In welcher Altersgruppe erlebten Sie die höchste Belastung?“

unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten in ihrer Arbeit erheblich eingeschränkt. Ein gutes Drittel der Teilnehmerinnen wurde durch Schließungen von KiTa oder Schulen stark oder sehr stark beeinträchtigt.

Während mit 74,7 % die überwiegende Mehrheit nicht von Praxis- oder Ein-

richtungsschließungen betroffen war, war dies bei einem Viertel aufgrund von Quarantäne o. ä. notwendig. Ebenso war erfreulich, dass zum Zeitpunkt der Befragung knapp die Hälfte der Befragten schon geimpft war und ein weiteres Fünftel schon einen Impftermin hatte.

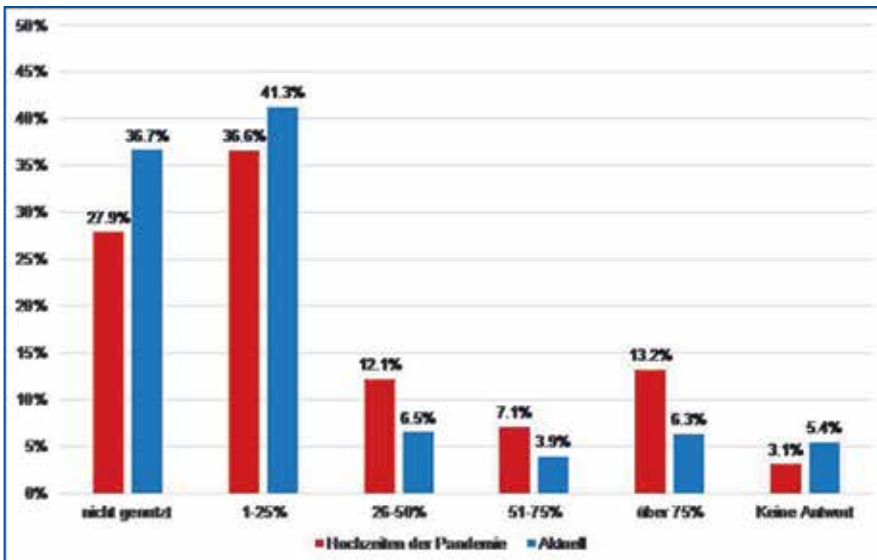


Abbildung 2: Anteil der Videobehandlungen an allen Terminen

In Abbildung 2 wird ersichtlich, dass die Möglichkeiten der Videobehandlung umfangreich genutzt wurden.

Eine Präsentation der Ergebnisse ist auf der Homepage der PKN verfügbar. Die PKN möchte in Zukunft ihre Mitglieder häufiger gezielt zu einzelnen Themen befragen.

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 17. April 2021 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung
- Verfahrensordnung zum „niedrigschwelligem Beratungsangebot für Psychotherapie-Patienten“
- Geschäftsordnung der Kammerversammlung
- Kammersatzung
- Anlage 2 der Fortbildungsordnung.

Diese Satzungen treten nach Beschluss zum 21. April 2021 in Kraft. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 05.05.2021
 Roman Rudyk
 Präsident

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
 30175 Hannover
 Tel.: 0511/850304-30
 Fax: 0511/850304-44
 info@pknds.de
 www.pknds.de

4. Sitzung der 5. Kammerversammlung

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) befasste sich in ihrer Sitzung am 16. April 2021 unter anderem mit Fragestellungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen, der Reform der Psychotherapieausbildung und Weiterbildung sowie Klima- und Umweltschutz als Aufgabe der Kammer. Angesichts der Pandemie-Situation tagte das Gremium erstmals online. Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, begrüßte die Kammerversammlungsmitglieder und die Sprecherinnen der Vertretung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) NRW. Er dankte Dr. Inez Freund-Braier und Felix Jansen, die ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt hatten, für ihr berufspolitisches Engagement und begrüßte Manush Bloutian-Walloschek und Dr. Kirsten Stelling als neue Kammerversammlungsmitglieder für die Fraktion Kooperative Liste.



Gerd Höhner leitete in der „Schaltzentrale“ in Düsseldorf die Online-Sitzung der Kammerversammlung der PTK NRW

zur Berechnung des einkommensabhängigen Kammerbeitrags durch Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheids aus dem Bemessungsjahr zu ergänzen ist. Alternativ kann die elektronische Lohnsteuerbescheinigung oder eine Gewinn- und Verlust-Rechnung eingereicht werden. Der von zwei Fraktionen eingebrachte Antrag auf Wiedereinführung eines Einheitsbeitrags mit Härtefallregelung wurde von der Kammerversammlung abgelehnt.

Aktuelle berufspolitische Themen

Nina Engstermann, Vorsitzende des Ende 2019 eingerichteten Ausschusses Digitalisierung der PTK NRW, berichtete über die bisherige Arbeit und informierte, dass man sich in den nächsten Ausschusssitzungen mit Überlegungen zu einer möglichen Veranstaltung über Chancen und Risiken der Digitalisierung in der Psychotherapie und Fragen zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) befassen wolle. „Einzelne DiGA könnten bei individueller Indikationsstel-

lung sinnvoll sein, aber bei ihrer Nutzung im psychotherapeutischen Kontext sind viele kritische Aspekte zu berücksichtigen“, betonte Vorstandsmitglied Barbara Lubisch in der Diskussion.

Dr. Jürgen Tripp, Vorsitzender des Ausschusses Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform der PTK NRW, informierte über den Diskussionsstand zum Entwurf der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für den Berufsstand. Grundsätzlich müsse sich die Profession damit befassen, dass mit den vom Land festgelegten Zielzahlen gegebenenfalls langfristig mehr Approbierte in die Weiterbildung und auf den Arbeitsmarkt streben könnten, als derzeit Angebote vorhanden seien. „Auf der Agenda des Vorstandes nehmen die Zukunft des Berufes und die Gestaltung möglicher Arbeitsfelder für Psychotherapeutinnen seit geraumer Zeit einen zentralen Stellenwert ein“, erklärte Gerd Höhner.

Die Kammerversammlung griff auf, dass mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Änderungen im Heilberufsgesetz NRW bezüglich des Kammernamens, der Wahlkörper und der Repräsentanz der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie der zukünftigen Fachtherapeutinnen für Kinder und Jugendliche im Vorstand der Kammer notwendig werden. Julia Leithäuser, Vorsitzende des Ausschusses Satzung und Berufsordnung der PTK NRW, stellte die Überlegungen aus dem Ausschuss hierzu vor. „Wir werden uns im Herbst weiter mit diesen Fragen befassen und erst dann in die abschließenden Beratungen mit dem Ministerium gehen, wenn das Votum der Kammerversammlung vorliegt“, betonte der Kammerpräsident. Die Kammerversammlung nahm zudem den Antrag an, die Zuständigkeit

des Ausschusses unter der Bezeichnung Ausschuss für „Satzung, Berufsordnung und Berufsethik“ zu erweitern.

Klima- und Umweltschutz

Vizepräsident Andreas Pichler präsentierte für den Vorstand Überlegungen und erste Schritte zu dem Arbeitsthema „Klima- und Umweltschutz als Aufgabe der PTK NRW“. Die Kammerversammlung hatte den Vorstand im November 2019 mit einem Beschluss aufgefordert, nach Verbesserungsmöglichkeiten eines auf ökologische Nachhaltigkeit ausgerichteten Handelns in verschiedenen Bereichen der Kammerarbeit zu suchen. Auch die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der PTK NRW gehöre dabei auf den Prüfstand. Die ersten Analysen einer in der Geschäftsstelle eingerichteten Arbeitsgruppe ließen erkennen: Ökologisches Denken und Handeln seien schon längst in der Kammer angekommen und dementsprechende Maßnahmen würden bereits jetzt in vielen Bereichen umgesetzt, informierte Andreas Pichler. „Wir müssen uns nun damit beschäftigen, was wir mittel- und langfristig ins Auge fassen können – ein Positionspapier hierzu ist in Arbeit.“ Der Vorstand habe in diesem Zusammenhang neben anderen Themen auch den Aspekt „Klimaschutz in der psychotherapeutischen Versorgung“ erörtert. Gerade die Corona-Pandemie zeige, wie sehr und auf welche Weise die äußeren Lebensumstände die psychische Gesundheit der Menschen belasten und auch bedrohen können. Auch die Klimafrage stelle eine solche Belastung dar, mit der sich Patientinnen auseinandersetzen. „Wir betrachten es als Teil unserer Aufgaben, auf die psychischen Auswirkungen der Bedrohung unserer Lebensgrundlagen hinzuweisen, und zwar nicht nur im individuellen Fall, sondern auch in Bezug



Andreas Pichler in der Video-Debatte

auf unser aller Leben“, so der Vizepräsident. Darüber hinaus sei die Diskussion zu führen, inwiefern Klimaschutz ein Thema der gesundheitspolitischen Interessenvertretung sein könne.

Nach der Diskussion erster Überlegungen aus dem Finanzausschuss, wie die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der PTK NRW im Sinne des Klima- und Umweltschutzes angepasst werden könnte, wurde der Ausschuss beauftragt, geeignete Änderungsvorschläge zu erarbeiten und der Kammerversammlung in der nächsten Sitzung vorzulegen. An den Ausschuss Satzung, Berufsordnung und Berufsethik wurde der Auftrag überstellt, die rechtlichen Rahmenbedingungen und die erforderlichen Anpassungen von Satzungen und Ordnungen der PTK NRW für eine freiwillige Kammermitgliedschaft von Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) zu prüfen. Der Finanzausschuss wurde beauftragt, sich mit den haushaltspolitischen Fragen einer Mitgliedschaft von PiA in der Kammer zu befassen. Darüber hinaus standen Berichte aus den Ausschüssen und den Kommissionen auf der Tagesordnung.

Resolutionen und Wahlen

Die Kammerversammlung verabschiedete in ihrer Online-Sitzung die Resolutionen „Psychische Folgen der Pandemie ernst nehmen – psychotherapeutische Angebote ausbauen“ und

„Komplexversorgung: Kooperation und Vernetzung“. (Beide Resolutionen sind unter „Presse“ auf www.ptk-nrw.de zu finden.)

In Ergänzungswahlen wählte die Kammerversammlung jeweils für die Fraktion Kooperative Liste: Benedikt Liesbrock als Mitglied und Lars Broszat als stellvertretendes Mitglied im Ausschuss Digitalisierung, Boris Fahrion als Mitglied und Julia Schäfers als stellvertretendes Mitglied im Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen; Monika Koczulla als Mitglied im Ausschuss Satzung, Berufsordnung und Berufsethik und Manush Bloutian-Walloschek und Dr. Kirsten Stelling als Delegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT).

Amtliche Bekanntmachungen und Satzungsänderungen der PTK NRW

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung am 31. Oktober 2020 zur Änderung der Satzung, zur Änderung der Geschäftsordnung, zur Änderung der Weiterbildungsordnung und zur Änderung der Gebührenordnung beschlossen. Diese Beschlussfassungen sind im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen veröffentlicht worden. Sie wurden zudem auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW (www.ptk-nrw.de) in der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung am 16. April 2021 zur Änderung der Fortbildungsordnung beschlossen. Diese Beschlussfassung wurde auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW (www.ptk-nrw.de) in der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht.

2. Symposium der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das 2. Symposium der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie „Sexualitäten – Identitäten“ der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 27. März 2021 rückte Besonderheiten

in der psychotherapeutischen Arbeit mit transidenten Kindern und Jugendlichen in den Mittelpunkt. Die Online-Veranstaltung wurde federführend von dem Ausschuss Psychotherapeutische

Versorgung von Kindern und Jugendlichen der PTK NRW ausgerichtet und fand mit über 320 Teilnehmenden großes Interesse. „Das heutige Thema ist gesellschaftlich sehr aktuell, bringt

hohe professionelle Herausforderungen mit sich und ist auch im Zusammenhang mit der Reform Aus- und Weiterbildung von großer Bedeutung“, betonte Kammerpräsident Gerd Höhner in seiner Begrüßung.

Der Ausschussvorsitzende Oliver Staniszewski hob die Bandbreite des gesundheitspolitischen Wirkens von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hervor und betonte die Aufgabe, in Zeiten von COVID-19 besonders belastete Familien zu unterstützen. Ausschussmitglied Ingeborg Struck gab einen Überblick über die Anforderungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit transidenten Kindern und Jugendlichen. So kämen die jungen Patientinnen weniger aus eigenem Antrieb in die Praxen, sondern weil im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung vor dem Beginn einer Hormonbehandlung eine Behandlung mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Mitteln erfolgen müsse. Die Behandelnden seien zudem womöglich noch intensiver als bei anderen psychotherapeutischen Themen gefordert, sich selbst zu reflektieren, zu positionieren und mit moralischen Fragen auseinanderzusetzen.

Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke, Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Entwicklungspsychologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, blickte auf Entwicklungsprozesse, die im Kontext der Geschlechtsentwicklung eine Rolle spielen können. Hierzu würden die seit zwei Jahrzehnten bemerkbare verlangsamte Identitätsentwicklung und ein längeres, mitunter intensiveres „sich Ausprobieren“ junger Menschen gehören. Sie schilderte



Oliver Staniszewski

wesentliche Aspekte der Geschlechtsidentität und beschrieb, mit welchen massiven psychischen Symptomen bei den Betroffenen eine Geschlechtsdysphorie im Jugendalter häufig einhergeht. Als wichtige Aufgabe definierte sie, die Transgender-Thematik zu entpathologisieren. Die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit sei ein Schritt in diese Richtung.

Psychotherapie mit transidenten Kindern und Jugendlichen

Judith Lichtenberg, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Dortmund, erläuterte das Vorgehen in der Begleittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie und betonte die prozessuale Diagnostik auch in Zusammenarbeit mit beiden Elternteilen. Dabei sei die Psychotherapie mit geschlechtsdysphorischen Kindern und Jugendlichen eine ausgangsoffene, unterstützende und langwierige Begleitung mit Anleitung zur Selbstreflexion. Die Voraussetzung für die Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen sei schließlich, dass das Kind oder die Jugendliche, beide Eltern-

teile und alle behandelnden Spezialistinnen darin übereinstimmen: Eine Nicht-Behandlung würde den Leidensdruck verschlimmern und zu einem absehbar größeren seelischen Folgeschaden führen als die Folgen des Restrisikos einer sich möglicherweise später doch zeigenden Fehlindikation.

Transgender im Spannungsfeld von Gesellschaft, Politik und Berufsethik

Sabine Maur, Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, zeigte auf, dass Ungleichheits- und Diskriminierungstendenzen bezüglich der sexuellen Identität und Ausrichtung eines Menschen auch im Gesundheitssystem und im psychotherapeutischen Raum zu finden seien. Unsicherheiten bei den Behandelnden seien unter anderem auf einen Mangel an Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalten zu Transgender-Themen und die große Verantwortung bezüglich der Empfehlung geschlechtsangleichender Maßnahmen zurückzuführen. Auch der vor allem in den sozialen Medien ausgeprägte Konflikt zwischen transzugewandten und transfeindlichen Kreisen und unangemessene Darstellungen in der Presse blieben nicht ohne Effekt. Eine systematische Diskriminierung transidenter Menschen sei darüber hinaus im juristischen Fundament des Gesundheitssystems selbst angelegt. Die Profession sei hierzu politisch aktiv und engagiere sich, um der Diskriminierung transidenter Menschen entgegenzuwirken, betonte Sabine Maur.

Informationsveranstaltung „Tag der Neuapprobierten“

Mit über 350 zugeschalteten Psychotherapeutinnen verzeichnete der etablierte Tag der Neuapprobierten der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) bei seiner Online-Premiere so viele Teilnehmende wie noch nie. Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, stellte ihnen die Kammer als Organ der beruflichen Selbstverwaltung vor und erläu-

terte Aufgaben und Pflichten der PTK NRW. Aktuell sei es eine anspruchsvolle Aufgabe, die neue Weiterbildung für die Profession zu gestalten. Angesichts begrenzter Niederlassungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung rückte er weitere Tätigkeitsfelder für den Berufsstand in den Blick. Seit einiger Zeit sei unter anderem in insti-

tutionellen Bereichen eine steigende Nachfrage nach den Qualifikationen der Profession erkennbar. „Die PTK NRW sieht diesen Bedarf und engagiert sich dafür, psychotherapeutische Angebote in diesen Versorgungsbereichen inhaltlich, strukturell und personell zu etablieren“, hielt Gerd Höhner fest. Bereits jetzt sei absehbar, dass auch im statio-



Barbara Lubisch

nären Bereich der Bedarf an Leistungen von Psychotherapeutinnen steigen werde. Neuerungen wie die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik und Mindestvorgaben für die Krankenhäuser in Bezug auf die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen würden dazu beitragen, die Versorgung zu sichern und die Stellung von Psychotherapeutinnen in den stationären Strukturen zu stärken. „Aufgrund ihrer Approbation in einem Heilberuf haben sie in den psy-

chiatrischen Kliniken zudem mittlerweile gute Aussichten auf Positionen mit Leitungsverantwortung“, betonte der Kammerpräsident.

Absicherung, Zulassung und Formen der Berufstätigkeit

Marc Wittmann, stellvertretender Geschäftsführer des Versorgungswerks der PTK NRW, stellte das berufsständische Versorgungswerk vor und erläuterte die Versicherungsmathematik, Pflichten und Möglichkeiten der Beitragszahlung und die verschiedenen Leistungsarten. Ansgar von der Osten, Leiter des Bereichs Sicherstellung und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, führte in die Grundlagen der Bedarfsplanung und die Voraussetzungen für die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung ein und stellte Arbeitsmodelle in der Niederlassung vor.

Dr. Georg Kremer, Geschäftsführer von Bethel.regional im Verbund der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel in Bielefeld und Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der PTK NRW, fächerte das Spektrum an Beschäftigungsmöglichkeiten in Kliniken, Bera-

tungsstellen und Fachdiensten auf. Dabei wies er auf Besonderheiten wie die Tätigkeit im multiprofessionellen Team hin und betonte die Möglichkeit, die Arbeitsbereiche aktiv mitzugestalten. Vorstandsmitglied Barbara Lubisch beleuchtete Aspekte der Berufstätigkeit in eigener Praxis. Sie erläuterte dabei ausführlich die Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen gemäß Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Entgegen der Behauptung mancher Krankenkassen hätten Patientinnen bei erfüllten Voraussetzungen nach wie vor einen Rechtsanspruch auf Übernahme der Kosten. Aus Mangel an eindeutigen rechtlichen Regelungen würden allerdings letztlich stets Einzelfallentscheidungen gefällt. Die Kammer registrierte grundsätzlich, dass eine Bewilligung der Kostenerstattung seit einiger Zeit schwierig geworden sei. Es sei somit ratsam, die Tätigkeit in Privatpraxis mit weiteren Standbeinen wie Supervision, Coaching oder betrieblicher Prävention abzusichern, empfahl Barbara Lubisch.

Die Präsentationen zu den Vorträgen können über die Meldung zum Tag der Neuapprobierten auf www.ptk-nrw.de abgerufen werden.

Fachveranstaltung „Angestellte im Fokus“

Der am 24. Februar 2021 online durchgeführte Fachtag „Angestellte im Fokus“ der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) zeigte Perspektiven für die Berufstätigkeit im Angestelltenbereich auf und verdeutlichte die Bandbreite möglicher Arbeitsbereiche. Die Veranstaltung wurde auch in diesem Jahr federführend von dem Ausschuss Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der PTK NRW ausgerichtet. Durch den Tag führte Ausschussvorsitzender Dr. Georg Kremer. Über 200 Teilnehmende folgten den Vorträgen und nutzten die Gelegenheit, Fragen an die Referierenden zu richten.

Dr. Johannes Klein-Heßling, Referent der Bundespsychotherapeutenkammer



Dr. Georg Kremer

(BPtK), zeigte auf, welche Möglichkeiten das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung den zukünftigen Fachpsychotherapeutinnen eröffnet und wie die neue Weiterbildung in bestehende Strukturen im klinischen Bereich integriert werden könnte. Die Weiterbildung werde von der Profession selbst gestaltet, setze Normen und biete viele Perspektiven, stellte er heraus: Sie könne neue Tätigkeitsfelder eröffnen und „vergessene“ Arbeitsbereiche wiederentdecken. Sie qualifiziere den Berufsstand für Koordinierungsaufgaben und die Mitarbeit „auf Augenhöhe“ im multiprofessionellen Team. Und sie qualifiziere Psychotherapeutinnen für die Übernahme von Leitungsfunktionen und die Umsetzung neuer Befugnisse.

Prof. Dr. Martin Driessen, Chefarzt des Evangelischen Klinikums Bethel in Bielefeld und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), stellte am Beispiel der großen psychiatrischen Akutklinik die modellhafte Entwicklung von interdisziplinären Tätigkeitsprofilen auf den verschiedenen Qualifikationsebenen vor. Problematisch sei die fehlende tarifliche Abbildung von Leitungsfunktionen von Psychotherapeutinnen. Die neue Weiterbildung ließe sich problemlos in die bestehende Struktur integrieren und ermögliche Psychotherapeutinnen, ihr Tätigkeitsprofil zu schärfen, urteilte der Klinikchef. Es müsse jedoch geklärt werden, wie Psychotherapeutinnen in Weiterbildung finanziert werden. Mit Blick auf die Organisation der Weiterbildung votierte er für die kooperative Weiterbildung in der Klinik und in einem Weiterbildungsinstitut, gesteuert über ein sowohl mit Psychotherapeutinnen als auch mit Ärztinnen besetztes Gremium.

Psychotherapie in Grenzbereichen

Sandra Schnülle, leitende Psychotherapeutin im Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn und St.-Marien-Hospital Marsberg, gab einen Einblick in die Arbeit von Psychotherapeutinnen auf einer Palliativstation. In der Begleitung der Menschen sei die Beschäftigung mit Themen wie Symptomen, Lebensbedrohung, Verlustempfinden, Abschiednehmen und Sinnfindung eine große Herausforderung, erweitere aber auch den eigenen Blick als Behandelnde. Sie beschrieb die Hauptziele einer guten palliativen Begleitung und die Bedeutung einer multiprofessionellen Versorgung. Wünschenswert sei, den psychotherapeutischen Bereich in den Stellenplänen der Kliniken konkreter zu verankern und mehr Möglichkeiten für Psychotherapie im Palliativbereich zu schaffen.

Die Psychologische Psychotherapeutin Natalia Morgunova vermittelte einen Eindruck von ihrer Arbeit in der LWL-

Maßregelvollzugsklinik Herne. Neben den juristischen und organisatorischen Rahmenbedingungen erläuterte sie die Besonderheiten der Tätigkeit im Vergleich zu anderen klinischen Bereichen. Dazu gehöre insbesondere das Doppelmandat der Behandelnden: zum einen der Auftrag der Behandlung der psychischen Störungen und Krankheiten der Unterbrachten, zum anderen durch die Behandlungsmaßnahmen zu erreichen, dass von den Patientinnen keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit ausgeht und diese zu einem möglichst eigenständigen, straffreien Leben in Gemeinschaft zu befähigen. Natalia Morgunova beleuchtete die Besonderheiten, die die behandelten Personen in den psychotherapeutischen Kontext einbringen und schilderte damit verbundene Herausforderungen für die Behandelnden. Generell seien Behandelnde im Maßregelvollzug beziehungsorientierte Ansprechpersonen und ebenso involviert in externe Prozesse wie die Kommunikation mit dem Gericht. Abschließend merkte sie an, dass Psychotherapeutinnen im Maßregelvollzug häufig in Leitungsfunktionen tätig seien.

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Felix Jansen, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 24.02.2021 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Dr. Kirsten Stelling, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“.

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Dr. Inez Freund-Braier, Wahlkreis Arnberg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste KJP“ hat am 10.03.2021 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Manush Bloutian-Walloschek, Wahlkreis Arnberg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste KJP“.

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/522847-0
Fax: 0211/522847-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

nach langen Beratungen und einem regelrechten Abstimmungs-Marathon war es am 24. April 2021 geschafft: Der 38. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) verabschiedete Teil A (Paragrafenteil) und Teil B (Gebiete) der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Sie gilt für die Kolleginnen, die ihre Weiterbildung zu Fachpsychotherapeutinnen absolvieren werden, nachdem sie ihr Psychotherapie-Studium mit der Approbation nach einer Staatsprüfung abgeschlossen haben. Damit haben wir einen wichtigen Meilenstein hin zur Umsetzung zahlreicher Neuerungen geschaffen, die sich aus der Reform des Psychotherapeutengesetzes ergeben. Unsere Impulse für eine flexiblere Handhabung der Weiterbildung fanden im DPT leider keine Mehrheit. Dennoch blicken wir nach vorn und freuen uns auf den 39. DPT im Oktober 2021, auf dem die Teile C (Verfahren) und D (Bezirke) verabschiedet werden sollen.

Auf der Basis der MWBO können wir in der OPK nun beginnen, unsere Weiterbildungsordnung (WBO) zu formulieren. Erst die WBO der Landespsychotherapeutenkammern schaffen die verbindlichen Regelungen. Dies muss nun rasch geschehen, denn voraussichtlich schon 2022 werden die ersten Absolventinnen der neuen Psychotherapie-Masterstudiengänge in die OPK aufgenommen. In den kommenden Jahren erwarten wir eine große Anzahl weiterer Absolventinnen. Deshalb möchten wir möglichst schnell dafür sorgen, dass genügend Weiterbildungsstellen geschaffen werden können.

Die Weiterbildungsordnung der OPK wird sich eng an der Musterweiterbildungsordnung orientieren. Nur dann

werden in ganz Deutschland vergleichbare und sozialrechtlich anerkannte Qualifikationen erreicht. Außerdem müssen Weiterbildungsleistungen von den Kammern gegenseitig anerkennungsfähig sein, um den Wechsel zwischen allen Bundesländern zu ermöglichen.

Neben der Weiterbildungsordnung müssen wir auch alle anderen Satzungen und Ordnungen der OPK anpassen, um den nun drei psychotherapeutischen Berufsgruppen gerecht zu werden. In der kommenden Kammerversammlung im Herbst 2021 werden die Entwürfe von Hauptsatzung, Wahlordnung und Geschäftsordnung beraten. Der Staatsvertrag, der die Grundlagen der OPK regelt, liegt bereits den Länderparlamenten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen zur Ratifizierung vor.

Neben den kammerinternen Abstimmungsprozessen ist es aber auch notwendig, dass wir mit dem Sächsischen Sozialministerium als unserer zuständigen Aufsichtsbehörde eng zusammenarbeiten. Eine besondere Herausforderung ist es dabei, bei allen unseren zeitlichen Planungen die notwendigen Änderungen im Sächsischen Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) mit zu bedenken. Denn erst, wenn die notwendigen Änderungen zur Verankerung der „neuen“ Psychotherapeutinnen im SächsHKaG vorgenommen wurden, können auch die Satzungen und Ordnungen der OPK durch die Kammerversammlung beschlossen werden. Die Novellierung des SächsHKaG ist für das erste Halbjahr 2022 geplant. Parlamentarische Prozesse sind aber nicht genau vorhersagbar. Da unsere Abstimmun-

gen letztlich vom Zeitplan des Sächsischen Landtags abhängen, müssen wir hier ausreichend flexibel sein. Deshalb planen wir, im Sommer 2022 erstmals eine zusätzliche Kammerversammlung durchzuführen. Diese soll als Videokonferenz stattfinden und uns ermöglichen, kurz nach Verabschiedung des SächsHKaG, Hauptsatzung und Ordnungen abzustimmen. Dann erst wird es möglich sein, „neue“ Psychotherapeutinnen in die OPK aufzunehmen und die Anerkennungsverfahren für Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte zu beginnen.

Neben unseren kammerinternen Regelungen beschäftigen uns bei der Umsetzung der neuen Weiterbildung die äußeren Rahmenbedingungen, die schon jetzt politischer Gespräche und Überlegungen bedürfen. Mit verschiedenen Partnerinnen im Gesundheitssystem haben bereits Gespräche begonnen. Besondere Herausforderungen werden für den Bereich der stationären Weiterbildung zu meistern sein. Viel hängt davon ab, Strukturen für die psychotherapeutische Weiterbildung – ähnlich der ärztlichen Weiterbildung in Krankenhäusern und Kliniken – zu schaffen. Dazu müssen Krankenhäuser und Kliniken von der OPK als Weiterbildungsstätten anerkannt werden. Eine Weiterbildung wird dort von Weiterbildungsbefugten verantwortet und geleitet. Diese Weiterbildungsbefugten müssen OPK-Mitglieder sein, die über ausreichende Berufserfahrung verfügen. Dazu führt der Vorstand bereits jetzt Gespräche mit Klinikleitungen und unseren ärztlichen Kolleginnen, um diese über die neuen Herausforderungen zu informieren und so gemeinsam den Weg zur Umsetzung zu beschreiten.

Um unsere Kammermitglieder, die an Kliniken tätig sind, über die anstehenden Veränderungen zu informieren, werden wir Anfang Juni dieses Jahres zwei Fachkonferenzen zur stationären Weiterbildung abhalten. Gemeinsam mit dem Vorstand soll beraten werden, was an den Kliniken notwendig ist, um weiterbildungsbefugte Psychotherapeutinnen zu gewinnen, Stellen für künftige Weiterbildungsteilnehmerinnen einzurichten und die Regelungen der WBO qualitätsgerecht umzusetzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, seien Sie versichert, dass wir uns nicht

nur um die Weiterbildung zukünftiger Psychotherapeutinnen bemühen. Wir möchten ebenso die Möglichkeiten zur Weiterbildung unserer gegenwärtigen Kammermitglieder, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen weiterentwickeln. Zukünftig wird es zwei Weiterbildungsordnungen geben, eine für die nach altem und eine für die nach neuem Recht Approbierten. Der Vorstand und die Kammerversammlung haben bereits über Veränderungen der „alten“ WBO beraten. Neben Klinischer Neuropsychologie und Systemischer Therapie sollen weitere

Bereiche hinzukommen. Dazu bedarf es aber noch intensiver Beratungen.

Die Umsetzung der Reform des Psychotherapeutengesetzes verlangt uns somit an vielen Stellen einiges ab. Die nächsten Monate und Jahre werden davon geprägt sein, gemeinsam mit unseren Mitgliedern, mit den anderen Heilberufekammern und weiteren Partnerinnen im Gesundheitssystem an zahlreichen Weichenstellungen zu arbeiten. Wir stellen jetzt die Weichen für die Zukunft unseres Berufsstands. Darauf freuen wir uns.

Ihr Gregor Peikert
Präsident

OPK-Kammerversammlung tagte via Videokonferenz

Am 9. und 10. April 2021 fand erstmals eine planmäßige OPK-Kammerversammlung via Videokonferenz statt. 34 der 35 gewählten Vertreterinnen waren anwesend. Wieder wurde Wegweisendes beraten. Die organisatorischen Fäden dieser 29. Versammlung liefen erstmals in der neuen Geschäftsstelle der OPK zusammen.

Rund drei Monate nach deren Umzug war es praktisch die Feuerprobe. Nach Ansicht aller Beteiligten gelang sie.

Vorstand berichtet von vielfältigen Aktivitäten

Im Bericht des Vorstandes wurden die Aktivitäten des Vorstandes und Geschäftsführers der vergangenen sechs Monate beleuchtet. Die Ausbildungsreform, die Behandlungsqualität im Zeichen der Coronavirus-Pandemie und der notgedrungene Wandel sämtlicher OPK-Veranstaltungen hin zu Online-Seminaren standen im Mittelpunkt. Ebenfalls wurden die Ergebnisse der neuen OPK-Blitzumfrage präsentiert. Diese richtete sich an Behandelnde im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Im Mittelpunkt standen Fragen rund um die Herausforderungen, die sich während der Pandemie bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben könnten. Des Weiteren berichtete der Vorstand über neue Entwicklungen im Bereich des

Kinderschutzes und der Psychosozialen Notfallversorgung.

Neue Weiterbildung und Kammerstruktur

Anknüpfend an die letzten Delegierten-Workshops und unsere kammerinternen Beratungen bildeten die Musterweiterbildungsordnung, deren interne Umsetzung sowie die damit verknüpfte, neue Kammerstruktur einen Schwerpunkt der Versammlung. Insbesondere die 5-Länder-Struktur führt immer wieder dazu, dass die OPK bei bestimmten Fragestellungen mitunter anders vorgehen muss als andere Kammern. Es bedarf zusätzlicher Abstimmungsschleifen mit Kolleginnen sowie eine besondere Berücksichtigung aller fünf Länderministerien.

Aus einigen Hochschulen kam bereits das Signal, dass es in gar nicht so ferner Zukunft neue Approbierte geben wird. Dann wird es neben PP und KJP neue Mitglieder geben, die nach dem neuen Psychotherapeutengesetz approbiert wurden. Es herrschte Zuversicht, dass es der OPK in den kommenden 18 Monaten – bis Ende 2022 – gelingen wird, alle notwendigen Voraussetzungen für deren Aufnahme zu schaffen.

Die nun drei psychotherapeutischen Berufe, die dann in der OPK vertreten sind (PP, KJP und „neue“ Psychotherapeu-

tinnen) machen einige strukturelle Veränderungen notwendig. Beispielsweise gab es bisher getrennte Wahlkreise für PP und KJP in jedem Bundesland. Es wäre ein schwieriges Konstrukt geworden, die neuen Psychotherapeutinnen in diese Systematik einzugliedern. Nun soll ein neues Modell gefunden werden, das den sich verändernden Zahlenverhältnissen zwischen den Berufsgruppen gerecht wird und eine adäquate Vertretung aller Interessen sichert. Dabei sollten möglichst die Strukturen bewahrt werden, die sich in den vergangenen 14 Jahren in der OPK entwickelt und bewährt haben. Dazu gehören z. B. das Personenwahlrecht und die paritätische Vertretung der Bundesländer.

In den vergangenen sechs Monaten erarbeiteten Vorstand und Kammerversammlung aus mehreren Optionen das sogenannte „Synthesemodell“.

Es soll die Repräsentanz der Versorgungsfelder „Erwachsene“ und „Kinder-/Jugendliche“ gewährleisten und gleichzeitig den Wählerinnen möglichst große Freiheitsgrade lassen. Deshalb soll in Zukunft jedes Kammermitglied unabhängig vom eigenen Beruf oder Tätigkeitsfeld jede Kandidierende wählen können. Zum anderen sollen in jedem Bundesland Vertreterinnen aus beiden Versorgungsfeldern in die Kammerversammlung gewählt werden. Kandidierende treten jeweils für ein Versor-

gungsfeld zur Wahl an, das sie auch beruflich schwerpunktmäßig vertreten. Als gewählt gelten die Kandidierenden in jedem Bundesland, die die meisten Stimmen erhalten. Sollte unter diesen eines der Versorgungsfelder nicht vertreten sein, gilt der Kandidierende des noch nicht vertretenen Versorgungsfelds mit der höchsten Stimmenzahl als gewählt. Damit wird sichergestellt, dass das Versorgungsfeld „Kinder/Jugendliche“ mit insgesamt mindestens fünf Vertreterinnen in der Kammerversammlung repräsentiert ist (umgekehrt natürlich auch das Versorgungsfeld „Erwachsene“).

Präsenzsitzungen als Mittel der Wahl

Die Kammer ist weiterhin entschlossen, schnellstmöglich zum bewährten Turnus der Kammerversammlungen in Präsenz zurückzukehren. Dies hängt selbstverständlich stets von den gebotenen Schutz- und Hygienemaßnahmen und dem aktuellen Stand der Infektionslage ab. Nach gut vierzehn Monaten in der Pandemie ist zwar festzustellen, dass wir mehr und mehr geschult sind, online zu korrespondieren und tragfähige Inhalte abzustimmen. Gleichwohl bleibt die Präsenzsitzung ohne Frage

das Mittel der Wahl. An dieser Stelle wiederholen alle Mitglieder der Kammerversammlung im offenen Erfahrungsaustausch ihre Eindrücke, nach denen nichts den direkten Kontakt und das persönliche Gespräch ersetzen kann.

So bleibt die Hoffnung, dass die nächsten Kammerversammlungen am 8./9. Oktober 2021 in Neukirchen/Pleiße (Sachsen) sowie am 1./2. April 2022 im Löwenberger Land (Brandenburg) in Präsenz und vor Ort werden stattfinden können.

Gregor Peikert und Jens Metge

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2021 wird neben all den gesellschaftlichen Herausforderungen, die die Corona-Pandemie mit sich gebracht hat, auch das Jahr sein, in dem die neue Musterweiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verabschiedet wurde. Es ist ein historisches Ereignis, das richtungsweisend für die Etablierung des neuen Berufsstandes der Fachpsychotherapeutin/des Fachpsychotherapeuten ist.

Nach dem Psychotherapiestudium, das mit der Approbation abschließt, folgt nun eine fünfjährige Weiterbildung in einem der beiden Altersgebiete Kinder und Jugendliche oder Erwachsene verbunden mit einem der vier Psychotherapieverfahren. Sie findet in Anstellung und somit unter sozialrechtlichen Bedingungen statt und nicht wie in der bisherigen Ausbildung im Praktikantenstatus. Hiermit findet ein für die Auszubildenden prekäres System ein Ende. Von weitreichender Bedeutung ist auch, dass neben den beiden Altersgebieten die Weiterbildung in Neuropsychologie verankert wurde. Dies wertet die Neuropsychologie deutlich auf. Gerade im Hinblick auf die derzeit beobachteten neuropsychologischen Auswirkungen von Covid-19 und die entsprechenden Langzeitfolgen ist dieser Schritt wichtig und notwendig.

Die Relevanz von psychischer Gesundheit ist in Folge der Corona-Pandemie sehr stark in den Fokus des öffentlichen Diskurses gerückt. Diese Krise verdeutlicht, welche wichtige Rolle Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Gesundheitssystem spielen und wie bedeutsam ihr Beitrag für die Versorgung der Menschen ist. Neben den neuropsychologischen Folgen von Long Covid spielen weiterhin die uns bekannten Stressoren, die direkt oder indirekt durch Corona bedingt sind, eine wichtige Rolle. Verschiedene Studien zeigen, dass sich die Stresssymptome in Teilen der Bevölkerung erhöhen. Meist sind es die ohnehin schon benachteiligten Gruppen, die nun besonders belastet sind. Wie man durch die Pandemie kommt, hängt besonders vom sozioökonomischen Status ab. Der Datenreport 2021 des Statistischen Bundesamtes bestätigt zum Beispiel, dass Geringqualifizierte, Alleinerziehende, Selbstständige und Zugewanderte



Ulrich Bestle, Mitglied des Vorstandes der LPK RLP

von den finanziellen Auswirkungen am stärksten betroffen sind und sich die Schere zwischen arm und reich weiter vergrößern wird. Dies deckt sich mit zahlreichen Studien und Gesundheitsreports von Krankenkassen in den letzten Jahren, die belegen, dass die psychische Belastung bei Erwerbslosen erhöht ist.

Veränderungsprozesse werden uns also nicht nur im Rahmen der Qualifizierung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten begleiten, sondern sind auch in unserer Versorgungslandschaft notwendig. Neben dem besseren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung werden spezifische Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit für die durch die Corona-Pandemie besonders benachteiligten Gruppen notwendig werden. Mit diesem Thema hat sich auch die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auseinandergesetzt und eine entsprechende Resolution verabschiedet, wie Sie auf unseren Länderseiten nachlesen können.

*Ulrich Bestle
Mitglied des Vorstandes der LPK RLP*

Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit: LPK RLP fragte Ansprechpartnerin

Das Interesse der Medien an den Auswirkungen der Pandemie auf die Psyche ist ungebrochen. Die Vorstandsmitglieder haben Gespräche mit verschiedenen Tageszeitungen, Fernseh- und Radiosendern dazu genutzt, Politik und Öffentlichkeit für die psychischen Gefahren, die durch die Pandemie und ihre Folgen drohen, zu sensibilisieren und über Bewältigungsstrategien und Hilfsangebote zu informieren. Dabei wurden viele verschiedene Aspekte des Themas beleuchtet. Alle Medienbeiträge finden Sie unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Pressartikel und Medienbeiträge.

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen jetzt verbessern! – Resolution und LPK-Veranstaltungen zum Thema Corona



Die Vertreterversammlung der LPK RLP tagte am 17. April 2021 wegen Corona digital.

Vertreterversammlung der LPK RLP verabschiedet Resolution

Mit einem Vortrag von Kammermitglied Frau Prof. Dr. Tanja Hechler zum Thema „Corona: Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, insbesondere von Kindern und Jugendlichen“ wurde die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz eröffnet, die am 17. April 2021 digital tagte. Es folgte eine angeregte Diskussion. Deutlich wurde, dass Covid-19, die damit verbundenen Ängste, Sorgen und Verluste sowie die lang andauernden Einschränkungen zu einer erhöhten psychischen Belastung vieler Menschen führen. Die intensivmedizinische Behandlung von Covid-19 führt bei etwa 30 Prozent der erkrankten Menschen zu behandlungsbedürftigen posttraumatischen Belastungsstörungen. Auch beim intensivmedizinischen Personal ist mit erhöhter psychischer Belastung bis hin zu Erschöpfungszuständen, Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen zu rechnen. In Verbindung mit der Mutation B117 zeichnet sich eine erhöhte Rate an Long-Covid-Erkrankungen ab, mit belastenden somatischen, neuropsychologischen und psychischen Symptomen. Beson-

ders belastet durch die Pandemie sind Menschen mit psychischen und somatischen Vorerkrankungen sowie Familien mit geringen sozialen und finanziellen Ressourcen. Daraus resultiert eine deutlich erhöhte Nachfrage nach Psychotherapieplätzen. Die Vertreterversammlung verabschiedete vor diesem Hintergrund eine **Resolution**, in der sie die Politik aufforderte, gemeinsam mit Expertinnen für psychische Gesundheit entsprechende Bedarfe zu identifizieren und Versorgungs- und Unterstützungsangebote zu intensivieren bzw. zu schaffen. Konkret rief die Vertreterversammlung in ihrer Resolution dazu auf, Kostenerstattungsanträge durch die Krankenkassen bis Ende des Jahres schnell und bürokratiearm zu bewilligen, neue psychotherapeutische Versorgungsaufträge, beispielsweise per Sonderbedarf, zu schaffen, präventive und psychosoziale Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu verstärken und eine angemessene Finanzierung der psychologischen und neuropsychologischen Forschung zu Long Covid sicherzustellen. Die Resolution „Corona ist auch eine psychologische Krise: Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen jetzt verbessern“ finden Sie unter www.lpk-rlp.de

lpk-rlp.de unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

Erfolgreiche Online-Veranstaltung von LPK RLP und PK Bremen

Dem Thema „Corona und psychische Gesundheit: Auswirkungen und Versorgung“ widmete sich auch eine Online-Fachveranstaltung mit rund 200 Teilnehmerinnen, die die LPK RLP und die Psychotherapeutenkammer Bremen gemeinsam am 9. April 2021 durchführten. Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin, Sabine Bätzing-Lichtenthäler sprach ein Grußwort. In fünf fachlichen Kurzvorträgen wurden die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen dargestellt. Auch die möglichen Folgen einer Covid-19-Erkrankung (PTBS, Long-Covid) aus psychotherapeutischer Sicht wurden beleuchtet.

#MentalHealthTeens & Corona

In einer weiteren LPK-Online-Veranstaltung am 11. März 2021 stand die psychische Gesundheit junger Menschen in der Corona-Pandemie im Fokus. Dazu tauschte sich die LPK RLP mit betroffenen Jugendlichen sowie in diesem Bereich arbeitenden und forschenden Psychotherapeutinnen aus. Die Veranstaltung wurde zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und den Landeschülerinnenvertretungen Rheinland-Pfalz und Hessen durchgeführt. Das innovative Veranstaltungsformat mit Tandem-Vorträgen und Breakout-Sessions wurde sehr positiv aufgenommen und führte zu einem regen Austausch und Erkenntnisgewinn.

Nachberichterstattungen zu den Veranstaltungen mit allen Präsentationen der Referentinnen zum Download finden Sie auf www.lpk-rlp.de unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

Land übernimmt Kosten für Ausstellung der Impfbescheinigungen für psychisch kranke Menschen – Formular zum Download



(Foto: i-Stock/ Inside Creative House)

Das Land Rheinland-Pfalz hat zugesagt, die Kosten für die Ausstellung der Impfbescheinigung für psychisch kranke Menschen durch Psychotherapeutinnen zu übernehmen. In Rheinland-Pfalz

dürfen Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen Bescheinigungen für die Zulassung zur Corona-Impfung ausstellen. Sie dürfen Personen im impffähigen Alter eine schwere psychische Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression bescheinigen.

Das Formular für die Bescheinigung für die Zulassung zur Corona-Impfung ist nun um die Regelung für Psychotherapeutinnen ergänzt worden. Auf Nachfrage der Landespsychotherapeutenkammer hat das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und De-

mografie die Übernahme der Kosten bestätigt. Die Abrechnung erfolgt für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen der KV RLP über diese unter Angabe der Nummern 97320 und ggf. 97321 für das Porto über die eGK der genannten Person oder im Ersatzverfahren; Nichtmitglieder rechnen die Leistung direkt gegenüber dem Land Rheinland-Pfalz ab. Nähere Informationen auf www.lpk-rlp.de unter Aktuelles / Fragen und Antworten zur psychotherapeutischen Versorgung während der Corona-Pandemie.

Wie geht man mit Verschwörungstheorien in der Psychotherapie um? Spannende LPK-Veranstaltung mit Pia Lamberty

Der Glaube an Verschwörungen ist weit verbreitet. Gerade in Krisenzeiten wie in der momentanen Corona-Pandemie scheinen Verschwörungstheorien besonders viel Zuspruch zu finden – oder täuscht dieser Eindruck? Welche psychologischen Grundlagen hat der Verschwörungsglaube und wie hängt dieser mit menschenfeindlichen Aussagen zusammen? Und wie geht man mit Verschwörungstheorien und Radikalisierung in der Psychotherapie um?

Diesen spannenden Fragen ging die LPK RLP in der Online-Veranstaltung „Verschwörungstheorien & Radikalisierung in der Psychotherapie“ am 27. April 2021 nach, die sich in einen Fachvortrag und eine Podiumsdiskussion gliederte. Als Referentin konnte Pia Lamberty gewonnen werden, die als Sozialpsychologin seit Jahren dazu forscht, warum Menschen an Verschwörungen glauben und welche Konsequenzen dieses Weltbild für die Gesellschaft hat. Psychologische Motive hinter dem Glauben an Verschwörungen können existenzielle Motive, wie das Streben nach Kontrolle und



Oben: Sabine Maur und Prof. Dr. Murken; unten: Pia Lamberty und Dr. Andrea Benecke

Sicherheit sein, zudem soziale Motive, beispielsweise das Streben nach einer positiven Wahrnehmung des Selbst oder der eigenen Gruppe, sowie epistemische Motive, also der Wunsch nach Verstehen und subjektiver Gewissheit. Auf ihren fundierten und lebhaften Vortrag folgte eine Podiumsdiskussion, an der außer Frau Lamberty die LPK-Präsidentin Sabine Maur, LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke

und Prof. Dr. Sebastian Murken teilnahmen. Deutlich wurde, dass es an Anlaufstellen für hilfesuchende Angehörige von Verschwörungsgläubigen fehlt. Angeregt wurden Selbsthilfegruppen und weitere niedrigschwellige Angebote für Betroffene. Eine Nachberichterstattung zur Veranstaltung finden Sie auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

Wie dokumentiere ich die psychotherapeutische Behandlung? LPK-Webseminar und neuer Praxis-Tipp der Kammerjuristinnen

Für eine sachgerechte psychotherapeutische Behandlung und Weiterbehandlung ist die sorgfältige Aufzeichnung des Behandlungsgeschehens unerlässlich. Dabei soll die Dokumentation sowohl der Therapiesicherung als auch der Rechenschaftslegung, ggf. Beweissicherung und Qualitätssicherung dienen. Doch was genau muss wie dokumentiert werden? Zu dieser Frage hat die LPK RLP ihren Mitgliedern am 21. April 2021 ein Berufsrecht-Webseminar mit dem Schwerpunkt „Dokumentation“ angeboten. Ulrich Bestle, Psychologischer Psychotherapeut und Mitglied des Vorstandes der LPK RLP, konnte rund 120 Teilnehmerinnen begrüßen. Saskia Kollarich, Syndikusrechtsanwältin

im Juristischen Referat der LPK RLP, erläuterte die berufsrechtlichen Inhalte der Dokumentation. Herr Bestle ging auf die praktischen Inhalte ein und erklärte, welche Aspekte dokumentiert werden müssen. Zudem erläuterte er die Dokumentationsempfehlungen, die die AG Qualitätssicherung der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelt hat, und deren konkrete Umsetzung. Bei der abschließenden Fragerunde kamen auch die Themen Akteneinsicht und Aktenaufbewahrung zur Sprache.

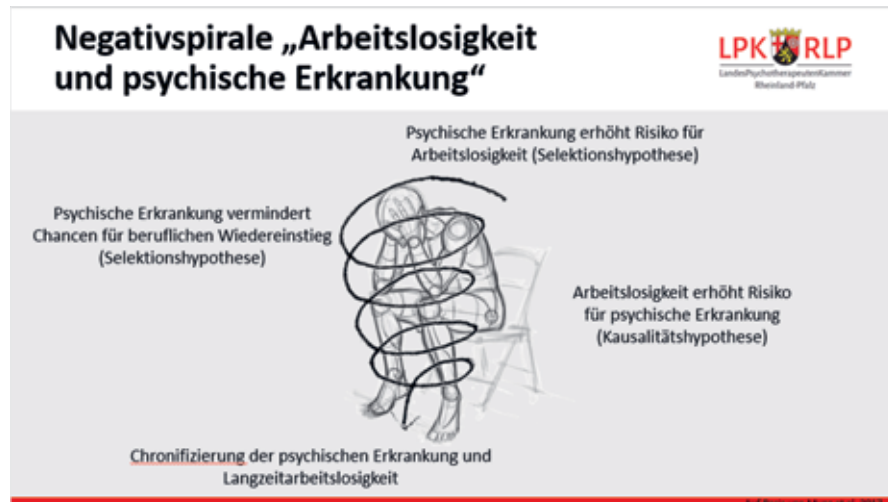
Die Kammerjuristinnen haben in ihrer Reihe „Praxis-Tipps“ einen neuen Text zum Thema „Dokumentation“ veröffentlicht,



Was muss in der Akte dokumentiert werden? (Foto: i-Stock/nirat)

der die wichtigsten Fragen zu diesem Thema beantwortet. Alle Praxis-Tipps finden Sie unter www.lpk-rlp.de / Info-Portal / Alles was Recht ist / Praxis-Tipps der LPK-Juristinnen.

Psychische Gesundheit in der Arbeit mit erwerbslosen Menschen: LPK-Kooperationsveranstaltung stieß auf großes Interesse



Folie aus der Präsentation von Ulrich Bestle zum Vortrag „Psychische Gesundheit in der Arbeit mit erwerbslosen Menschen“ am 20. April 2021

Erwerbslose Menschen haben eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen zu leiden als berufstätige Personen. Dies zeigt eine Vielzahl an Studien und Veröffentlichungen von Krankenkassen in den letzten Jahren. Eine Kooperationsveranstaltung

der Landespsychotherapeutenkammer und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) widmete daher dem wichtigen Thema „Psychische Gesundheit in der Arbeit mit erwerbslosen Menschen“ eine zweitägige Online-Veranstaltung am 20. und 21. April. Über 200 Perso-

nen nahmen an der Fachveranstaltung teil und belegten so das große Interesse an diesem Thema. Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, richtete ein Grußwort an die Teilnehmerinnen. Ulrich Bestle, Psychologischer Psychotherapeut und Mitglied des Vorstandes der LPK RLP, sprach ebenfalls ein Grußwort und hielt den Eröffnungsvortrag zum Thema „Psychische Gesundheit und Erwerbslosigkeit“. Die Präsentation zum Vortrag und eine Nachberichterstattung zur Veranstaltung finden Sie unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

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

Wechsel in der Leitung der Geschäftsstelle der PKS

Wir möchten Sie an dieser Stelle über die personelle Veränderung in der Geschäftsstelle der PKS informieren.

Im Dezember 2020 hat Frau Sonja Werner die Leitung der Geschäftsstelle an eine Doppelspitze mit Frau Katrin Moschel-Aksoy und Frau Lisa Zender abgegeben. Frau Werner betreut weiterhin das Projekt des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) für die Kammer.

Frau Moschel-Aksoy befasst sich vorrangig mit allen Themen rund um die

Mitgliederverwaltung in der Kammer und stellt sich gemeinsam mit Sonja Werner den Herausforderungen des ePtA.

Zu den Aufgaben von Frau Zender zählen der Bereich der Weiterbildung, die Betreuung aller Ausschüsse und Kommissionen sowie die Onlinepräsenz der PKS und Redaktionstätigkeiten.

Den umfangreichen Aufgaben in der Kammer und den Herausforderungen der Zukunft stehen beide offen entgegen.



(v. l.) Lisa Zender und Katrin Moschel-Aksoy

Social Media und Digitalisierung – Anhörung der PKS im Landtag

Anhörung über die Auswirkungen der Digitalisierung und insbesondere der zunehmenden Nutzung von sozialen Netzwerken auf Jugendliche im Saarland – Chancen, Risiken und Entwicklungen

Am 27. Januar 2021 führte der saarländische Landtag eine Anhörung zu den Chancen, Risiken und Entwicklungen von Jugendlichen bei der Digitalisierung und der Nutzung von Social Media durch. Der Vorstand berief dazu Dr. Frank W. Paulus als Experten, um für die Psychotherapeutenkammer zu den wichtigen Fragen Stellung zu nehmen.

Dr. Frank W. Paulus, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (VT), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT), Supervisor (VT), Systemischer Einzel-, Paar- und Familientherapeut (SGST), Leitender Psychologe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des

Saarlandes ist aktuell Mitglied des Gemeinsamen Beirates der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und der Ärztekammer des Saarlandes. Wir danken für seine Bereitschaft, die PKS zu vertreten. Im Folgenden können Sie mehr über die Fragen und die Stellungnahme erfahren.

1. Welche Entwicklungen, Chancen und Risiken sehen Sie allgemein bei der Digitalisierung und der Nutzung sozialer Netzwerke Kinder- und Jugendliche betreffend?

Der Alltag von Kindern und Jugendlichen ist in den letzten zwei Dekaden einem umfassenden und kontinuierlichen

sozialen und kulturellen Wandel ausgesetzt, der durch digitale Technologien (Smartphone, Computer, Tablet, Spielekonsole, iPods und andere tragbare elektronische Geräte) und passende Anwendungsprogramme vorangetrieben wird. Repräsentative Studien belegen für alle Altersklassen (Vorschulalter, Kindesalter, Jugendalter) eine hohe Verfügbarkeit und beeindruckende Nutzungszeiten.

Die Nutzung digitaler Medien ist als gesellschaftliche Entwicklung unumkehrbar und mit sehr vielen positiven Veränderungen verbunden (z. B. Informationssuche oder Medien als Jugendkultur). Weitgehender Ausschluss von Mediennutzung gilt als theoretisches

Idealkonzept des Bewahrens („früher war alles besser“) und führt für Kinder und vor allem für Jugendliche zu Außenseiterpositionen. Social Media sind funktional zur Nutzung zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Vermeidung von Einsamkeit – dies umso mehr in Zeiten der Pandemie. Digitale Anwendungen zeigten positive Einflüsse (z. B. eine erhöhte Lernmotivation oder Verfügbarkeit von Wissen). Sie finden Verwendung und sind wirksam bei Entwicklungsstörungen wie Leserechtschreib-Störungen, bei Aufmerksamkeitsstörungen, Depressiven Störungen etc. Digitaler Schulunterricht liefert Lösungen der Beschulung in Zeiten der Pandemie – sofern die Plattformen funktionieren. Dies gilt gleichermaßen für die Corona-App.

2. Welche sozialen, gesundheitlichen, psychologischen und die Entwicklung betreffenden Einflüsse und Auswirkungen hat die Nutzung sozialer Netzwerke auf Kinder und Jugendliche?

Es handelt sich bei modernen digitalen Technologien um Unterhaltungsprodukte mit klinischer Relevanz: Neben dem vielfältig Positiven, die das Anwenden digitaler Kommunikationstechnologie mit sich bringt, entfalten sich Gefahren und Risiken für Kinder und Jugendliche, wenn

- (1) die exzessive Nutzung die weitere bio-psycho-soziale Entwicklung des Kindes beeinträchtigt, sodass entwicklungsphasentypische Kompetenzen (z. B. motorische, sprachliche, soziale, emotionale, kulturelle) nicht erworben werden können,
- (2) aus der exzessiven Nutzung sekundär körperliche Probleme (z. B. Schlafstörungen, Ernährungsstörungen, Hygiene, Kopfschmerz, musculoskeletale Störungen) entstehen,
- (3) auf der Basis einer bestehenden psychischen Störung (z. B. ADHS, Angst, Depression) die exzessive Computer- und Internetnutzung zum dysfunktionalen Lösungsansatz oder zur aufrechterhaltenden

Bedingung für ebendiese Störung wird und/oder

- (4) wenn ein eigenständiges psychisches Störungsbild im Sinne einer Internetabhängigkeit sich etabliert und/oder die digitale Technologie missbraucht wird (exzessives Messaging, FOMO Fear Of Missing Out, Cybermobbing, Cybergrooming, Internetpornografie, Hassbotschaften, Inszenierungen des Selbst z. B. bei Anorexia Nervosa oder Nicht-Suizidalem selbstverletzenden Verhalten NSSV, fake news, digitale und internetfähige Spielzeuge).

Die digitale Revolution hat die Möglichkeiten des klassischen Mobbings erweitert. Täterinnen können anonym bleiben, körperliche Überlegenheit ist nicht notwendig, ein größeres Publikum kann erreicht werden, Nachrichten sind unbegrenzt speicherbar und nicht zurücknehmbar.

3. Wie verändert die steigende Nutzung sozialer Netzwerke Selbstwahrnehmung, Selbstwertgefühl, Gruppenbildung und Gruppengefüge von Kindern und Jugendlichen?

Cybermobbing: Wie beim konventionellen Mobbing sind Minderheiten oder Altersgenossen mit tatsächlichen oder zugeschriebenen Behinderungen (gerade die sind schützenswert) ein häufiges Ziel von Angriffen.

Mobbing kann bewertet werden als aggressives Missbrauchsverhalten, ähnlich wie Misshandlung oder Vernachlässigung.

Es sind verschiedene Gruppen von Betroffenen durch Cybermobbing zu unterscheiden: Angreiferinnen (Täterinnen; 4,9 %), Angegriffene („victims“, Opfer; 16,4 %), Angegriffene, die selbst zu Angreiferinnen werden (5,6 %), Unterstützerinnen („bystander“) und die „neutrale“ schweigende Mehrheit (61 %).

Es gibt ein Dosis-Wirkung-Verhältnis im Sinne einer kumulativen Belastung:

Je länger und schwerwiegender die Angriffe, je geringer die Resilienz und je geringer die Unterstützung durch die Familie oder andere Personen (z. B. Lehrerinnen, Freunde), desto schwerwiegender sind die Konsequenzen des Cybermobbings.

Angegriffene/Opfer haben hohe Risiken für internalisierende Störungen.

Depression, Selbstverletzungen und Suizidalität sind bei Angegriffenen in Abhängigkeit vom Ausmaß der Traumatisierung häufig und konstant, wobei Depression wieder das Risiko, angegriffen zu werden, erhöht. Soziale Ängste, Lern- und Schulprobleme, Schulverweigerung, Deprivation, geringe soziale Akzeptanz, Verfolgungsideen, Schlafstörungen und andere internalisierende Störungen sind Teil des Viktimisierungssyndroms. Dazu kommen noch psychosomatische Beschwerden, verringerter Selbstwert und gesundheitsbezogene Lebensqualität.

4. Inwiefern wirken sich die Digitalisierung und insbesondere die zunehmende Nutzung von sozialen Netzwerken auf Informationsbeschaffung und -verarbeitung, Mediennutzung und Meinungsbildung von Kindern und Jugendlichen aus, welche Chancen und welche Risiken sind erkennbar und welche Konsequenzen sollten in Schulen, Politik und Gesellschaft daraus gezogen werden?

Diese Phänomene haben sich ausgeweitet, sind aber in den Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung bislang kaum untersucht, Studien fehlen weit hin.

Eltern geben an, dass 38 % der 6- bis 13-jährigen Internetnutzerinnen (repräsentative Studie in Deutschland, KIM-Studie) das Internet nutzen dürfen, ohne um Erlaubnis zu fragen. Die mobile Nutzung des Internets über das Smartphone erlaubt den Eltern immer weniger Kenntnis von den von ihren Kindern aufgerufenen Internetinhalten. Zwei Drittel der Eltern geben an, keinerlei Software für den Jugendschutz auf

den digitalen Endgeräten vorzuhalten, Smartphones und Tablets sind nur in 15 % bzw. 11 % der Fälle geschützt.

Bei Kindern im Alter von 6 bis 13 Jahren (repräsentative Studie in Deutschland, KIM-Studie) zählen die Nutzung von Suchmaschinen und das Verschicken von (WhatsApp-)Nachrichten zu den häufigsten ihrer Aktivitäten im Internet. 5 % der Kinder haben unangenehme Bekanntschaften im Internet gemacht, bei Mädchen ist dies etwas häufiger als bei Jungen passiert, und im Altersverlauf nehmen diese unangenehmen Bekanntschaften zu. 10 % der Kinder dieser Altersgruppe sind im Internet bei der Informationssuche auf ihrer Meinung nach für sie unangenehme oder ängstigende Inhalte gestoßen. Von diesen 10 % handelt es sich in der Hälfte der Fälle um Erotik/Porno, bei 18 % um Gewalt/Prügelszenen, bei 15 % um Horror-/Gruselvideos. 7 % der Kinder haben im Freundeskreis erfahren, dass Probleme wegen Nachrichten, Bildern oder Filmen aufgetreten sind, die über das Internet und/oder Smartphone verbreitet wurden.

97 % der Jugendlichen (12 bis 19 Jahre; repräsentative Studie in D, JIM-Studie) besitzen ein eigenes Smartphone, 91 % sind täglich im Netz unterwegs. Die selbst eingeschätzte durchschnittliche tägliche Online-Nutzungsdauer der Jugendlichen beträgt an Werktagen 214 Minuten, dabei entfallen etwa 35 % auf kommunikative Nutzung, 31 % auf Unterhaltung, ein Viertel auf Spiele und ein Zehntel auf Informationssuche. Knapp ein Fünftel der Jugendlichen gibt an, dass falsche oder beleidigende Inhalte über die eigene Person digital verbreitet wurden. 11 % der Jugendlichen geben an, dass schon einmal peinliche oder beleidigende Fotos oder Filme, auf denen sie zu sehen sind, veröffentlicht wurden. Ein Drittel der Jugendlichen hat Cybermobbing im Bekanntenkreis mitbekommen, 8 % geben an, selbst schon einmal im Internet fertig gemacht worden zu sein. Ein Fünftel der Jugendlichen bestätigt, schon häufig mit Hassbotschaften in Kontakt gekommen zu sein (weitere 17 % gelegentlich und 28 % selten), zumeist per YouTube

oder Instagram. Bei Jungen und mit steigendem Alter besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, mit Hassbotschaften in Kontakt gekommen zu sein.

5. Welchen Einfluss hat die zunehmende Nutzung sozialer Medien auf das Kommunikationsverhalten von Kindern und Jugendlichen? Und welche Schlussfolgerungen sollten daraus gezogen werden?

Beim Cybermobbing können – über die oben genannten Aspekte des Mobbing hinaus – demütigende, teils manipulierte Fotos / Videos veröffentlicht werden, beleidigende Nachrichten über Instant Messaging (sofortige Nachrichtenübermittlung) versendet werden oder Hate Speech zu einer bestimmten Person ins Internet gestellt werden. Der Einsatz digitaler Medien ermöglicht es der Aggressorin (im Unterschied zu konventionellen Formen von Mobbing), anonym und unerreichbar zu bleiben (Anonymität), ebenso sind körperliche Überlegenheit und Muskelkraft, die oftmals beim aktiven Mobbing ausgenutzt werden, unbedeutend. Zudem wird ein deutlich größeres Publikum erreicht, Beschuldigungen lassen sich schwerer entkräften. Der verursachte Schaden beim Opfer ist für Dritte wie Eltern, Lehrerinnen oder Gutachterinnen nicht direkt ersichtlich und hinterlässt keine körperlichen (und dokumentierbaren) Folgen wie Hämatome oder Verletzungen. Virale Verbreitungswege der Botschaften, unbegrenzte Speicherbarkeit und fehlende Rücknahmemöglichkeit (von der betroffenen Person letztlich nicht zu löschende Inhalte), die Weitergabe von Text und Bildern durch Dritte und Nichtvorhandensein adäquater Kontrollmöglichkeiten sind weitere spezifische Gefahrenaspekte der Cyberkommunikation.

6. Welche Erfahrungen mit Cybermobbing und Cybergrooming von Kindern und Jugendlichen haben Sie gemacht und wie groß ist aus Ihrer Sicht das Problem, wie viele Kinder und Jugendliche sind betroffen?

Cybermobbing ist bei klinischen Inanspruchnahmepopulationen (Patientinnen im ambulanten und stationären Behandlungssetting) ein häufig auftretendes Phänomen, wenngleich die Überweisung zur psychotherapeutischen (Richtlinienpsychotherapie niedergelassener Psychotherapeutinnen) oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung oftmals wegen der sekundären psychischen Folgen (und nicht allein dem Cybermobbing) erfolgt. Denn: Folgen von Cybermobbing können bei Opfern Depressionen, Ängste, PTBS, intensiven Stress, Schlafstörungen, Selbstverletzungen, Suizidalität und Suizid sein. Die komorbiden psychischen Störungen sind so früh wie möglich zu erkennen und angemessen zu behandeln.

Daher wurde im Juni 2020 am Universitätsklinikum des Saarlandes eine Spezialambulanz zur Behandlung digitalisierungsbedingter Störungen gegründet (ADUPS – Ambulanz Digitalisierung und psychische Störungen). Computerspielabhängigkeit und Cybermobbing sind die beiden primären Vorstellungsanlässe.

Die Prävalenzangaben für Cybermobbing schwanken deutlich; eine rezente deutsche Studie fand etwa ein Viertel der Schülerinnen betroffen.

7. Und was empfehlen Sie als wirksame Gegenmaßnahmen?

Prävention und Behandlung sind schwierig (und zugleich dringend nötig), weil Cybermobbing oft unentdeckt bleibt und die Symptome meist anderen Problemen zugeschrieben werden. Gerade die Heimlichkeit des Geschehens und die Duldung oder sogar Zustimmung der Unbeteiligten machen die Aggressionen und Verletzungen erst möglich. Täterinnen, Angegriffene und Zuseherinnen/-stimmerinnen sind durch das Mobbing auch langfristig gefährdet. Prävention ist möglich durch Stärkung des Selbstbewusstseins und des Zusammenhalts, Verbesserung des familiären und des Schulklimas, Aufbau vertrauensvoller Beziehungen (z. B. zu „peer mentors“ oder Vertrauenslehre-

rinnen), offenen Umgang mit dem Problemverhalten.

Protektiv wirken gute Eltern-Kind- und Gleichaltrigenbeziehungen, Kommunizieren über das Problemverhalten („raus aus der Anonymität“), unterstützendes Verhalten von Eltern, Lehrerinnen und Gleichaltrigen. Flächendeckende Präventionsprogramme sind notwendig! Präventive Maßnahmen und Programme, Unterricht im Umgang mit digitalen Medien, Offenlegen von Konflikten und Mobbing-Aktivitäten, die Einbeziehung von Schulen und Eltern.

Warnsignale beachten:

- Reale Sozialkontakte nehmen an Zahl ab, die Jugendliche scheint persönliche Begegnungen zu vermeiden und allenfalls kurze, oberflächliche Begegnungen zuzulassen. Soziale Medien werden immer häufiger genutzt, auch in der Nacht (oft heimlich; Schlafstörungen, Tag-Nacht-Umkehr), sonstige Freizeitaktivitäten werden reduziert oder aufgegeben.
- Schulbesuch/Ausbildung wird vernachlässigt.

Schulbasierte Interventionen haben sich bei Mobbing und Cybermobbing als sehr wirksam erwiesen. Das weltweit bekannteste und erfolgreichste Programm ist das Olweus Bullying Prevention Program™. Das Programm hilft, Mobbing und antisoziales Verhalten um 21 % bis über 50 % zu reduzieren sowie das Schul- und Klassenklima wesentlich zu verbessern. Täterinnen, Opfer und vor allem Eltern werden in den Schlichtungsprozess miteinbezogen. Dass Mobbingvorfälle in der Schülerakte festgehalten werden, verleiht dem Programm eine eindruckliche Ernsthaftigkeit. Schulen, die dieses Programm umsetzen, positionieren sich eindeutig gegen eine Mobbingkultur.

Existiert ein zeitgemäßer Jugendmedienschutz?

Kinder haben – unabhängig von ihrem Alter – ab dem Moment, in dem sie über Internetzugang und eine entsprechende Medienkompetenz und Neugierde verfügen, über Videoportale Zugang zu

Inhalten, die auf anderen Trägermedien wie DVD, Print oder im Kinosaal den strengen Jugendschutzgesetzen unterliegen und nicht erlaubt wären.

Beispiel: Das Internet ist – ohne Altersbegrenzung – die beliebteste Informationsquelle für pornografisches Material wegen der hindernisfreien Verfügbarkeit und des leichten und teils kostenlosen Zugangs. Longitudinalstudien zur Bewertung der Auswirkungen der Internetpornografie auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fehlen bisher weithin.

8. Inwiefern hat die soziale Herkunft und die Einkommenssituation der Eltern Einfluss auf die Nutzung digitaler Angebote und insbesondere sozialer Netzwerke durch Kinder und Jugendliche?

Eine Studie aus Spanien zu Computerspielen (Rey-López et al., 2010)* mit Fragebogen zu Medienkonsum, Lernzeit und SES (Bildungsniveau und Beruf) ergab: Je niedriger der SES, desto umfangreicher der Fernsehkonsum; je höher der berufliche Status, desto höher die Lerndauer; je höher das mütterliche Bildungsniveau, desto kürzere Dauer von Computerspielen.

Eine Studie aus den USA untersuchte das soziale Umfeld des Medienkonsums (elterliches Bildungsniveau und Einkommen; Tandon et al., 2012)* mit einem Elternfragebogen und fand folgende Ergebnisse: Je niedriger der SES, desto besser der Zugang zu Medien im Kinderzimmer: TV, DVD-Player, Videospiele; zugleich geringerer Zugang zu motorischen Spielgeräten: Fahrräder, Springseile. Eltern mit niedrigem SES sehen mit ihren Kindern häufiger TV/DVD. Die tägliche Bildschirmzeit der Kinder ist bei niedrigem SES höher.

9. Zusatz: Soziale Medien in der Pandemie

Die Pandemie hat schon und wird weiterhin deutliche Auswirkungen auf Kindheit und Jugendalter haben. Allgemein hatten/haben in der Zeit des Lockdown Kinder- und Jugendliche deutlich re-

duzierte Sozialkontakte (geschlossene Kindergärten und Schulen, keine Vereine, Jugendtreffs und Spielplätze).

Der Ausbruch von COVID-19 hat erhebliche psychosoziale Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Kinder und Jugendliche erleben vermehrt Einsamkeit, Panik, Ängste, Trauer und Kummer, innerfamiliäre Gewalt, Armut und Depressionen inmitten der Coronavirus-Pandemie, was ihre psychische Gesundheit beeinflusst.

Digitale soziale Medien und digitale Spiele werden deutlich häufiger genutzt von Kindern und Jugendlichen – und gleichermaßen von deren Eltern (Forsa/DAK-Studie 2020):

Social Media werden als Emotionsregulationsstrategie genutzt – Induktion von Freude, Glück, Selbstwirksamkeit, Grandiosität, Macht, Ruhm, Anerkennung, Schönheit und/oder Vermeidung und Reduktion von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression, Langeweile, Stress.

Unter Zuhilfenahme folgender Publikationen:

Popow, C., Ohmann, S. & Paulus, F. W. (2018). „Cyberbullying“ unter Jugendlichen. Daten, Trends und Möglichkeiten zur Prävention. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 166, 498–503

Paulus, F. W., Möhler, E., Ohmann, S. & Popow, C. (2020). *Digitale Missachtung der Bedürfnisse und Rechte von Kindern und Jugendlichen: Cybermobbing*. *Kinder- und Jugendmedizin*, 20, 238–246.

* Bibliografische Angaben finden Sie im Mitglieder magazin FORUM 78 der PKS unter www.pks-saar.de

Dr. Frank W. Paulus
PP, KJP, Leitender Psychologe

Redaktion:

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/954555–6
Fax: 0681/954555–8
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Ende April haben die Delegierten des 38. Deutschen Psychotherapeutentages mit großer Mehrheit eine Musterweiterbildungsordnung verabschiedet. Damit ist die Grundrichtung für die zukünftige Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten und zur Fachpsychotherapeutin gelegt worden. Studium und anschließend Weiterbildung in einem sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnis – so läuft Ausbildung in Zukunft.

Unsere Aufgabe ist es jetzt, die Vorlage des Deutschen Psychotherapeutentages in Landesrecht zu überführen. Vorstand, Geschäftsführung und Weiterbildungsausschuss, aber auch das Land Schleswig-Holstein arbeiten intensiv daran. Spätestens Ende 2022 wird es erste Absolventinnen und Absolventen der neuen Studiengänge geben. Bis dahin müssen die Psychotherapeutenkammern die ersten Weiterbildungsstätten

und Weiterbildungsbefugte anerkannt haben.

Selbstverständlich verlieren wir dabei andere wichtige Aufgaben nicht aus den Augen. Die Herausgabe eines elektronischen Psychotherapeutenausweises wird weiterhin vorbereitet. Auch in diesem Zusammenhang muss an die Meldepflicht erinnert werden. Ein Ausweis muss aktuelle Daten beinhalten.

Und stets sind wir dabei, unseren Service für die Mitglieder aufrechtzuerhalten und zu erweitern. In diesem Zusammenhang wird für den PiA-Stammtisch ein neues Format eingerichtet. Wir hoffen, dass wir über diesen neuen Weg für unsere Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung besser erreichbar sein werden.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre unserer Mitteilungen und einen schönen Sommer.

Bleiben Sie gesund und zuversichtlich!

Einen schönen Gruß

Heiko Borchers
 Präsident

2. virtueller Austausch der Kammerversammlungsmitglieder

Wie bereits im November 2020 war auch im März 2021 pandemiebedingt keine reguläre Kammerversammlung möglich.

Als Ersatz dafür fand am 12. März 2021 eine Videokonferenz zum Informationsaustausch, zur Erörterung und Diskussion statt. Neben den Kammerversammlungsmitgliedern nahmen daran Frau Schwabe als Vertreterin der Aufsichtsbehörde und Frau Rosin als PiA-Sprecherin teil. Da in diesem Format keine Abstimmungen über Beschlussvorlagen erfolgen konnten, wurden im Anschluss an den virtuellen Austausch Umlaufabstimmungen durchgeführt.

Bericht des Vorstands

Der Austausch wurde vom Präsidenten Heiko Borchers moderiert. Dieser berichtete von vielfältigen Aktivitäten und Terminen, die seit dem letzten Aus-

tausch mit den Kammerversammlungsmitgliedern Anfang November 2020 stattgefunden hatten.

Besonders viel Raum nahmen dabei Gespräche im Zusammenhang mit der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) ein. Landesspezifische Themen waren u. a. verschiedene Gesetzesnovellierungen, ein erstes Treffen des Landeskrankenhause Ausschusses und ein digitales Treffen mit der neuen PiA-Sprecherin bzw. dem neuen PiA-Sprecher.

Berichte aus den Ausschüssen und von Beauftragten

Der **Fort- und Weiterbildungsausschuss**, der wegen der weiter nicht vollzogenen Trennung zwischen Fort- und Weiterbildung mit acht Personen besetzt ist, berichtete von seiner Arbeit an einer Sachverständigenordnung für die PKSH, die die Qualifikation zur

Erbringung von Sachverständigengutachten regeln soll. Mit Erörterung und Beschlussfassung durch die Kammerversammlung sei im Sommer dieses Jahres zu rechnen.

Frau Rosin berichtete, dass Herr Sattarzadeh und sie im Dezember als **PiA-Sprecherin bzw. PiA-Sprecher** benannt worden seien und stellte sich kurz den Mitgliedern der Kammerversammlung vor.

Austausch zur geplanten Weiterbildung für Psychotherapeutinnen

Zunächst informierte Herr Borchers die Anwesenden über die Grundzüge der geplanten neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für nach neuem Recht Approbierte. Es schloss sich eine ausführliche und sehr konstruktive Diskussion zur MWBO im Allgemeinen, aber auch zur Umsetzung in Schleswig-Holstein an.

Thematisiert wurden u.a. die Fragen der Dauer der Weiterbildung, der Bedeutung einer angemessenen Vergütung während der Weiterbildung sowie die Bedeutung der Weiterbildungsbezugnis und der Weiterbildungsstätten. Außerdem wurden die Rolle der neuen Personalrichtlinie für die Psychiatrie und Psychosomatik und des neuen Landeskrankenhausesgesetzes in Schleswig-Holstein diskutiert.

Weiter wurde dargestellt, dass mit einer Verabschiedung des Paragrafenteils und des Kapitels „Gebiete“ im Rahmen des nächsten Deutschen Psychotherapeutentags am 23. und 24. April 2021 zu rechnen sei.

Versorgungswerk

Der Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes besteht aus drei Mitgliedern, die zuletzt im März 2017 für vier Jahre gewählt wurden. Beim virtuellen Austausch stellten sich Herr Borchers, Frau Beers, Frau Schulz und Frau Cop (ehemals Steinbrück) als Kandidatinnen und Kandidat kurz vor. Frau Schulz zog ihre Kandidatur zurück, sodass zwei Kandidatinnen und ein Kandidat zur Wahl standen. Es wurde angekündigt, dass die Wahl im Umlaufverfahren stattfinden werde.

Verschiedenes

Abschließend wurden die Vor- und Nachteile online-gestützter Psychothe-

rapieangebote diskutiert. Dabei wurde auch darauf hingewiesen, dass die Frage der Zuständigkeit bei Berufsordnungsverstößen sich derzeit in Klärung befindet.

Umlaufabstimmung

Zwischen dem 1. April und dem 29. April 2021 wurde ein schriftliches Umlaufverfahren durchgeführt. Nach vorzeitigem Eingang aller Stimmzettel konnte das Ergebnis bereits am 22. April 2021 bekannt gegeben werden: Herr Borchers, Frau Beers und Frau Cop wurden in den Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes gewählt.

Daniela Herbst
Vizepräsidentin

Virtueller Stammtisch für Ausbildungsteilnehmende

Frau Rosin und Herr Sattarzadeh, „PiA“-Sprecherin und „PiA“-Sprecher, möchten für die ausbildungsteilnehmenden Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, die sogenannten „PiA“, einen regelmäßigen und persönlichen Austausch per Videochat anbieten. Frau Rosin, Kindheitspädagogin M. A., ist tätig in der heilpädagogischen Frühförderung und seit 2018 in der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am NOKI in Kiel. Herr Sattarzadeh, Psychologe M. Sc., ist tätig als Psychologe und seit 2020 in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten am IFT. Beide wurden im letzten Jahr als „PiA“-Sprecherin und „PiA“-Sprecher gewählt und möchten sich für die Kammer betreffende Anliegen als Ansprechpartnerin und Ansprechpartner anbieten.

Von 2015 bis 2018 hatten die Vorgängerinnen einen „PiA“-Stammtisch ins Leben gerufen und dadurch eine niedrigschwellige Möglichkeit geschaffen, sich institutsübergreifend mit ihren Sorgen, Nöten und Wünschen auszutauschen. Der Stammtisch fand regelmäßig in Kiel statt und für viele Kolleginnen war es aufgrund der hohen zeitlichen Belastung im Beruf, in der Ausbildung und durch die Entfernung nach Kiel nicht möglich gewesen, daran teilzunehmen.

Durch die Erfahrungen der Kammer während der Pandemie mit Online-Konferenzen wie z. B. mit Zoom, GoToMeeting oder anderen Anbietern ist die Idee entstanden, nun einen „virtuellen PiA-Stammtisch“ ins Leben zu rufen. Damit möchten wir unseren Kolleginnen in Ausbildung eine einfachere Möglichkeit

des Austauschs mit „PiA“-Sprecherin und „PiA“-Sprecher ermöglichen.

Der Videochat soll einmal im Quartal stattfinden und hauptsächlich von Frau Rosin und Herrn Sattarzadeh durchgeführt werden. Es ist vorgesehen, dass nach Absprache mit den beiden auch Mitglieder des Vorstandes an dem Videochat teilnehmen und sich an dem Austausch beteiligen. Den ersten virtuellen Stammtisch planen wir in der zweiten Hälfte des dritten Quartals 2021. Die genauen Termine werden auf der Homepage der PKSH (www.pksh.de) veröffentlicht.

Haluk Mermer
Vorstandsmitglied

Stellenausschreibungen auf dem Schwarzen Brett

Selbstverständlich sind die Kolleginnen für ihr Beschäftigungsverhältnis und die persönliche Vertragsgestaltung mit ihren Arbeitgeberinnen selbst verantwortlich. Und mögliche Probleme, die sich daraus ergeben können, kann die Psychotherapeutenkammer meist nicht lösen. Erst jüngst zeigte sich, zu welchen Ungereimtheiten es kommen

kann. Vornehmlich traf es Kolleginnen, die in Einrichtungen auf Arbeitsstellen für Diplom-Psychologinnen und Sozialpädagoginnen tätig sind, tatsächlich jedoch im Arbeitsalltag ihre Psychotherapieausbildung nutzen und regelmäßig Patientenkontakte haben. Auch hier mussten Arbeitgeberinnen auf dem Formular zur Impfberechtigung

(Corona-Virus) die Tätigkeit und somit den regelmäßigen unmittelbaren Patientenkontakt bestätigen. Und es kam vor, dass sich Einrichtungsleitungen weigerten, diesen Umstand zu bestätigen, eben weil er der zugrunde liegenden Stellenbeschreibung (und vermutlich auch der Vergütung) widersprach. Die Impfberechtigung war danach aus-

gerichtet, welche berufliche Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird, und nicht danach, welchen Berufstitel man führt.

Nicht erst aufgrund des oben geschilderten Dilemmas hat der Vorstand nun entschieden, Stellenausschreibungen auf dem Schwarzen Brett unserer Homepage der PKS H nur noch für die Berufe Psychologische Psychotherapeutin, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie

Psychotherapeutin oder Psychotherapeut zu veröffentlichen oder an unsere Mitglieder weiterzureichen. Letztere jedoch dann nicht, wenn es sich um ein Gesuch ausschließlich nach einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten handelt. Selbstverständlich werden auch Ausschreibungen für in Ausbildung befindliche Kolleginnen veröffentlicht.

Nicht veröffentlicht werden Stellenausschreibungen für Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen. Und für

nicht statthaft halten wir Ausschreibungen von Stellen für Psychologen und Psychologinnen, bei denen dann im Nachsatz eine abgeschlossene Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Psychologischen Psychotherapeutin gewünscht wird. Derartige Stellenausschreibungen müssten sich richtigerweise direkt an die Berufliche Psychologischer Psychotherapeut oder Psychologische Psychotherapeutin wenden.

Heiko Borchers
Präsident

Meldepflicht – Meldedaten

An dieser Stelle möchten wir an die für Kammermitglieder bestehende Meldepflicht erinnern. Es fällt im Alltag der Geschäftsstelle der PKS H immer wieder auf, dass sich Mitglieder auf Umstände berufen, die uns gar nicht zuvor von ihnen gemeldet wurden. Sei es, dass Beitragseinstufungen widersprochen wird oder ein Mitglied anführt, neben seiner Angestelltentätigkeit noch eine Privatpraxis zu führen. Häufig ist irgendein Anliegen damit verbunden,

dem die Kammer zunächst gar nicht entsprechen kann, da ihr der Umstand nicht ordnungsgemäß gemeldet wurde.

Kammermitglieder, die ihren Beruf ausüben, haben gemäß Heilberufekammergesetz des Landes Schleswig-Holstein (HBKG) die Pflicht, den Melde- und Auskunftspflichten (§§ 8 und 9 HBKG) nachzukommen. Nach § 8 HBKG führen die Kammern zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben Verzeichnisse der

Kammermitglieder. Zu diesem Zweck darf die Kammer von ihren Mitgliedern umfangreiche Daten erheben und verarbeiten. Meldebögen und Bögen zu einer Änderung sind unter „Formulare zur Kammermitgliedschaft“ auf der Homepage der PKS H zum Download eingestellt.

Heiko Borchers
Präsident

Fortbildungen

Von der Normalität noch weit entfernt, aber es gibt sie wieder

Die diversen Regelungen zur Coronapandemie hatten bei psychotherapeutischen Fortbildungen zu einem weitreichenden Angebotsrückgang geführt. Nicht alle Veranstalter hatten ihre Fortbildungsangebote auf Online-Format umstellen können. Auch hatten viele Intervisionsgruppen und Qualitätszirkel ihre Treffen während der Pandemie lange Zeit ausgesetzt. Ein Notstand für Kolleginnen, die einer gesetzlichen Nachweispflicht ihrer kontinuierlichen Fortbildung unterliegen, ist dennoch nicht zu verzeichnen. Für alle wurden entgegenkommende Regelungen geschaffen und Nachweiszeiträume verlängert.

Erfreulicherweise ist nun festzustellen, dass Fortbildungen wieder verstärkt

angeboten werden. Einige Veranstalter halten dabei noch am Medium Videokonferenz fest. Die kollegialen Treffen finden zunehmend wieder in Präsenz statt. Letzteres war schon immer möglich. Die Landesverordnung zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2 erlaubt ausdrücklich Zusammenkünfte, die aus geschäftlichen, beruflichen oder dienstlichen Gründen erforderlich sind, soweit ein Hygienekonzept erstellt wird. Und aufgrund der frühzeitigen Impfberechtigung in Schleswig-Holstein sind inzwischen fast alle impfwilligen Kolleginnen mit regelmäßigem unmittelbarem Patientenkontakt vollständig geimpft. Fortbildungen im üblichen Format steht rechtlich gesehen kaum noch etwas im Wege. Lediglich der Mangel an geeigneten Veranstaltungsorten und die eigene Vorsicht veranlassen den einen oder anderen Veranstalter, doch

lieber noch an Online-Fortbildungen festzuhalten.

Viele Berufs- und Fachverbände planen ihre ab Spätsommer stattfindenden Angebote in Präsenz, sind dabei jedoch auf alternative Durchführungsformen eingestellt.

Heiko Borchers
Präsident

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo bis Fr: 09–12 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Hamburg

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Goyastr. 2d
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr und
12.30 – 15.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

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

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr
Mi 13.00 – 15.00 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Bitte beachten Sie, dass die telefonischen Sprechzeiten aufgrund der aktuellen Corona-Situation von den hier angegebenen abweichen können.

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg),
Dr. Judith Arnscheid (Baden-Württemberg),
Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Prof. Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin),
Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Kim Heinemann (Bremen), Dr. Christoph Sülz (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Dr. Linda Siefert (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Sabine Ahrens-Eipper (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Susanne Münnich-Hessel (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Björn Riegel (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (CvD) (V.i.S.d.P.)
Matthias Schmid M. A., Redakteur
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19 und -26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nord-

rhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

20. Jahrgang, Ausgabe 2/2021

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Manuskripte

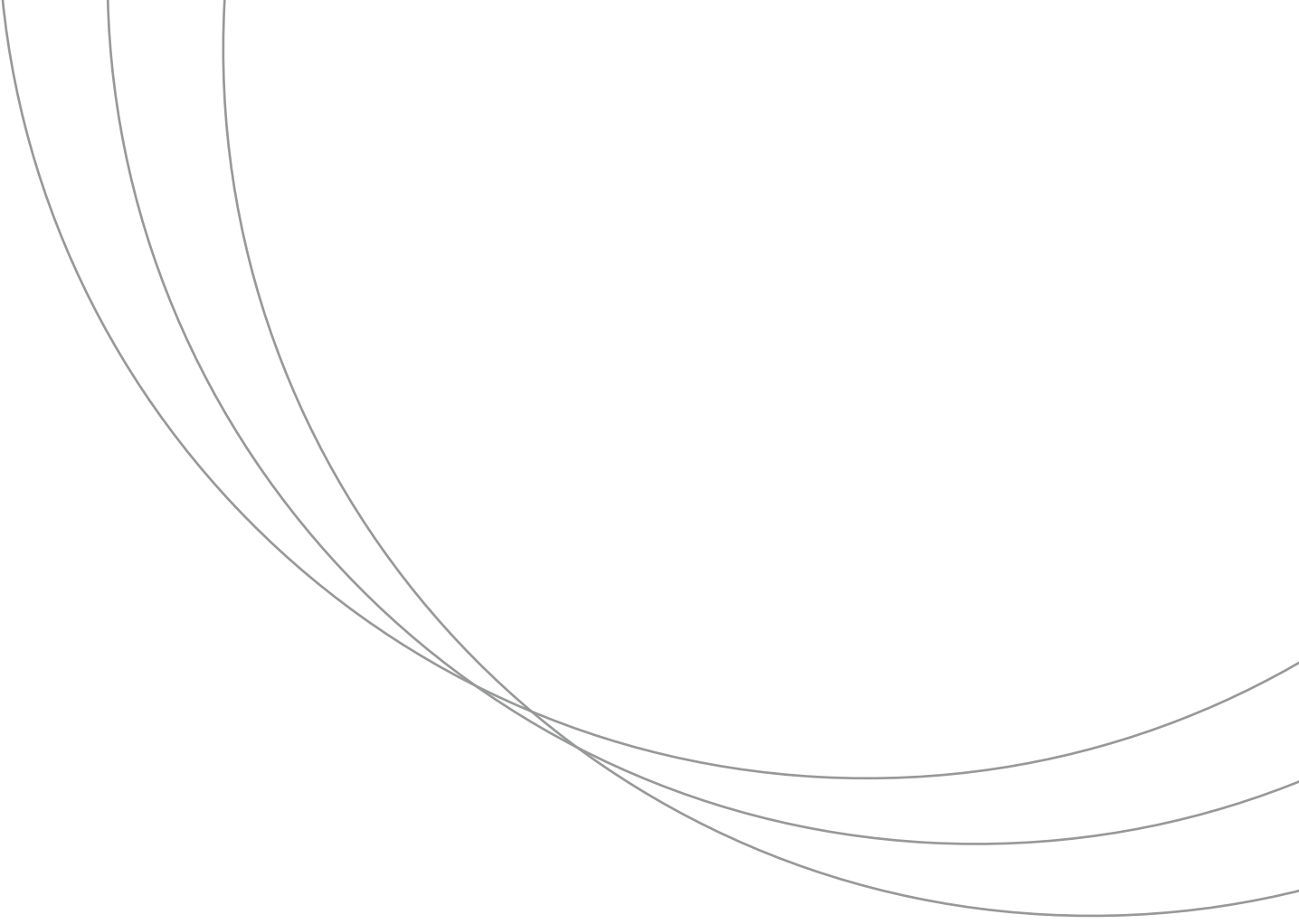
Einreichungsschluss für Ausgabe 3/2021 ist der 7. Juni 2021, für 4/2021 der 6. September 2021. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten 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.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

