

# Psychotherapeuten journal

- Die Therapiebeziehung zu Kindern und Jugendlichen im Verfahrensvergleich
- Die Arbeit mit Metaphern in der Psychotherapie
- Welchen Einfluss hat das psychische Wohlbefinden auf unser Immunsystem?
- Praktische Tätigkeit I und II in der Psychotherapeuten-  
ausbildung – Ergebnisse der PiA-Studie 2019
- Das neue Psychotherapeutengesetz:  
Ein Meilenstein für die Berufsgruppe

### **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,

diese Ausgabe fällt in eine besondere Zeit: Seit fast einem halben Jahr befinden sich nicht nur Deutschland und Europa, sondern es befindet sich die ganze Welt in einem Ausnahmezustand.

Der Redaktionsbeirat hat sich ausführlich der Frage gewidmet, wie das PTJ das aktuelle Geschehen der Pandemie aus psychotherapeutischer Perspektive aufgreifen kann. Da die Zeitschrift aufgrund ihrer Produktionsabläufe nie tagesaktuell sein kann – interner Redaktionsschluss für das Mitte Juni erscheinende Heft ist Ende April –, besteht in einer sich so dynamisch entwickelnden Situation wie der aktuellen Pandemie die Gefahr, dass sich gerade noch hoch aktuell erscheinende Fragen bis zur Auslieferung der Zeitschrift bereits selbst überholt haben und Artikel dazu veraltet erscheinen. Deshalb werden Sie erst in den nächsten Ausgaben Beiträge finden, die sich tatsächlich im Themenfeld „Corona“ bewegen. In der vorliegenden Ausgabe jedoch ein paar rückblickende Betrachtungen auf das bisherige Geschehen:

Seit Jahresbeginn stieg die Anzahl an Medienberichten zum Thema rasant an. Anfangs konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Medien weniger einer Informationspflicht nachgehen, als vielmehr das Thema Corona gierig aufgreifen, um es zu dramatisieren und damit einen Informationsbedarf erst zu schaffen – ganz nach dem Motto: „Keine Panik, aber wir machen mal eine Sondersendung!“

Wann hatten Sie erstmals das Gefühl, hier entwickelt sich etwas anderes, etwas Bedrohliches, das mit bisherigen Epidemien nicht vergleichbar ist? Waren es die Bilder aus China? Aus Italien? Die Berichte aus österreichischen Ski-gebieten? Das gespenstische Bild der

Militärlaster-Kolonnen im nächtlichen Bergamo, die die zahllosen Verstorbenen aus der Stadt bringen? Die menschenleeren Straßen von New York? Das abgesagte Fußballspiel, das ausgefallene Konzert, die stornierte Fortbildung? Oder als Sie sich selbst in Quarantäne begeben mussten, weil Sie als Kontaktperson einer Infizierten vom Gesundheitsamt identifiziert wurden? Als Ihr Berufsverband, Ihre Kammer oder KV Hygieneempfehlungen für den Kontakt mit Patientinnen veröffentlichte?

Was wir uns als Psychotherapeutinnen schon jetzt fragen sollten: Wie wirkt sich die Pandemie auf die psychische Verfassung jeder Einzelnen aus? Welche Folgen wird die Pandemie langfristig auf das gesellschaftliche und kulturelle Leben haben? Wie wird sich die wirtschaftliche Zusammenarbeit im Land und weltweit verändern? Und werden sinnvolle individuelle Verhaltensänderungen beibehalten? Antworten werden auch von uns als Profession erwartet – und unsere Arbeit als Psychotherapeutinnen ist jetzt besonders gefragt.

Zu vielen der genannten Fragestellungen laufen bereits die ersten psychologischen Studien an. Frühe Ergebnisse und erste Antworten werden vermutlich in der zweiten Jahreshälfte vorliegen.

An Ideen für interessante Artikel mangelt es also nicht. Aber zum jetzigen Zeitpunkt des Redaktionsschlusses wäre es verfrüht, eine Bewertung des weltweiten Geschehens vornehmen zu wollen. Zum Erscheinungstermin dieses PTJ befindet sich die Pandemie vermutlich noch mitten im Prozess.

Im Folgenden daher zunächst ein Überblick erster Ideen, zu welchen Frage-



stellungen Artikel in den kommenden Ausgaben möglich wären:

Wie gehen die Menschen mit dem empfohlenen Abstandsgebot oder der verordneten Isolation um? Online gibt es bereits von Kolleginnen veröffentlichte praktische Tipps für die Bevölkerung zur Bewältigung der Mobilitätseinschränkung. Diese Strategien werden überprüft und Variablen werden entdeckt werden können, die dabei erschwerend oder förderlich wirken.

Mit welchen psychischen Kurzzeit- und Langzeitfolgen ist nach der Corona-Pandemie zu rechnen? Wie gehen Patientinnen mit der Krise psychisch um? Und mit welchen Krankheitsbildern werden KJP und PP in den nächsten Wochen und Monaten konfrontiert? Manche Kolleginnen berichten von Eskalationen, andere von Milderungen der Symptomatik ihrer Patientinnen. Beispielsweise fühlen sich ängstliche Patientinnen oft deutlich besser verstanden, wenn sich plötzlich die ganze Gesellschaft ängstlich besorgt zeigt. Menschen mit Waschzwang oder Infektionsangst fühlen sich vielleicht erleichtert, wenn alle sich so regelmäßig die Hände waschen oder desinfizieren. Oder: Verursachen die andauernde gesamtgesellschaftliche Anspannung und mediale Dauerberieselung mit dem Thema Corona mehr Rückfälle oder Neuerkrankungen?

Was verändert sich im Alltag der Menschen, wenn Kinder nicht mehr zur

Schule gehen können? Kinder entwickeln aktuell häufig große Ängste, etwa nie wieder zur Schule gehen oder nie wieder mit Klassenkameradinnen zusammenkommen zu dürfen. Eltern können, vor allem in räumlicher Enge, mit den zusätzlichen erzieherischen Aufgaben überfordert sein. Ob sich daraus die befürchtete Zunahme häuslicher Gewalt aufgrund der „Quarantäne“ bewahrheitet, werden Untersuchungen zeigen – in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss im Rahmen der Diagnostik hierauf schon jetzt ein verstärktes Augenmerk liegen.

Es gibt keinen gesellschaftlichen Lebensbereich, der nicht betroffen ist: Schulen und andere Bildungseinrichtungen stellen in hohem Tempo auf Online-Unterricht um. Eltern lernen gemeinsam mit ihren Kindern, Nachbarinnen helfen einander, viele Erwerbstätige sind in Kurzarbeit. Wie wirken sich diese Veränderungen individuell, aber auch systemisch auf Paarbeziehungen und Familien aus?

Wir haben gelernt, dass es „systemrelevante“ Berufe gibt – und interessanterweise (aber nicht überraschend?) werden diese zum großen Teil von Frauen ausgeübt und schlecht bezahlt. Bis zur Corona-Krise wurde öffentlich diskutiert, wie man die Attraktivität des Pflegeberufes verbessern könnte, nachdem (wieder einmal) festgestellt wurde, dass Pflegekräfte fehlen. Auf den bereits beschlossenen Streik der Pflegenden verzichteten diese angesichts einer bevorstehenden Corona-Katastrophe. Dafür bekommen sie jetzt Applaus. Welche (psychischen) Belastungen erleiden Ärztinnen und Pflegekräfte in den Krankenhäusern, welche Ängste stehen sie aus, wie verarbeiten sie den Stress bei Entscheidungsprozessen im Rahmen der Triage? Welche Rolle spielen Struktur, Arbeitsabläufe, Sicherheit von Hygienemaßnahmen, personelle Ausstattung und Gratifikation?

Viele niedergelassene Psychotherapeutinnen standen vor der Herausforderung, den Praxisalltag zügig auf die neuen „Anforderungen“ der Pandemie

umzustellen. Kaum eine Psychotherapie-sitzung, die nicht auch das Thema Corona beinhaltete. Patientinnen, die schon unter anderen Bedingungen schlecht ihren Alltag bewältigen konnten, waren zusätzlichen Sorgen ausgesetzt: Die Ungewissheit, wie lange diese Situation andauern wird, wie sich die Arbeitsplatzsituation entwickelt oder ob Familienangehörige erkranken würden, ließen viele von ihnen – zumal vor dem Hintergrund der dramatischen Verläufe der Pandemie in anderen Ländern – verzweifeln. Nicht zuletzt, um die Versorgung all dieser Patientinnen aufrechterhalten zu können, waren und sind Psychotherapeutinnen herausgefordert, für ihren eigenen Schutz zu sorgen. Und dennoch mussten einige in Quarantäne, weil sie von auf Covid-19 positiv getesteten Patientinnen als Kontaktpersonen angegeben wurden.

Welche Erfahrungen machen die Kolleginnen mit der Videosprechstunde? Wie wurden die Grenzen der Berufsordnung verschoben? Was hat sich bewährt und will beibehalten werden, was war (oder sollte) nur kurzzeitig erlaubt (sein)?

Die Umstellung war zeitaufwendig, weil die technischen Voraussetzungen geschaffen und alle Patientinnen über die Neuerungen persönlich informiert werden mussten. Die Abrechnung dieser Leistungen war zu Beginn noch unklar, überraschend schnell wurden dann aber Lösungen auf Bundesebene gefunden. Die Patientinnen nehmen die Behandlung per Telefon und Video gut an, was sich in vertrauensvollen und tiefen Gesprächen zeigt.

Dagegen ist es aufgrund der Verschiedenheit der Strukturen schwieriger zu beschreiben, ob und wie sich die psychotherapeutische Arbeit in Krankenhäusern, Reha-Kliniken und Beratungsstellen verändert hat. In manchen Bereichen kann relativ unkompliziert auf Telefonkontakte umgestellt werden; hingegen geraten Kolleginnen in psychiatrischen Abteilungen oftmals an ihre Grenzen aufgrund der verstärkten Anforderungen bei personeller Unterbesetzung – oder aber es wurden ganze

Bereiche wegen Infektionsgefahr geschlossen.

Was hat diese Krise mit uns gemacht, persönlich, professionell, gesellschaftlich? Erstmals scheint es so, dass in vielen Teilen der Welt die Gesundheit der Bevölkerung über die „Gesundheit“ der Wirtschaft gestellt wird? Kleinunternehmerinnen, Freiberuflerinnen und Betriebe der vom Publikumszuspruch besonders abhängigen Branchen wie Gastronomie, Tourismus und Kultur kämpfen um ihre Existenz.

Was passiert da eigentlich gerade? Wir leben in einem reichen Land, in dem wir uns sicher fühlen können. Und nun sind wir konfrontiert mit etwas Unkontrollierbarem, das winzig klein ist. Plötzlich fühlen wir, dass wir nicht alles kontrollieren können, fühlen uns hilflos, und viele von uns bekommen Angst. Tatsächlich konfrontiert diese Pandemie uns alle mit unserer Sterblichkeit.

Wie bewältigt die Gesellschaft ihre Angst als Gemeinschaft? Es erscheint wie ein großes Feldexperiment. Die Pandemie fordert die Menschen in ihrer Kreativität heraus: Die häufig nicht zu Unrecht kritisierten Social Media werden von vielen Nutzerinnen sinnvoll eingesetzt, um Hilfe zu organisieren, Kontakte zu halten, nützliche Tipps für Freizeitgestaltung „in Quarantäne“ weiterzugeben oder einfach nur Freude zu verbreiten mit selbstgemachter Musik.

Was zeigt die Pandemie auch deutlich? Wohin uns die Globalisierung führt. Bereits in den letzten Jahren wurden Abhängigkeiten von im Ausland produzierten Waren deutlich: Besonders brisant wirkt sich dies bei der Herstellung von Medikamenten aus. Die Ursachen sind für Laien kaum erkennbar: Sind es Engpässe bei den Rohstoffen? Oder genügen die Herstellungsbedingungen den Qualitätsanforderungen der Pharmafirmen nicht? Die Abhängigkeiten vom Ausland haben jedenfalls dazu geführt, dass mehrere (auch lebenswichtige) Medikamente nicht geliefert wurden (darunter Antibiotika, Chemotherapeutika, Antidepressiva). Aber auch andere sicherheitsrelevante Produkte sind be-

troffen, wie man am Beispiel der Desinfektionsmittel und Hygieneschutzartikel erkennen kann.

Überhaupt macht die Corona-Krise klar: Einerseits haben wir im weltweiten Vergleich eines der besten Gesundheitssysteme. Aber: Eindeutig ist auch, dass bei einer Gesundheitsbedrohung solchen Ausmaßes Wettbewerb und Gewinnmaximierung für die Gesellschaft als Ganzes keinen Vorteil bieten und zudem ethisch nicht vertretbar sind. Hier geht es um Daseinsvorsorge. Da dürfen betriebswirtschaftliche Kriterien keine Rolle spielen – jeder einzelne Mensch muss im Vordergrund stehen.

Der Redaktionsbeirat würde sich über Erfahrungsberichte aus der Leserschaft rund um „Corona“ freuen: Sowohl Erfahrungen aus Praxis, Kliniken und Beratungsstellen wie auch erste Forschungsergebnisse sind von Interesse!

#### Zur vorliegenden Ausgabe:

Angesichts dieser weltweiten gesundheitlichen Krise mag es vielleicht profan erscheinen, sich scheinbar unbeeindruckt der Routine einer Zeitschriftenveröffentlichung zu widmen. Unsere Arbeit als Psychotherapeutinnen ist vielleicht gerade jetzt besonders gefragt. Wir sollten uns daher fachlich auf dem Laufenden halten – das vorliegende Heft bietet Ihnen hierzu einen Querschnitt der Vielfalt unserer Profession in Wissenschaft und Praxis:

Welchen Einfluss die psychotherapeutische Vertiefungsrichtung auf die Beziehungskonzepte der praktizierenden Psychotherapeuten hat, untersuchen Jana Dehmel und Maria Borcsa. Zu ihrer Therapiebeziehung zu Kindern und Jugendlichen befragten sie Kolleginnen in Ausbildung sowie approbier-

te Psychotherapeutinnen und Dozentinnen. Dabei vergleichen sie auf der umfangreichen Datensammlung die psychodynamisch orientierten mit den verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kolleginnen. Es soll festgestellt werden, ob psychodynamisch orientierte Studienteilnehmerinnen theoriekonform die emotionale Beziehung und verhaltenstherapeutisch arbeitende Kolleginnen das Arbeitsbündnis als bedeutsamer ansehen. Seien Sie gespannt und vielleicht überrascht über die Ergebnisse.

Welches ist unser hauptsächliches Werkzeug in der psychotherapeutischen Praxis? Die Sprache, das Sprechen. Rudolf Schmitt und Thomas Heidenreich befassen sich mit theoretischen Modellen zu Metaphern in der Psychotherapie und fragen: Was bedeutet ein metaphernreflexives Vorgehen in der Psychotherapie? Antworten darauf nähern sich die Autoren mit den Methoden der kognitiven Linguistik. Vor dem Hintergrund differenziert dargestellter Theorien begründen sie ein metaphernreflexives Konzept und schlagen dieses zur schulenübergreifenden Integration vor.

Überraschend aktuell erscheint angesichts der weltweiten Beschäftigung mit der Covid-19-Pandemie und der gefährdeten Gesundheit der Bevölkerung der Beitrag von Marianne Dau-Schmidt. Sie befasst sich mit der Funktion und den psychischen Variablen des Immunsystems. Dabei beantwortet sie vor allem Fragen, die Laien an die Profession stellen, und begründet ihre Antworten mit fundierten Daten. Denn nicht selten spielen im Krankheitsverständnis unserer Patientinnen Mythen und „esoterische“ Annahmen eine Rolle, die hier klarstellend erläutert werden. Abschließend werden Möglichkeiten dargestellt, die Psychotherapie in diesem Zusammenhang nutzen kann.

Wird die Reform der Psychotherapieausbildung die krasse Ausbeutungssituation in den praktischen Ausbildungsabschnitten aufheben? Rüdiger Nübling et al. berichten in sorgfältiger Analyse von den Ergebnissen einer aktuellen Online-Befragung von Ausbildungsteilnehmerinnen. Die Ergebnisse sind, trotz kleinster Verbesserungen, ernüchternd und weisen auf weiterbestehende tiefe Ungerechtigkeiten hin; von Gleichstellung mit den Ärztinnen im gleichen Weiterbildungsabschnitt sind wir hier weit entfernt. Man könnte denken, dass sich dies mit der Reform der Ausbildung zum Besseren wenden wird, war es doch ein erklärtes Ziel der Reform. Leider bleibt das Gesetz in dieser Hinsicht abstinent – überraschend und enttäuschend. Ist nach der Reform also vor der Reform? Der Beitrag liefert hierfür fundierte Argumente.

Für die BPTK kommentieren Dietrich Munz et al. die Ausbildungsreform sowie die neue Approbationsordnung, die am 1. September 2020 in Kraft tritt. Diese für unseren Berufsstand bedeutsamste Entscheidung reflektiert der Präsident der BPTK zusammen mit Nina Gott-Klein und Johannes Klein-Heßling kritisch.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und Kraft in dieser besonderen Zeit!

*Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

## Originalia 106

*Jana Dehmel & Maria Borcsa*

### **Therapiebeziehung zu Kindern und Jugendlichen. Welchen Einfluss hat die therapeutische Vertiefungsrichtung auf die Beziehungskonzepte angehender und praktizierender Psychotherapeutinnen?**

Der Artikel beschreibt die Ergebnisse einer Studie zur therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Es werden verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch ausgebildete Psychotherapeutinnen in Ausbildung, Psychotherapeutinnen sowie Dozentinnen in ihrer Sichtweise auf eine Therapiebeziehung verglichen.

114

*Rudolf Schmitt & Thomas Heidenreich*

### **Metaphernreflexives Vorgehen in der Psychotherapie**

Der Beitrag skizziert ein neueres sprachwissenschaftliches Verständnis von Metaphern und einen Vorschlag, die damit gewonnene sprachliche Sensibilität im therapeutischen Gespräch zu integrieren. Die Autoren stellen ein schulübergreifend einsetzbares metaphernreflexives Vorgehen vor.

122

*Marianne Dau-Schmidt*

### **Welchen Einfluss hat das psychische Wohlbefinden auf unser Immunsystem? Eine Darstellung am Beispiel von Krebserkrankungen**

Angesichts einschneidender Lebensereignisse stellen sich viele Menschen die Frage nach der eigenen Verantwortung für ihr Schicksal, etwa bei einer Krebserkrankung. Wäre diese bei einer gelungeneren Lebensführung vermeidbar gewesen? Der Artikel legt Schnittstellen zwischen psychischem Befinden und Immunsystem dar und erläutert die Funktionalität der Frage nach dem Selbstverschulden im Rahmen der individuellen Krankheitsbewältigung.

128

*Rüdiger Nübling, Katharina Niedermeier, Lilian Hartmann, Sophia Murzen & Rainer Petzina*

### **Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) in den Abschnitten Praktische Tätigkeit I und II – Ergebnisse der PiA-Studie 2019**

Die PiA-Studie 2019 untersucht im Rahmen einer Online-Befragung die Situation der PiA. Der Beitrag geht auf die Bedingungen von PiA in den beiden „Praktischen Tätigkeiten“ (PT I und PT II) ein.

## Hintergrund und Kommentar

138

*Dietrich Munz, Nina Gott-Klein & Johannes Klein-Heßling*

### **Die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist ein Meilenstein für die Psychotherapeutenschaft und die Versorgung psychisch kranker Menschen**

Der Beitrag zieht eine erste Bilanz der Reform der Psychotherapeutenausbildung und gibt einen Ausblick auf die Aufgaben und Herausforderungen, die mit der Umsetzung des Reformgesetzes verbunden sind.

## Rezensionen

149

### **Körperpsychotherapie prinzipien- und subjektorientiert praktizieren**

Eine Rezension von Jürgen Kriz: Geuter, U. (2019). Praxis Körperpsychotherapie. 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess.

150

### **Zur aktuellen Diskussion um eine empirisch basierte Qualitätssicherung in der Psychotherapie**

Eine Rezension von Rüdiger Nübling: Lutz, W., Neu, R. & Rubel, J. A. (2019). Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie.

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

### **151 Den Selbstwert stärken – ein universeller Therapiebaustein**

Eine Rezension von Bianca Rodenstein: Hanning, S. & Chmielewski, F. (2019). Ganz viel Wert. Selbstwert aktiv aufbauen und festigen.

### **152 Damit die Vergangenheit vergangen sein darf**

Eine Rezension von Helene Timmermann: Burchartz, A. (2019). Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Psychodynamisch verstehen und behandeln.

**154** Bundespsychotherapeutenkammer

**160** Baden-Württemberg

**164** Bayern

**168** Berlin

**172** Bremen

**176** Hamburg

**180** Hessen

**185** Niedersachsen

**188** Nordrhein-Westfalen

**190** Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

**194** Rheinland-Pfalz

**198** Saarland

**202** Schleswig-Holstein

**101** Editorial

**153** Leserbrief

**207** Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

**208** Impressum Psychotherapeutenjournal

**A1** Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

**A12** Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

#### **Hinweise:**

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

# Therapiebeziehung zu Kindern und Jugendlichen

Welchen Einfluss hat die therapeutische Vertiefungsrichtung auf die Beziehungskonzepte angehender und praktizierender Psychotherapeutinnen<sup>1</sup>?

Jana Dehmel & Maria Borcsa

**Zusammenfassung:** In vorliegender Studie wurde von zwei Schwerpunkten einer psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung zu Kindern und Jugendlichen ausgegangen, dem Konzept der *Arbeitsbeziehung* einerseits und dem Konzept der *Emotionalen Beziehung* andererseits (Kronmüller et al., 2003)<sup>2</sup>. Um die Bedeutung dieser beiden Konstrukte und ihrer relativen Gewichtung innerhalb einer Therapiebeziehung aus der Sicht der Praktikerinnen zu erfassen, wurden insgesamt 378 Fragebögen von verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch ausgebildeten Dozentinnen, praktizierenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) sowie Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) quantitativ ausgewertet. Die statistischen Resultate zeigen, dass über alle Studienteilnehmenden hinweg der Fokus auf die emotionalen Bestandteile der Therapiebeziehung gelegt wird, insbesondere wenn es um die Einordnung der Qualität der Beziehung und die Einschätzung der jeweiligen Auswirkungen auf den Therapieerfolg geht. Diesbezügliche Unterschiede zwischen Vertreterinnen konträrer psychotherapeutischer Verfahrensrichtungen finden sich nicht absolut, sondern lediglich graduell in der Gewichtung der Aspekte *Arbeitsbeziehung* beziehungsweise *Emotionale Beziehung*.

## Einleitung

Innerhalb der Psychotherapieforschung stellt seit Ende der 1970er-Jahre die therapeutische Allianz ein wichtiges Untersuchungsfeld dar (Flückiger et al., 2018). In den letzten zehn Jahren wurde deren Erforschung auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorangetrieben, selbst wenn die bisherigen Studien hier sowohl mit Blick auf die absolute Anzahl an Untersuchungen als auch auf die jeweiligen Stichprobengrößen bislang weniger aussagekräftig sind (Karver, 2018; McLeod, 2011).

Ein besonderes Interesse der Forschung richtet sich auf die Erfassung von Elementen und Merkmalen der Therapiebeziehung zwischen der Psychotherapeutin und einer Patientin im Kindes- oder Jugendalter (Kronmüller et al., 2003) sowie die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen *therapeutischer Allianz* und dem sich einstellenden *Therapieerfolg* (Karver et al., 2018; McLeod, 2011).<sup>3</sup>

Hinsichtlich der Erfassung der Therapiebeziehung mit Kindern und Jugendlichen wurden im englischsprachigen Raum unterschiedliche Messinstrumente entwickelt (für eine Übersicht siehe Karver et al., 2018), wobei die „Therapeutic Alliance Scales for Children“ (Shirk & Saiz, 1992) unter dem Namen „Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche“ (FTB-KJ) ins Deutsche übersetzt und validiert wurden (Kronmüller et al., 2003).

## Therapiebeziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Wie auch aus der Praxis bekannt, muss im Vergleich zur Erwachsenenpsychotherapie in der Psychotherapie und Beziehungsgestaltung bei Kindern und Jugendlichen einigen Rahmenbedingungen deutlich mehr Gewichtung zugesprochen werden. Einige dieser zu berücksichtigenden Aspekte sind etwa der je aktuelle Entwicklungsstand und die damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben (Katz-Bernstein, 2008), ebenso die stärkere Abhängigkeit von jungen Patientinnen vom sozialen Umfeld und einer dadurch verstärkten Beeinflussung (Dockhorn et al., 2015). Solche einzubeziehenden Umstände machen eine spezifische Anpassung der Gesprächsführung bzw. Therapiegestaltung je nach Status der Entwicklung der Patientinnen notwendig (Borg-Laufs, 2009) und erfordern einen zusätzlichen Fokus auf die Therapiemotivation (Lempp, 2016). Will man die konkrete Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung und die Erfolgchancen einer

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

3 Im Folgenden wird von „therapeutischer Beziehung“ gesprochen, auch wenn i. e. S. zwischen Allianz und Beziehung zu differenzieren ist (siehe Flückiger, 2018). Wir folgen dem Sprachgebrauch von Kronmüller et al. (2003), der „alliance“ mit „Beziehung“ übersetzt und dadurch gleichsetzt.

Psychotherapie miteinander in Verbindung bringen, weist die neuere Forschung auf die Bedeutsamkeit einer Reihe von Moderatorvariablen hin, wobei z. B. Compliance, Gender, Veränderungsmotivation, Therapiemethode, Beziehung zu Sorgeberechtigten und Diagnose dabei von besonderer Wichtigkeit sind (Karver *et al.*, 2018).

Die Diversität möglicher Perspektiven auf die Therapiebeziehung mit Kindern und Jugendlichen sowie das komplexe Zusammenwirken der moderierenden Variablen erschweren das Erstellen allgemeingültiger Konzepte. Es existieren einige generelle praktische Hilfestellungen, wie die Arbeit mit der sog. therapeutischen Haltung nach Rogers (1965) und der Zugangsmöglichkeit durch das kindliche Spiel (Höfer, 2016; Schmidtchen, 2001). Karver (2005) präsentiert ein theoretisches Modell gemeinsamer Prozessfaktoren innerhalb von Kinder- und Jugendlichentherapien.

Psychodynamische Beziehungsansätze im Kinder- und Jugendlichenbereich zeichnen sich durch die Anlehnung an Konzepte der Erwachsenentherapie aus, wobei Übertragungsprozesse sowie eine akzeptierende und empathische therapeutische Haltung als grundlegend beschrieben werden (Walter, 2015). Störungsspezifische (z. B. Scholtes, 2013) oder altersspezifische Umgangsregeln, wie die Wahrung jugendlicher Autonomie (z. B. Kernberg *et al.*, 2012), bieten hier Erweiterungen. Auch die Verhaltenstherapie bietet spezifische Beziehungsmethoden und -techniken als Handlungsempfehlungen für eine therapeutische Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen an. Beispielhaft sollen Konzepte wie Limited Reparenting, diszipliniertes persönliches Einlassen sowie die motivorientierte Beziehungsgestaltung genannt werden (Hösch, 2015).

Da zwischen verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Therapieschule unterschiedliche Auffassungen zur Gestaltung und Bedeutung einer Beziehung zu Patientinnen existieren, erscheint ein Vergleich bei praktisch tätigen bzw. angehenden Psychotherapeutinnen entgegengesetzter Verfahrensrichtungen erstrebenswert. Diese verfahrensbezogene Vergleichsachse liegt quer zur Längsachse der beruflichen Laufbahn mit ihren unterschiedlichen Stationen und Rollenerwartungen, die hier ebenfalls einbezogen werden sollen. Die Frage danach, ob Unterschiede in der Sicht auf die Beziehungsgestaltung zwischen Dozentinnen, KJP und PiA bestehen, kann hierbei zu weiteren Ergebnissen hinsichtlich des Zusammenhangs von Berufserfahrung und Beziehungsgestaltung führen.

## Ziel der Untersuchung

Diese Studie beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sich untereinander in ihrer Einstellung zu einer wirkungsvollen Beziehungsgestaltung unterscheiden. Das primäre Ziel ist die Prüfung schulenspezifischer Unterschiede: Es soll festgestellt wer-

den, ob psychodynamisch orientierte Studienteilnehmende „theoriekonform“ die emotionale Beziehung und verhaltenstherapeutisch arbeitende Studienteilnehmende das Arbeitsbündnis als bedeutsamer ansehen. Des Weiteren wurden auch einige explorative Zusatzfragen untersucht. So wurden beide Vergleichsgruppen daraufhin um ihre Einschätzung gebeten, welcher der beiden Bestandteile sich als maßgeblich für den Therapieerfolg erweisen würde. Sodann wurde der Frage nachgegangen, in welchem Stadium der eigenen beruflichen Karriere die Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung im Vordergrund stand.

## Methode

### Studiendesign

Die Untersuchung wurde als korrelative Querschnittstudie durchgeführt. Es handelt sich um eine punktuelle Meinungsabfrage, welche den Zusammenhang zwischen therapeutischer Vertiefungsrichtung und der Sichtweise auf die Beziehungsgestaltung untersuchen möchte. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS, v. a. wurden damit T-Tests bei unabhängigen Stichproben gerechnet. Als Gruppierungsvariable diente die Variable der „Vertiefungsrichtung“ mit den zwei Subgruppen „Verhaltenstherapie“ und „Psychodynamik“.

Die Datenerhebung erfolgte online über einen für die vorliegende Studie konzipierten Fragebogen. Nach Abfrage der soziodemografischen Daten „Geschlecht“, „Alter“ und „Bundesland“ folgten Items zum berufsqualifizierenden Studium, zum momentan ausgeübten Beruf, zur Therapieausbildung und eventuell vorhandener Zusatzausbildung. Anschließend teilten die Studienteilnehmenden mit, in welchem Abschnitt ihrer Berufsausbildung sie sich wie stark mit der Therapiebeziehung auseinandergesetzt haben und inwieweit sie dies als genügend empfanden.<sup>4</sup>

In das eigene Messinstrument wurde zudem der „Fragebogen zur Therapeutischen Beziehung für Kinder und Jugendliche“ (FTB-KJ) nach Kronmüller *et al.* (2003) als deutsche Übersetzung des „Therapeutic Alliance Scales for Children“ (TASC; Shirk & Saiz, 1992) integriert, welcher sich an Bordins (1979) Modell der Therapiebeziehung orientiert.<sup>5</sup>

Der FTB-KJ besteht aus zwölf Items zur Erfassung einer Therapiebeziehung einmal aus der Therapeutinnen- und einmal aus Patientinnenperspektive. Da sich diese Studie alleine mit der Sicht der Psychotherapeutinnen auseinandersetzt, wurden hier nur die Items der auf diese Gruppe bezogenen Variante des Fragebogens genutzt. Abb. 1 zeigt die zwölf Items

<sup>4</sup> Weitere Items des Fragebogens werden in dieser Darstellung aus Platzgründen nicht aufgegriffen.

<sup>5</sup> Dieser benennt drei Beziehungskomponenten: Zielübereinstimmung („goals“), Aufgabenübereinstimmung („tasks“) und interpersonelles Bündnis zwischen Psychotherapeutin und Patientin („bonds“).

der Therapeutinnenversion des FTB-KJ. Faktorenanalytisch können die Items 2, 4, 6, 8 und 11 dem Faktor *Arbeitsbeziehung* zugeordnet werden. Dem Faktor *Emotionale Beziehung* sind als positive Items 1, 5, 7 und 10, als negative Items 3, 9 und 12 zugehörig.

|          |   |
|----------|---|
| Item 1:  | Das Kind freut sich auf die Therapiestunden.                                    |
| Item 2:  | <b>Das Kind spricht über Dinge, die es beunruhigen.</b>                         |
| Item 3:  | Das Kind scheint erleichtert zu sein, wenn die Therapie-<br>stunde zu Ende ist. |
| Item 4:  | <b>Das Kind bringt Themen ein, die es ärgern.</b>                               |
| Item 5:  | Das Kind verbringt gerne Zeit mit Ihnen, der Therapeutin/<br>dem Therapeuten.   |
| Item 6:  | <b>Das Kind behält seine Probleme für sich.</b>                                 |
| Item 7:  | Das Kind zeigt Ihnen gegenüber positive Gefühle.                                |
| Item 8:  | <b>Wenn Sie nach Problemen fragen, spricht das Kind<br/>darüber.</b>            |
| Item 9:  | Das Kind würde lieber andere Dinge tun, als in Therapie zu<br>kommen.           |
| Item 10: | Das Kind betrachtet Sie als eine Verbündete/einen Verbün-<br>deten.             |
| Item 11: | <b>Das Kind spricht über Gefühle.</b>   |
| Item 12: | Das Kind möchte lieber in Ruhe gelassen werden.                                 |

Abbildung 1: Items Therapeutinnenversion des FTB-KJ (Kronmüller et al., 2003)

Gefragt wurde in der vorliegenden Studie: „Für wie wichtig halten Sie die Bedeutung der Items in Bezug auf die Qualität einer psychotherapeutischen Beziehung (unabhängig davon, ob Items Hinweise auf eine positive oder negative Beziehungsqualität beinhalten; 1 = weniger wichtig, 4 = sehr wichtig)?“ (K\_AB: Items der Arbeitsbeziehung des FTB-KJ; K\_emoB: Items der emotionalen Beziehung des FTB-KJ).

Daraufhin wurde mithilfe eines Schiebereglers erfragt, wie Teilnehmende die Bedeutung der Komponenten *Arbeitsbeziehung* und *Emotionale Beziehung* in einer Therapiebeziehung *relativ* zueinander verteilen würden („Wie würden Sie die Komponenten einer psychotherapeutischen Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufteilen? Bitte setzen Sie den Schieber auf der Achse an den von Ihnen gewählten Standort (prozentualer Anteil).“ (AB–EB%: Schieberegler, also Relation von Arbeitsbeziehung (AB; 0–49 %) und emotionaler Beziehung (EB; 51–100 %)). Zum Abschluss wurde auf folgende Frage zugespielt: „Welche dieser beiden Komponenten hat aus Ihrer Sicht *einen größeren Einfluss auf den Therapieerfolg* mit Kindern und Jugendlichen?“ (Entscheidungsfrage: 1 = AB und 2 = EB).

## Feldzugang und Stichprobe

Zur Gewährleistung der Anonymität wurde das Erhebungsinstrument auf der Website [www.soscisurvey.de](http://www.soscisurvey.de) durch die darauf befindliche kostenlose Software gestaltet und online bereitgestellt. Nach drei erfolgten Pretests stand der Frage-

bogen unter dem Link [www.soscisurvey.de/beziehungsgestaltung/](http://www.soscisurvey.de/beziehungsgestaltung/) vom 26. Juli 2017 bis einschließlich 31. Oktober 2017 über einen Zeitraum von 99 Tagen zur Bearbeitung zur Verfügung. Während dieser Zeit wurden neben anerkannten Ausbildungsinstituten auch die Psychotherapeutenkammern der Bundesländer sowie psychotherapeutische Dach-, Fach- und Berufsverbände separat per E-Mail darum gebeten, den Link zum Fragebogen an ihre Mitglieder zu verteilen, um eine möglichst hohe Teilnahme zu gewährleisten.<sup>6</sup> Der Rücklauf des Fragebogens lag bei N = 378 Teilnehmenden, wovon 299 (79,1 %) weiblichen und 77 (20,4 %) männlichen Geschlechts waren (siehe Tab. 1).

## Ergebnisse

### Bedeutung von Arbeitsbeziehung und emotionaler Beziehung in der Gesamtstichprobe

T-Tests mit unabhängigen Stichproben ergaben, dass sich verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch orientierte Personen, über die jeweilige Berufserfahrung hinweg betrachtet, in zwei von vier Testvariablen signifikant unterscheiden (siehe Tab. 2).

Verhaltenstherapeutinnen (M = 3.23) sprechen dem Arbeitsbündnis (FTB-KJ; s. o. Tab. 1) für die Qualität der Therapiebeziehung mehr Bedeutung zu als psychodynamisch orientierte Studienteilnehmende (M = 2.85). Die Frage nach der Bedeutung der emotionalen Beziehung zeigt eine Annäherung zwischen verhaltenstherapeutisch (M = 2.75) und psychodynamisch (M = 2.67) ausgerichteten Teilnehmenden. Im Vergleich zu ihren verhaltenstherapeutischen Kolleginnen (M = 61.25) sehen Teilnehmende aus dem psychodynamischen Bereich die Therapiebeziehung signifikant eher als emotionale (M = 67.40) an, wenn sie nach dem Verhältnis der beiden Komponenten zueinander befragt werden (siehe Tab. 2). Auffällig ist jedoch, dass *beide Gruppen* mit dem Schieberegler ein Übergewicht auf die emotionale Beziehung legen (Wert > 50). Dies spiegelt sich auch im Ergebnis, dass bei einer erfragten Entweder-Oder-Entscheidung zwischen emotionaler und Arbeitsbeziehung der erste Bereich von allen Teilnehmenden eindeutig als bedeutsamer für den Therapieerfolg angesehen wird (siehe Tab. 2).

### Verfahrensspezifische Ausbildung

Zusätzlich wurden einige Unterschiede hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der Therapiebeziehung während der Ausbildung augenfällig. Demnach sehen psychodynamisch orientierte Teilnehmende der Studie den Umfang, den die Beschäftigung mit diesem Thema während der Ausbildung eingenommen hat, auf einer Skala von 1 bis 5 als signifikant

<sup>6</sup> Die Studie erfolgte als Masterarbeit im Studiengang „Therapeutische Soziale Arbeit“ an der HS Nordhausen. An dieser Stelle möchten wir uns für die Bemühungen und positiven Rückmeldungen der Kammern und Verbände sowie für die rege Teilnahme bedanken.

| Variablen   | Ausprägungen  | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit in Prozent |
|---|---|---------------------|--------------------------------|
| Geschlecht  | Weiblich  | 299                 | 79,1 %                         |
|   | Männlich  | 77                  | 20,4 %                         |
|   | Ohne Angabe   | 2                   | 0,5 %                          |
| Alter   | 20-29 Jahre   | 28                  | 7,4 %                          |
|   | 30-39 Jahre   | 135                 | 35,7 %                         |
|   | 40-49 Jahre   | 78                  | 20,6 %                         |
|   | 50-59 Jahre   | 92                  | 24,3 %                         |
|   | > 59 Jahre  | 45                  | 11,9 %                         |
| Studium<br>(Mehrfachnennung möglich)                    | Psychologie   | 118                 | 31,2 %                         |
|   | Soziale Arbeit/Sozialpädagogik                            | 117                 | 31,0 %                         |
|   | Pädagogik/ Erziehungswissenschaft                         | 140                 | 37,0 %                         |
|   | Sonderpädagogik   | 14                  | 3,7 %                          |
|   | Medizin   | 1                   | 0,3 %                          |
|   | Sonstiges   | 36                  | 9,5 %                          |
| Therapeutische Vertiefungsrichtung                      | Verhaltenstherapie  | 150                 | 39,1 %                         |
|   | Psychodynamische Therapien                                | 216                 | 57,1 %                         |
|   | Beides  | 6                   | 1,6 %                          |
|   | Andere  | 4                   | 1,1 %                          |
|   | Ohne Angabe   | 2                   | 0,5 %                          |
| Tätigkeitsbeschreibung<br>(Mehrfachnennung möglich)     | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin                 | 222                 | 58,7 %                         |
|   | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Ausbildung   | 73                  | 19,3 %                         |
|   | Dozentin Ausbildungsinstitut                              | 54                  | 14,3 %                         |
|   | Andere: Dozentinnen an Universitäten bzw. Lehrbeauftragte | 28                  | 7,5 %                          |
|   | Andere  | 1                   | 0,2 %                          |
| Setting (Mehrfachnennung möglich)                       | Ambulant  | 335                 | 88,7 %                         |
|   | Stationär   | 33                  | 8,7 %                          |
|   | Teilstationär   | 25                  | 6,6 %                          |
| Geografische Einteilung der Tätigkeiten                 | Süddeutschland  | 171                 | 45,2 %                         |
|   | Westdeutschland   | 89                  | 23,6 %                         |
|   | Norddeutschland   | 67                  | 17,7 %                         |
|   | Ostdeutschland  | 51                  | 13,5 %                         |
| Alter der Patientinnen (Mehrfachnennung möglich)        | Säuglinge und Kleinkinder                                 | 8                   | 2,1 %                          |
|   | Vorschul- und Schulkinder                                 | 207                 | 54,8 %                         |
|   | Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren                     | 311                 | 82,3 %                         |
|   | Heranwachsende  | 105                 | 27,8 %                         |
| Durchschnittlicher Kontakt zu einer Patientin pro Woche | Weniger als 1 Stunde                                      | 32                  | 8,5 %                          |
|   | 1-2 Stunden   | 208                 | 55,0 %                         |
|   | 3-10 Stunden  | 43                  | 11,4 %                         |
|   | 11-20 Stunden   | 38                  | 10,0 %                         |
|   | Mehr als 20 Stunden                                       | 57                  | 15,1 %                         |

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

| Testvariablen   | Ausbildung                 | Mittelwert | p-Wert |
|---|----------------------------|------------|--------|
| Arbeitsbeziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend<br>(K_AB)  | Verhaltenstherapie         | 3.23       | <.001  |
|   | Psychodynamische Therapien | 2.85       |        |
| Emotionale Beziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend<br>(K_emoB)  | Verhaltenstherapie         | 2.75       | .177   |
|   | Psychodynamische Therapien | 2.67       |        |
| Wie würden Sie die Komponenten einer psychotherapeutischen Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufteilen?<br>AB 0 – EB 100<br>(Schieberegler. Relation von AB und EB; AB–EB%) | Verhaltenstherapie         | 61.25      | .002   |
|   | Psychodynamische Therapien | 67.40      |        |
| Welche Komponente hat Ihrer Meinung nach größeren Einfluss auf den Therapieerfolg?<br>AB 1<br>EB 2<br>(Entscheidungsfrage)  | Verhaltenstherapie         | 1.87       | .251   |
|   | Psychodynamische Therapien | 1.91       |        |

Tabelle 2: Testvariablen in Abhängigkeit von Vertiefungsrichtung

Legende: AB–EB%: Relation von Arbeitsbeziehung (AB, 0–49 %) und emotionale Beziehung (EB, 51–100 %); K\_AB: Items der Arbeitsbeziehung des FTB-KJ; K\_emoB: Items der emotionalen Beziehung des FTB-KJ

| Auseinandersetzung mit der Therapiebeziehung in den Ausbildungsabschnitten |   |   |                               |
|--|---|---|-------------------------------|
| Ausbildungsabschnitt   | Verhaltenstherapeutische Ausbildung<br>(Mittelwert) | Psychodynamische Ausbildung<br>(Mittelwert) | Signifikanz (Vergleich VT-PD) |
| Studium  | 1.93  | 2.30  | <.001                         |
| Ausbildungsseminare  | 2.87  | 3.36  | <.001                         |
| Praktische Tätigkeit während der Ausbildung                                | 3.5   | 3.66  | .016                          |
| Fortbildungen  | 2.70  | 3.08  | <.001                         |
| Praktika   | 2.97  | 2.96  | .926                          |

Tabelle 3: Auseinandersetzung mit Therapiebeziehung während des Ausbildungsweges je nach Vertiefungsrichtung

höher an als verhaltenstherapeutisch ausgebildete Personen ( $M(PD) = 3.99$ ;  $M(VT) = 3.45$ ;  $t(321.18) = -5.463$ ;  $p < .001$ ).

Dies wird vom Befund unterstützt, dass psychodynamisch orientierte Studienteilnehmende in höherem Maße als die verhaltenstherapeutische Vergleichsgruppe das Gefühl hatten, sich in ihrem beruflichen Werdegang intensiv mit der Thematik der therapeutischen Beziehung auseinandergesetzt zu haben. Dieser Unterschied erweist sich in Bezug auf nahezu sämtliche Abschnitte einer psychotherapeutischen Ausbildung als signifikant (siehe Tab. 3).

## Berufserfahrung und Rolle in der Therapielandschaft

Dozentinnen, Psychotherapeutinnen und Ausbildungsteilnehmende unterschiedlicher Vertiefungsrichtungen weichen nur in wenigen Testvariablen zur Erfassung therapeutischer Beziehung signifikant voneinander ab. Das Arbeitsbündnis erfährt erneut insgesamt eine höhere Bedeutungszuschreibung durch verhaltenstherapeutisch geschulte Studienteilnehmende.

Dennoch wurden nur bei sechs von zwölf Testvariablen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Arbeits- und emotionalen Beziehungsaspekte in der therapeutischen Beziehung gefunden (siehe Tab. 4). Betrachtet man Dozentinnen gegensätzlicher Vertiefungsrichtungen im Vergleich zueinander, so erhält man signifikante Unterschiede bei der Beantwortung der Frage, zu wie viel Prozent eine Therapiebeziehung aus Arbeits- und emotionaler Beziehung besteht. Demnach sehen verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Dozentinnen gegenüber ihren psychodynamischen Kolleginnen das Arbeitsbündnis als bedeutsamer für die Therapiebeziehung an.

Betrachtet man praktizierende KJP hinsichtlich dieser Variablen, so bestehen signifikante Unterschiede zwischen Angehörigen verschiedener Verfahrensschulen bei exakt denselben Variablen wie bei der Gruppe der Dozentinnen. Die Einschätzungen von PiA unterscheiden sich bei den FTB-KJ-Faktoren *Arbeitsbeziehung* und *Emotionale Beziehung* signifikant, allerdings *nicht* bei der Beurteilung des Verhältnisses von emotionaler Beziehung und Arbeitsbeziehung für die Qualität einer therapeutischen Beziehung. Dieser Unterschied manifestiert

| Testvariablen   | Beruf & Ausbildung | Mittelwert     | p-Wert |
|---|--------------------|----------------|--------|
| Wie würden Sie die Komponenten einer psychotherapeutischen Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufteilen?<br>AB 0 – EB 100 (AB–EB%) | Doz, VT<br>Doz, PD | 61.74<br>72.59 | .014   |
| Arbeitsbeziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend<br>(K_AB)  | Doz, VT<br>Doz, PD | 3.22<br>2.84   | .005   |
| emotionale Beziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend (K_emoB)   | Doz, VT<br>Doz, PD | 2.79<br>2.74   | .644   |
| Welche Komponente hat Ihrer Meinung nach größeren Einfluss auf den Therapieerfolg?<br>AB 1<br>EB 2<br>(Entscheidung)                  | Doz, VT<br>Doz, PD | 1.88<br>1.84   | .580   |
| Wie würden Sie die Komponenten einer psychotherapeutischen Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufteilen?<br>AB 0 – EB 100 (AB–EB%) | KJP, VT<br>KJP, PD | 6.69<br>66.97  | .021   |
| Arbeitsbeziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend (K_AB)   | KJP, VT<br>KJP, PD | 3.21<br>2.89   | <.001  |
| Emotionale Beziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend (K_emoB)   | KJP, VT<br>KJP, PD | 2.74<br>2.74   | .937   |
| Welche Komponente hat Ihrer Meinung nach größeren Einfluss auf den Therapieerfolg?<br>AB 1<br>EB 2<br>(Entscheidung)                  | KJP, VT<br>KJP, PD | 1.86<br>1.92   | .225   |
| Wie würden Sie die Komponenten einer psychotherapeutischen Beziehung zu Kindern und Jugendlichen aufteilen?<br>AB 0 – EB 100 (AB–EB%) | PiA, VT<br>PiA, PD | 63.05<br>63.85 | .879   |
| Arbeitsbeziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend<br>(K_AB)  | PiA, VT<br>PiA, PD | 3.32<br>2.77   | <.001  |
| Emotionale Beziehung (FTB-KJ)<br>1 = unbedeutend<br>4 = sehr bedeutend (K_emoB)   | PiA, VT<br>PiA, PD | 2.69<br>2.45   | .041   |
| Welche Komponente hat Ihrer Meinung nach größeren Einfluss auf den Therapieerfolg?<br>AB 1<br>EB 2<br>(Entscheidung)                  | PiA, VT<br>PiA, PD | 1.90<br>1.96   | .314   |

Tabelle 4: Signifikante Unterschiede zwischen Arbeitsbereichen mit unterschiedlicher psychotherapeutischer Vertiefungsrichtung

Legende: Doz = Dozentin, KJP = Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, PiA = Psychotherapeutin in Ausbildung, VT = Verhaltenstherapie, PD = Psychodynamik

sich erst *nach* der Ausbildung und könnte somit auf einen schulispezifischen Einfluss während der Ausbildung hinweisen.

## Diskussion

Diese Studie versuchte vor allem zu ergründen, (a) ob Dozentinnen, praktizierende KJP und Ausbildungsteilnehmende unterschiedlicher Vertiefungsrichtung die Therapiebeziehung gemäß ihren jeweiligen „erlernten“ theoretischen

Grundlagen verstehen und (b) ob Unterschiede zwischen den beruflichen Statusgruppen existieren. Die Resultate legen nahe, dass die Einstellung psychodynamisch orientierter Studienteilnehmender insgesamt mehr mit den der eigenen Verfahrensausrichtung zugerechneten Auffassungen zur Therapiebeziehung übereinstimmt als diejenige verhaltenstherapeutischer Studienteilnehmender. Beide Vergleichsgruppen sehen den emotionalen Bestandteil als insgesamt bedeutsamer an, wobei verhaltenstherapeutisch arbeitende KJP im Vergleich zu psychodynamisch

orientierten Berufsgenossinnen das Arbeitsbündnis höher gewichten. Es existieren Unterschiede, die sich auf allen Ebenen der Berufserfahrung statistisch signifikant niederschlagen. Obwohl Verhaltenstherapeutinnen die Einschätzung teilen, dass die emotionale Beziehung *für den Therapieerfolg* wichtiger ist als die Arbeitsbeziehung, so denken dies die psychodynamischen Kolleginnen in einem deutlich ausgeprägteren Maße.

Überraschenderweise wurde denjenigen Items, die auf den Faktor *Arbeitsbeziehung* abzielen, schulenübergreifend eine größere Bedeutung zugewiesen als den Items des Faktors *Emotionale Beziehung*, wobei die Verhaltenstherapeutinnen einen signifikant höheren Wert über alle Berufsgrade hinweg zeigten. Gleichzeitig wählten die Teilnehmenden der Studie bei geschlossenen Fragen, also der *Entscheidung* zwischen Arbeits- und emotionaler Beziehung, durchweg eher die emotionale Komponente der Therapiebeziehung, und es bestehen hier kaum signifikante Unterschiede zwischen den Vertiefungsrichtungen.

Der Vergleich von Dozentinnen, praktizierenden Psychotherapeutinnen und Ausbildungsteilnehmenden macht ersichtlich, dass die emotionale Beziehung sowohl als der bedeutsamere Part in der Therapiebeziehung wie auch als der wirksamere Faktor für den Therapieerfolg angesehen wird. Bei den Vertreterinnen der Verhaltenstherapie existieren zwischen lehrenden, praktizierenden und in Ausbildung befindlichen KJP keine signifikanten Divergenzen hinsichtlich der Einschätzung der Beziehungsgestaltung. Anders verhält es sich bei psychodynamisch orientierten Studienteilnehmenden. Hier unterscheiden sich insbesondere die PiA und das Lehrpersonal in den Ausbildungseinrichtungen in ihren Antworten voneinander. So sehen im Bereich der psychodynamischen Verfahren Dozentinnen im Vergleich zu den Ausbildungsteilnehmenden die emotionale Beziehung als *noch bedeutsamer* für die Qualität einer Therapiebeziehung an. Folglich können die eingangs vermuteten Zusammenhänge hinsichtlich einer absoluten Präferenz für die Arbeitsbeziehung oder die emotionale Beziehung anhand vorliegender Forschungsergebnisse nicht bestätigt werden. Das gilt sowohl in Bezug auf den Vergleich zwischen Verhaltenstherapeutinnen und Psychodynamikerinnen als auch für die postulierten Unterschiede zwischen den beruflichen Statusgruppen.

Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Wahl des Studiendesigns, welches im Hinblick auf ein komplexes Konstrukt wie die Therapiebeziehung begrenzte Interpretationsmöglichkeiten zur Folge hat. Durch die quantitative Forschungsmethode konnte anhand von Selbstverbalisation ausschließlich die *Einstellung* zur Therapiebeziehung – und eben nicht deren praktische Umsetzung – untersucht werden. Somit bleibt die Frage offen, ob durch weitere Forschung, z. B. durch Beobachtung des konkreten Vorgehens im Therapieprozess, andere Resultate erzielt werden würden, zumal hier die Beachtung des Unterschiedes zwischen direktem Verhalten und der artikulierten Einstellung zum eigenen Ver-

halten entscheidend ist. In diesem Zusammenhang kann auch angenommen werden, dass Abweichungen auftreten zwischen dem, was die Teilnehmenden über eine erfolgreiche Therapiebeziehung gelernt haben, und ihrer praktischen Umsetzung dessen. Dies wäre eine mögliche Erklärung dafür, dass Verhaltenstherapeutinnen dem Arbeitsbündnis graduell mehr Bedeutung zuschreiben als Psychodynamikerinnen, jedoch die emotionale Beziehung als insgesamt bedeutsamer ansehen. Die hohe Gewichtung des Arbeitsbündnisses mag durch erworbene Theoriekenntnisse bedingt und als erwartete Antwort erwünscht sein, während die Präferenz für die emotionale Beziehung der praktischen Erfahrung entstammt.

Response-Shift-Effekte schränken die Aussagekraft bei der Beantwortung der Forschungsfrage mittels vorliegender Ergebnisse zusätzlich ein. Aufgrund der Komplexität des Konzepts der Therapiebeziehung kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Studienteilnehmende darunter dasselbe verstehen. So liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass Psychodynamikerinnen emotionale und Arbeitsbeziehung wie auch die in der Studie verwendeten Items anders definieren, bewerten und interpretieren als Verhaltenstherapeutinnen, nachdem in der Ausbildung je nach Vertiefungsrichtung unterschiedlich viel Wert auf das Vermitteln dieser Terminologien und Konstrukte gelegt wird.

Psychotherapeutinnen, die sich noch in Ausbildung befinden, ähneln sich schulenübergreifend in der Beantwortung direkter Entscheidungsfragen zur Therapiebeziehung. Mit zunehmend akkumulierter Berufserfahrung vergrößert sich der Unterschied in den Daten, und zwar entsprechend der jeweiligen Vertiefungsrichtung. Dozentinnen beantworten die Fragen zur relativen Gewichtung der beiden Komponenten der Therapiebeziehung größtenteils im Einklang mit der Theoriesicht des eigenen Verfahrens – in den psychodynamischen Verfahren tätige Dozentinnen bewerten die emotionale Beziehung so als weitaus bedeutender, als dies verhaltenstherapeutisch Lehrende tun. Eine mögliche Erklärung hierfür kann durchaus auch in Effekten der Rollenkonformität gefunden werden. So wäre auch denkbar, dass man sich mit Berufserfahrung und insbesondere der Funktion als Dozentin vermehrt Kenntnisse darüber aneignet, wie auf Fragen zur Therapiebeziehung theoriekonform und erwartungsgemäß geantwortet werden sollte, und sich diese Identifizierung mit einer Verfahrensströmung wie auch das damit zusammenhängende Wissen in der Beantwortung der Fragen widerspiegeln.

## Grenzen der vorliegenden Studie

Die Einteilung der therapeutischen Beziehung in die zwei polaren Komponenten *Arbeitsbeziehung* und *Emotionale Beziehung* vereinfacht ein vielschichtiges Phänomen auf zwei Konstrukte, auf die sich hier unter Berufung auf die Arbeiten von *Kronmüller et al.* (2003) gestützt wurde. Aus Gründen der Komplexitätsreduktion wurde auf weiterführende Differen-

zierungen verzichtet. Zugleich wurde indirekt angenommen, dass sich die Kronmüller'schen Faktoren mit den zu diesen Begriffen assoziierten Konzepten weitgehend decken. Dies ist augenscheinlich nicht der Fall und verlangt notwendigerweise nach weiterführenden Untersuchungen.

Ein weiterer Punkt: Nach statistischen Informationen der Kasenärztlichen Bundesvereinigung (2018) waren zum Jahresende 2018 insgesamt 5.892 KJP in der vertragsärztlichen Versorgung registriert. Angesichts dieser Zahl und des Portfolios an Ausbildungsinstituten in Deutschland, welche teilweise zweimal jährlich einen neuen Ausbildungskurs zur KJP anbieten und eine entsprechende Anzahl an Lehrenden und Auszubildenden aufweisen, muss die Repräsentativität der Studie mit  $N = 378$  Teilnehmenden als begrenzt betrachtet werden.

## Fazit

Die vorliegende Studie hat aufgezeigt, dass heutige Psychotherapeutinnen, Dozentinnen und Ausbildungsteilnehmende unabhängig von ihrer psychotherapeutischen Grundausbildung laut ihrer Selbsteinschätzung ihren Schwerpunkt auf emotionale Gesichtspunkte einer Therapiebeziehung legen, was *in diesem Punkt* eine Auflockerung der strengen Trennung von Therapiekonzepten nach Vertiefungsrichtung implizieren könnte. Weniger die Leitbilder der Therapieschulen als vielmehr die individuellen Bedingungen werden in den Vordergrund gerückt (Lammers, 2017). Die schulenübergreifend hohe Bedeutung der emotionalen Beziehung verweist darauf, dass bei der Gestaltung und der Bewertung der Therapiebeziehung im Hinblick auf den Therapieerfolg – zumindest bei der an dieser Studie teilnehmenden Stichprobe – eher integrativ gedacht wird.

## Literatur

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

Borg-Laufs, M. (2009). Erstkontakt und Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen. In: S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter. Lehrbuch der Verhaltenstherapie 3* (S. 183–192). Berlin: Springer.

Flückiger, C. (2018). Bedeutung der Arbeitsallianz für die Psychotherapie: Bericht einer APA-Taskforce 2018. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 119–125.

Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. & Horvath, A. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55 (4), 316–340.

Hösch, I. (2015). Beziehungs- und emotionsorientierte Techniken. In G. Esser (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 371–378). Stuttgart: Thieme.

Karver, M., De Nadai, A., Monahan, M. & Shirk, S. (2018). Meta-Analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55 (4), 341–355.

Karver, M. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7 (1), 35–51.

Katz-Bernstein, N. (2008). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zwischen Dyade und sozialer Triangulierung. Vier Beziehungsangebote. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1551–1589). Tübingen: dgvt-Verlag.

Kernberg, P., Ritvo, R. & Keable, H. (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (5), 541–557.

Kronmüller, K.-T., Hartmann, M., Reck, C., Victor, D., Horn, H. & Winkelmann, K. (2003). Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (1), 14–23.

Lammers, C.-H. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 18 (4), 324–330.

McLeod, B. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603–616.

Norcross, J. & Lambert, M. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55 (4), 303–315.



### Jana Dehmel M.A.

Hochschule Nordhausen  
Institut für Sozialmedizin,  
Rehabilitationswissenschaften und  
Versorgungsforschung  
Weinberghof 4 / Haus 32  
99734 Nordhausen  
dehmel.jana@gmail.com

Jana Dehmel M.A. befindet sich aktuell in einer Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und ist als Sozialpädagogin in der ambulanten Jugendhilfe tätig.



### Prof. Dr. Maria Borcsa

Hochschule Nordhausen  
Institut für Sozialmedizin,  
Rehabilitationswissenschaften und  
Versorgungsforschung  
Weinberghof 4 / Haus 32  
99734 Nordhausen  
borcsa@hs-nordhausen.de

Prof. Dr. Maria Borcsa ist Psychologische Psychotherapeutin (VT, Systemische Therapie), Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule Nordhausen und Gründungs- und Vorstandsmitglied am ISRV – Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung.

# Metaphernreflexives Vorgehen in der Psychotherapie

Rudolf Schmitt & Thomas Heidenreich

**Zusammenfassung:** Sprache kommt in psychotherapeutischen Kontexten eine zentrale Rolle zu. Ausgehend von diesem Gedanken stellen wir mit unserem Beitrag das besondere Potenzial von Metaphern für psychotherapeutisches Arbeiten heraus. Die theoretische Basis unseres „metaphernreflexiven“ Vorgehens bildet die kognitive Metaphertheorie von Lakoff und Johnson. Anhand einer überblicksartigen Darstellung des Metaphernverständnisses der verschiedenen Psychotherapierichtungen werden wir zeigen, dass Metaphern schulübergreifend auf gewinnbringende Weise eingesetzt werden können. Aus dieser Übersicht ergeben sich zwei grundlegend verschiedene Sichtweisen auf Metaphern: zum einen die einer umfassenden sozialwissenschaftlichen Analyse, zum anderen die (selbst metaphorische) Vorstellung von Metaphern als „Werkzeug“. Unser „metaphernreflexiver“ Vorschlag bewegt sich in der Mitte dieser beiden Pole. Anhand eines fünfschrittigen Vorgehens stellen wir vor, wie sich Metaphern in die psychotherapeutische Praxis aller Schulen integrieren lassen.

## Ein neuer Zugang zu Metaphern in der Psychotherapie

In der angelsächsischen Literatur finden sich in den letzten Jahren vermehrt Hinweise auf eine neue Zuwendung zur Sprache in Beratung und Psychotherapie. Von Anbeginn fällt auf, dass diese Überlegungen schulübergreifend angelegt sind (*Kopp, 1995*)<sup>1</sup> oder ganz heterogene Schulen berühren: So entwickeln *Stott et al. (2010)* quer durch die ICD für die kognitive Verhaltenstherapie Überlegungen zum Metapherngebrauch, während in hypnotherapeutischer Perspektive *Lawley und Tompkins (2000)* die Idee einer die Metaphern der Patientinnen<sup>2</sup> evozierenden Haltung entwickeln. Ihre Gemeinsamkeit besteht darin, die kognitive Metaphertheorie nach *Lakoff und Johnson (2018)* für das therapeutische Zuhören und Sprechen fruchtbar machen zu wollen. Für einen kleineren Teil des deutschsprachigen Diskurses ist das keine Neuigkeit, denn diese sprachwissenschaftliche Theorie ist innerhalb der Psychoanalyse bereits früh von *Buchholz und von Kleist (1997)* für die metaphernanalytische Reflexion von Psychotherapien genutzt worden. *Levold (2014)* hat auf systemischem Hintergrund die metaphorische Vorstrukturierung der Problempäsentationen von Patientinnen diskutiert, und in der akademischen Psychotherapieforschung ist die kognitive Linguistik als Analysewerkzeug auch schon angekommen (*Meili & Maercker, 2019*). Die Autoren dieses Aufsatzes haben vor Kurzem einen schulunabhängigen Vorschlag zur Reflexion des metaphorischen Sprechens in Beratung und Psychotherapie publiziert (*Schmitt & Heidenreich, 2019*).

Wir gehen davon aus, dass überall dort, wo ein gelingendes Verstehen, kognitive Einsichten und affektive Veränderungen

zu beobachten sind, mit hoher Wahrscheinlichkeit (Weiter-)Entwicklungen von metaphorischen Mustern stattgefunden haben, sie nur nicht als solche bedacht wurden. Daher verstehen wir unseren Ansatz als Reflexion der bisherigen Behandlungsformen und nicht als neue Psychotherapierichtung.

Wir werden zuerst darstellen, was in der kognitiven Linguistik als Metapher angesehen wird, und kurz auf die neueren Publikationen zu Metaphern in den verschiedenen Psychotherapierichtungen hinweisen. Im umfangreichsten Teil des Textes stellen wir unseren Ansatz des metaphernreflexiven Vorgehens vor und grenzen ihn einerseits gegen die sozialwissenschaftliche Metaphernanalyse, andererseits gegen die Idee ab, Metaphern seien ein bloßes „Werkzeug“. Wir schlagen fünf Schritte vor, in denen ein metaphernreflexives Vorgehen in die unterschiedlichen Psychotherapieverfahren integriert werden kann.

## Metaphertheorie nach Lakoff und Johnson

Die kognitive Metaphertheorie von *Lakoff und Johnson (2018)* stellt Metaphern aus der Peripherie des Deutschunterrichts ins Zentrum der Erklärung menschlicher Wahrnehmung und Kognition (zur Einführung *Schmitt et al., 2018*; als Video-

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

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

vortrag empfehlenswert: *Levold, 2011*). Sie legen eine sehr weitreichende Definition des Begriffs „Metapher“ vor:

„Das Wesen der Metapher besteht darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache bzw. eines anderen Vorgangs verstehen und erfahren können“ (*Lakoff & Johnson, 2018, S. 13*).

Gemeint ist, dass unser Verstehen darin besteht, dass wir ältere Schemata auf neuere und komplexere Sachverhalte übertragen: Es geht um die Zurückführung menschlicher Äußerungen auf ältere und älteste Muster der Erfahrung. *Lakoff und Johnson (2018)* unterscheiden dabei konkrete metaphorische Redewendungen, metaphorische Konzepte und metaphorische Schemata.

Konkrete *metaphorische Redewendungen* entsprechen genau der oben genannten Definition von Metaphern, da in diesem Verständnis Bedeutungen von einem Quellbereich auf einen Zielbereich übertragen werden. Das sind häufig unscheinbare räumliche Metaphern, „mir ist das zu dicht“, „er ist zu weit weg von mir“, oder Weg-Metaphern, „wir haben einen schwierigen Weg hinter uns“, „ich habe nichts erreicht“.

*Metaphorische Konzepte* sind in dieser ordnenden Aufzählung schon angedeutet: Sie sind der Versuch, gleichsinnige Übertragungen mehrerer metaphorischer Redewendungen in analytischer Absicht zu bündeln, zum Beispiel „das Leben ist eine quälende Strecke“, wenn sich Bilder des Wegs aus mehreren Bereichen des Lebens (Beziehungen: „wir haben einen schwierigen Weg hinter uns“; Arbeit: „ich habe nichts erreicht“) zu einem Muster verdichten lassen.

*Metapherngenerierende Schemata* schließlich sind sehr allgemeine und die ältesten Muster der vorsprachlichen Wahrnehmung, die an Piagets „sensomotorische Schemata“ (Piaget, 1978) anknüpfen: So sind die Präpositionen „in“ oder „außerhalb“ erst mit dem Wissen um ein Behälterschema als Hinweis auf eine Metaphorisierung zu deuten, wenn sie in Kontexten gebraucht werden, in denen eine wörtliche Interpretation wenig Sinn ergibt, zum Beispiel: „in sich ruhen“, „aus der Haut fahren“. Hier wird eine Person als Behälter konstruiert, eine Interpretation, die freilich schlüssiger wird, wenn später davon gesprochen wird, dass sie erst „nicht ganz dicht“ und dann wieder „verschlossener“ gewesen sei (*Schmitt, 2017*).

Ein wichtiger Befund dieser Einteilung besteht darin, dass einzelne Metaphern erst dann relevant sind, wenn sie als Dokument eines weiter verästelten metaphorischen Konzepts verstanden werden können. Dies führt zu der Einsicht, dass einzelne Metaphern nicht mit Deutungen überlastet werden dürfen. *Barkfelt (2009)* zeigt in ihrer Studie zum Erleben der

Depression, dass Menschen unterschiedliche metaphorische Muster zugleich benutzen und komplexere Ergänzungsverhältnisse zwischen metaphorischen Konzepten einer Person anzunehmen sind.

## Kognitiv-affektive Implikationen

Metaphern prägen unser Denken und Handeln vor allem durch die beiden kognitiv-affektiven Mechanismen des Hervorhebens und Versteckens. Metaphern heben bestimmte Aspekte hervor, verdeutlichen dieselben – und vernachlässigen andere Aspekte bzw. verhindern sogar deren Wahrnehmung. Ein Beispiel aus einer Studie zum Thema „Helfen“ zeigt, dass auch psychosoziale Fachkräfte zur Verdeutlichung ihres Erlebens metaphorisch denken (Schmitt, 1995, S. 201 f.): Patientinnen wurden als „bis zum Hals zugeschnürt“ beschrieben, einige hatten „dicht gemacht“. Demnach ging es in der Beratung häufig darum, sich diesem „psychischen Behälter“ zu

— „Das Wesen der Metapher besteht darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache bzw. eines anderen Vorgangs verstehen und erfahren können“ (*Lakoff & Johnson, 2018*).

nähern, etwa durch ein „sich einmischen“. Diese Behältermetapher reduziert die Komplexität der Erfahrungen auf klare Sprachbilder und ermöglicht so eine Orientierung in einem komplexen Handlungsfeld. Der Preis dafür ist jedoch, dass einzelne Aspekte hervorgehoben (im Beispiel etwa fördert die Behältermetapher die Auffassung des Helfenden als abgegrenzte Einheit) oder vernachlässigt oder ausgeblendet werden (z. B. das Arbeitsbündnis).

## Embodiment

Eine zentrale Rolle für die metaphorisch geprägte Kultur spielen für *Lakoff und Johnson (2018)* körperliche Erfahrungen: Metaphorische Konzepte und Schemata können nur gebildet werden, weil Menschen einen Körper haben und mit ihm Erfahrungen machen: „Begreifen“, „Einsehen“, „(Ge-)Hörchen“ – der sinnlich-kognitive Doppelcharakter früher Verben ist unübersehbar. Diese Sichtweise steht in starkem Kontrast zur Auffassung von Intelligenz bzw. Kognition als ausschließlich abstraktem Verarbeiten von Informationen. Es ist also anzunehmen, dass der gesamte Körper durch alte Erfahrungsschemata in kognitive Prozesse eingebunden ist (Gibbs, 2006, S. 39 f.).

## Kulturelle Differenz

Der Bezug auf den Körper könnte dazu verleiten, Metaphern als universelles Verständigungsmittel zu sehen: Die elementaren räumlichen Erfahrungen des Oben und Unten, von Hel-

ligkeit und Dunkel, von Leichtigkeit und Schwere, von Nähe und Ferne sind sicher kulturübergreifend als Metaphern für menschliches Erleben wirksam. Aber sie können auch kulturell unterschiedliche Wertungen tragen – vor allem differenziertere Sprachbilder sind Träger von Kultur. Chilton und Ilyin (1993) haben akribisch herausgearbeitet, dass Gorbatschows Metapher vom gemeinsamen europäischen Haus missverstanden wurde, denn er meinte das russische Mehrparteienhaus („dom“) mit separaten Eingängen, nicht das im Westen metaphorisch-prototypisch als Haus geltende Einfamilienhaus. Dort wurde seine Metapher als großes Näheangebot verstanden und brachte eine überraschende Entwicklung in Gang, der Gorbatschow sich selbst nicht mehr entziehen konnte. Mit solchen subtilen und doch entscheidenden metaphorischen Differenzen müssen wir auch in jeder Psychotherapiesitzung rechnen.

## Folgerungen aus der Metaphertheorie für Beratung und Psychotherapie

Metaphern werden bei *Lakoff und Johnson (2018)* als grundlegende, unsere Erkenntnis und Weltsicht strukturierende Elemente verstanden. Die moderne Beratungs- und Therapiefor schung legt nahe, dass Metaphern aus situativen Diskursmustern heraus entstehen und vom unmittelbaren Umfeld der Kommunikation geprägt sind (Schröder, 2015; Tay, 2013). Konträr zum Versuch, Sprachbilder auf eine geplante Weise in Gesprächen als „Werkzeug“ einzusetzen, wird in der Forschungsliteratur darauf hingewiesen, dass ein großer Teil des Metapherngebrauchs in Psychotherapie und Beratung nicht intentional erfolgt, also nicht gezielten Absichten entspringt. Hier wird auch verständlich, dass die „kognitive Linguistik“ nicht missverstanden werden sollte (*Schmitt, 2017*): Gemeint sind nicht ausschließlich bewusste kognitive Prozesse, sondern grundlegende metaphorische Muster, die wie das Behälterschema nicht bewusst sind. Das Verständnis von „kognitiv“ ist bei *Lakoff und Johnson (2018)* also deutlich breiter als das der „kognitiven“ Verhaltenstherapie. Angemessen ist demnach, im helfenden Gespräch eine rekonstruierende Haltung einzunehmen, die sich behutsam dem metaphorischen Denken der Patientinnen annähert. Im Folgenden möchten wir einen kurzen Überblick geben, was in den einzelnen „Schulen“ der Psychotherapie von diesem Verständnis von Metaphern schon realisiert wurde.

## Metaphern in den Schulen der Psychotherapie

### Schulenunabhängige Betrachtung von Metaphern

Früh behandelt wurde die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Metapherngebrauchs und wünschenswerten menschlichen Eigenschaften besteht: Pollio et al. (1977, S. 92 f.) fanden in diesem Sinne heraus, dass

desintegrierte Studierende sichtlich weniger Metaphern gebrauchten. Die Autoren folgerten aus ihrer Studie, dass ein breites Vokabular an Metaphern mit effektiveren Strategien korreliert, mit persönlichen Problemen umzugehen, nicht jedoch mit besonderen Begabungen. Sie stellten zudem eine ähnliche Häufigkeit in der Benutzung von Metaphern im psychotherapeutischen Prozess verschiedener Verfahren fest. *Kopp (1995)* entwickelte ein Manual für die psychotherapeutische Ausbildung, das die Sensibilität gegenüber beiläufig gebrauchter Metaphern („mein Ex-Mann bricht wie eine Lokomotive in mein Haus ein“) ernst nimmt und dann versucht, diese bildliche Szene vertieft auszuformulieren („ich bin dann bloß ein Tunnel für ihn“) und die dazugehörigen Gefühle zu explorieren. Dann nutzt Kopp eine ältere imaginative Technik, indem er die Patientinnen fragt, ob sie das Bild auch verändern möchten – und was sie am Bild ändern möchten (z. B. „ich möchte ihn entgleisen lassen“). Zuletzt erfragt er, welche Folgen die Veränderung der Metapher für das praktische Handeln haben könnte, und vertieft diese Optionen.

### Psychoanalyse

*Buchholz (1993)* hat die deutschsprachige Diskussion um die Rolle der Metaphern in der psychoanalytischen Theoriebildung und der psychotherapeutischen Praxis eröffnet. *Buchholz und von Kleist (1995)* gehen davon aus, dass die Passungen der Metaphern im Gespräch und die in Metaphern angelegten Übertragungsmuster eine große Rolle spielen: In welchen metaphorischen Mustern wird „Psychotherapie“ wahrgenommen? Wenn zum Beispiel eine Patientin eine Psychoanalyse als „Beichten“ begreift, das Berühren unangenehmer Themen als „Buße“ hinnimmt und nach der Äußerung ihrer Einfälle eine erlösende Absolution erwartet, so folgt sie dem metaphorischen Konzept: Psychotherapie ist Beichte. Umgekehrt werden Psychotherapeutinnen ebenfalls durch zentrale, oft schulenspezifische Metaphern für das Psychotherapieren geleitet. Der o. g. Aufsatz exploriert an einem Transkript einer Psychotherapiesitzung ein missglücktes Zusammenspiel der Metaphern.

In der mentalisierungs-basierten Psychotherapie nach Fonagy kommt Metaphern eine potenziell wichtige Rolle zu (Allen & Fonagy, 2009): In diesem Sinne weist Holmes (2009) Metaphern als zwangsläufig mentalisierungsfördernd aus, da sie neue mentale Strukturen seien und einen spielerischen Umgang im Übergangsraum förderten.

### Verhaltenstherapie

*Heidenreich und Michalak (2014)* zeigen, dass im Laufe der Entwicklung der Verhaltenstherapie hin zu stärker kognitiven Theorie- und Psychotherapieinhalten die Arbeit mit Metaphern zunehmend besser integrierbar ist. Metaphern werden in der kognitiven Verhaltenstherapie allerdings meist im Sinne von „Werkzeugen“ zur psychoedukativen Vermittlung zentraler Modellkomponenten eingesetzt. Seltener – allerdings bereits von Beck in den 1970er-Jahren angedacht (Beck &

Freeman, 1990) – werden sie auch im KVT-Kontext im Sinne grundlegender kognitiver Strukturen verstanden.

Die umfangreichste und aktuellste Darstellung der Nutzung von Metaphern in der kognitiven Verhaltenstherapie, die sich auch auf *Lakoff und Johnson (2018)* bezieht, leisten *Stott et al. (2010)*. Neben einem eher am Werkzeugcharakter orientierten Modell der Metaphernverwendung sind viele Beispiele patientengenerierter Metaphern zu finden.

## Personzentrierte Ansätze

Mit der Ausnahme von Oberlechner (2005) ist im deutschsprachigen Raum kein differenzierter Beitrag zur Rolle von Metaphern in den personzentrierten Ansätzen zu finden. Er skizziert als Funktionen der Metapher den Beziehungsaufbau, das Verstehen und Symbolisieren von Emotionen, die Verdeutlichung stillschweigender Annahmen, den Ausdruck von Widerstand und den Aufbau neuer gemeinsamer Bezugssysteme. Im angelsächsischen Sprachraum hat insbesondere Angus (1996) zur Diskussion beigetragen. Ihr Befund ist zunächst überraschend: In erfolgreichen Psychotherapien ist die Zahl der neuen Metaphern im Verlauf der Psychotherapie, verglichen mit nicht erfolgreichen Psychotherapien, geringer. Ihre erklärende These lautet, dass in erfolgreichen Psychotherapien Patientinnen und Psychotherapeutinnen schneller ein gemeinsames metaphorisches Konzept des Lebensproblems entwickeln. *Wickman und Campbell (2003)* haben in der Analyse von Rogers' Interview mit „Gloria“ dessen sensible Arbeiten innerhalb der Metaphorik der Patientin herausgestellt, das mit der Metapher des „Spiegels“ nur unzureichend beschrieben wird.

## Familientherapie und systemische Ansätze

Geht man bis auf Milton Erickson zurück (Rossi, 1980), dann ist eine Mischung aus feingefühligem Ernstnehmen der Metaphern der Patientinnen und strategischem Metapherngebrauch zu finden. In der späteren Familientherapie bzw. den systemischen Ansätzen sind viele Vertreterinnen eines Werkzeugverständnisses zu finden, die zum Teil rezeptartige Vorschläge und umfangreiche Sammlungen (z. B. Lindemann, 2016) der ihrer Meinung nach wirksamen Metaphern anbieten. Klar und Wolf (1997) versuchen dagegen, systemische und Familientherapie als mehrstufige Bearbeitung metaphorischer Muster zu begreifen: als Musterkonstruktion (Abstimmung Patientin/Psychotherapeutin), Musterevaluation (Thema) und Musterunterbrechung. Auch *Fischer (2003)* begreift „Metaphernreflexion als Sinn stiftendes Verfahren“ (S. 38 ff.) und entwickelt pragmatische Hinweise auf zwei Ebenen: Zunächst fördert die Dekontextualisierung der gebrauchten Metapher durch Ernstnehmen und Hervorheben den Verlust der unreflektierten Selbstverständlichkeit. Dann folgt ein „meta-

kommunikatives Thematisieren“ aus einer Erschöpfung der Metapher durch Verdinglichung, Wörtlichnahme oder Übertreibung, durch Hinweis auf Brüche und Inkonsistenzen, um dann neue Metaphern zu finden.

## Als Fazit

Quer durch alle relevanten Psychotherapieansätze sind immer wieder Bezüge auf Metaphern zu finden, und aus fast allen Richtungen lässt sich etwas lernen. Viele Ansätze sehen Metaphern als „Werkzeuge“ zur Vermittlung von Einsichten. Ihnen widersprechen vor allem Forschende, die tatsächliche Gesprächsabläufe in qualitativer Forschung rekonstruiert haben und dabei auf die gegenseitige Beeinflussung im psychotherapeutischen Gespräch durch Metaphern gestoßen sind. Diese Erfahrungen führen zu dem Schluss, dass es meist sinnvoller ist, die metaphorischen Beschreibungen der Hilfesuchenden ernst zu nehmen, zu thematisieren und weiterzuentwickeln.

— Angemessen ist es, im helfenden Gespräch eine rekonstruierende Haltung einzunehmen, die sich behutsam dem metaphorischen Denken der Patientinnen annähert. —

Im Folgenden skizzieren wir Extrempositionen des psychotherapeutischen Umgangs mit Metaphern, zwischen denen wir unser Verständnis des metaphorischen Intervenierens einbetten wollen.

## Systematische Metaphernanalyse, Werkzeuge und metaphorisches Vorgehen

Ein Blick in die einschlägige Literatur verrät, dass aus der Fülle der Publikationen zu Metaphern zwei große Gruppen hervorstechen: auf der einen Seite systematische qualitative Studien zur Metaphernanalyse psychosozialer Phänomene und auf der anderen Seite Metaphernsammlungen zum Einsatz von Metaphern in Beratung und Psychotherapie.

Die Metaphernanalyse als qualitative Auswertungsmethode hat sich in den vergangenen Jahrzehnten nach der ersten Publikation von *Lakoff und Johnson (2018)* aus vielen Einzelstudien entwickelt, die zuletzt in *Schmitt (2017)* zusammengeführt wurden. Sie stützt sich auf das Begriffsinventar der kognitiven Metapherntheorie, verbindet sie mit der Tradition einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik und entwickelt Ablaufschritte einer qualitativen Analyse. Dieses Instrumentarium ist jedoch viel zu ausführlich für die alltägliche psychotherapeutische Praxis. Der große Wert systematischer metaphernanalytischer Forschung liegt darin, dass mittlerweile viele empirische Untersuchungen vorliegen, die über unsere

Herangehensweise in Beratung und Psychotherapie informieren können – im Sinne einer Sensibilisierung für mögliche metaphorische Muster. Auf der anderen Seite haben „Metaphernsammlungen“ zwar den Vorteil, sehr schnell einsetzbar zu sein und potenziell hilfreiche Anregungen zu liefern, gleichzeitig besteht aber die Gefahr, dass Patientinnen Metaphern vorgegeben werden, die wenig mit ihrem eigenen Erleben zu tun haben.

Mit unserem Vorschlag eines „metaphernreflexiven“ Vorgehens in Beratung und Psychotherapie versuchen wir, die Stärken beider Herangehensweisen zu erhalten und sie für den beratenden und psychotherapeutischen Alltag nutzbar zu machen.

## Vorbereitungen und Interventionen des metaphernreflexiven Vorgehens

### Eine für Metaphern sensibilisierende Selbsterfahrung

Um ein „Gespür“ für Metaphern in Beratung und Psychotherapie zu bekommen, scheint es uns unabdingbar, vorab die Rolle von Metaphern im eigenen Leben kennenzulernen und zu erkunden: Wir denken in unserer eigenen Sprache, und wir versuchen, die Sprache eines anderen Menschen zu verste-

—— **„Metaphernsammlungen“ haben zwar den Vorteil, sehr schnell einsetzbar zu sein und Anregungen zu liefern, es besteht aber die Gefahr, dass Patientinnen Metaphern vorgegeben werden, die wenig mit ihrem eigenen Erleben zu tun haben.** \_\_\_\_\_

hen – durch den Filter unserer metaphorischen Konstruktionen. Hier wird deutlich, dass die Grenzen unserer Sprache auch die Grenzen unserer Welt sind (Wittgenstein, 2003, Satz 5.6). So erscheint es wichtig, sich (wenigstens teilweise) von der Verzerrung der Wahrnehmung durch die eigenen Metaphern, die als „wahre“ und „wirkliche“ Aussagen genommen werden, zu distanzieren, deren Geltungsansprüche zu relativieren und implizite Denkverbote zu umgehen. Insbesondere in den Bereichen des Selbstbilds, der Beziehungen und religiösen, weltanschaulichen oder philosophischen Rahmungen sind metaphorische Muster zu erwarten, die gelingende wie nicht gelingende Kommunikation in Beratung und Psychotherapie vorzeichnen. Diese Pflicht zur Selbstanwendung der Methode ist aus jeder Psychotherapieausbildung bekannt; für systemisch orientierte Kolleginnen mag diese Überlegung als Beobachtung zweiter Ordnung einleuchten: Die Metaphern der Psychotherapeutinnen stehen selbst zur Disposition.

Wie kann man sich nun selbst auf die Spur kommen? Ohne Auseinandersetzung mit der fachwissenschaftlichen Theorie

der Metapher scheint das kaum möglich; eine knappe Einführung liefern wir (*Schmitt & Heidenreich, 2019*), darüber hinaus halten wir zumindest das erste Buch von *Lakoff und Johnson (2018)* für eine Pflichtlektüre. Psychotherapeutinnen können dann eigene Texte (Tagebücher, Briefe, Mails, Diplomarbeit oder Thesis, Behandlungsdokumentationen etc.) im Hinblick auf ihre eigenen Metaphern untersuchen. Diese Auseinandersetzung kann natürlich allein geschehen, aber sicher helfen hier Interpretationsgruppen (nach dem Vorbild qualitativer Forschung), um sich die eigenen blinden Flecken anzuschauen. Es scheint einfacher zu sein, störende und den eigenen Denkweisen nicht entsprechende Redewendungen als Metaphern wahrzunehmen.

### Identifizieren, Auswählen und Validieren der Metaphern

Von den Vorerfahrungen mit den eigenen Metaphern sensibilisiert, geht es in der Exploration der Problembereiche der Patientinnen darum, deren metaphorische Konstruktion wahrzunehmen. In der lebendigen Situation des Gesprächs können natürlich nicht die Wort-für-Wort-Analysen der sozialwissenschaftlichen Metaphernanalyse angewendet werden, aber Psychotherapeutinnen verfügen über eine andere Möglichkeit als Forschende: Sie können das, was sie als Bild erkannt haben, zurückgeben und nachfragen, wie bildliche Redewendungen gemeint sind, sich korrigieren und ergänzen lassen. Die einfachste Methode dazu ist: Nehmen Sie das Gehörte wörtlich, zum Beispiel: „Das fällt mir schwer.“ – „Wie ‚schwer‘? Ein Kilogramm? Ein Zentner?“ Oder: „Das bringt mir nichts.“ – „Wer bringt hier wem was, und warum?“ Eine solche Konkretisierung sollte am Anfang nicht gleich

ausgesprochen werden, denn solche Interventionen setzen selbstverständlich eine gute therapeutische Beziehung voraus, da sie durchaus irritieren können (was in späteren Phasen auch intendiert ist).

Damit ist auch die Frage danach, welche Metaphern wichtig sind, schon implizit beantwortet. Es ist nicht einfach, für die verschiedenen Schulen von Beratung und Psychotherapie und für die unterschiedlichsten Kontexte und Themen Vorschläge zu machen, welche Metaphern – aus der Fülle der metaphorischen Äußerungen der Patientinnen – herausgegriffen werden sollten. Wir können daher nur ganz allgemein antworten: Zunächst sind Metaphern, die den „inneren Bezugsrahmen“ im Sinn von Rogers explizieren, in der Regel hoch relevant. In kognitiv-behavioralen Traditionen wird in diesem Kontext von der Identifikation von „Grundüberzeugungen“ oder „Schemata“ gesprochen, in tiefenpsychologischen Traditionen geht es um das Verständnis der Psychodynamik der Patientinnen, im systemischen um „Glaubenssätze“. Ein Beispiel dafür könnte die Äußerung einer depressiven Patientin sein, die mit einem tiefen Seufzer sagt, dass sie im beruflichen Kontext

„mit allem hinterher“ sei. In dieser Metapher drückt sich ein grundlegendes (und in diesem Falle biografisch verankertes) Verständnis aus, dass Anforderungen einem Lauf entsprechen, bei dem die Patientin „hinterherhinkt“ und letztlich „nur verlieren kann“.

Vor allem für den Beginn einer therapeutischen Arbeit ist es sinnvoll, die sprachlichen Konstruktionen der Patientinnen wertschätzend aufzunehmen. *Barkfelt (2009)* hat den Begriff der „Validierung“ für diesen Schritt im Anschluss an ihre Studie über Metaphern der Depression vorgeschlagen: Sie versteht darunter, die Metaphern der Patientinnen anzunehmen und ihre Implikationen zu entwickeln. Dieser Prozess etabliert eine situativ passende Arbeitsbeziehung in dreifacher Hinsicht (*McMullen, 2008*): In manchen Metaphern steht die Konstruktion des Problems im Vordergrund, in manchen wird mehr oder minder verdeckt die erwartete Hilfebeziehung angedeutet und wieder andere beziehen sich auf mögliche Problemlösungen und zur Verfügung stehende Ressourcen. Dieses Validieren sollte sensibel sein sowohl für die Bilder, die für die Behandlung selbst gebraucht werden (wird sie als Beichte, Training, Kampf, Versorgung oder Ähnliches gefasst?), als auch für die Bilder, in denen die Patientinnen sich selbst und ihr Problem schildern (*Levold, 2014*).

## Arbeiten innerhalb der Metapher

Nachdem einzelne zentrale Metaphern identifiziert, ausgewählt und validiert wurden, sodass sie ein Modell ergeben, stellt sich die Frage, wie weiter mit ihnen umzugehen ist. Aus unserer Sicht bietet sich zunächst vor allem die weitere (immanente) Elaboration der Metapher(n) an – es wird sozusagen gemeinsam ausgelotet, welche Implikationen und Assoziationen sich aus der Metapher ergeben bzw. mit ihr verbunden sind. Auch viele oben genannte Autorinnen haben darauf aufmerksam gemacht, dass weniger die Einführung einer neuen Metapher, sondern vielmehr die Ausdifferenzierung der Sprachbilder der Patientinnen eine Weiterentwicklung des Selbst- und Weltverständnisses nach sich zieht. Das Validieren hat die Bilder der Patientinnen ernst genommen und vertieft, das anschließende Arbeiten innerhalb der Metaphern nutzt sie, konkretisiert sie, findet dabei ihre Grenzen und beginnt, sie in ihrer Reichweite auch infrage zu stellen. Die Arbeit innerhalb der Metapher bedient sich verschiedener Techniken; auch sind hier unterschiedliche gedankliche Ansätze relevant. Sowohl verhaltenstherapeutische wie gesprächspsychotherapeutische Ansätze legen zunächst viel Wert auf die Konkretisierung, das heißt, sie bitten Patientinnen um genauere Angaben, was mit einer allgemeinen oder abstrakteren Formulierung gemeint ist. In unserem Fall bedeutet das, die konkreten Implikationen der metaphorischen Schemata zu erfassen und damit auch Inkonsistenzen zu explorieren, wenn diese Schemata an Widerstände und Grenzen stoßen.

Am Beispiel einer Patientin – „Ich bin in der letzten Zeit immer mehr in ein Loch gerutscht“ – wird anhand von Formulie-

rungsbeispielen das Arbeiten innerhalb der Metaphern idealtypisch vorgeführt:

- Haben Sie das schon einmal erlebt, dass Sie in ein solches Loch gerutscht sind? (Frage nach Vergleichsmöglichkeiten)
- Was könnte helfen, das Abrutschen wenigstens zu verlangsamen? (Grenzen der Metapher finden)
- Wie kommen Sie aus dem Loch wieder heraus? (Frage nach aktivem Gegenteil der Metapher)
- Wie sind Sie früher aus dem Loch wieder herausgekommen? (Frage nach Vergleichsmöglichkeiten des Gegenteils)
- Was hilft Ihnen beim Herausklettern aus dem Loch? (Frage nach Hilfsmöglichkeiten)
- Wie könnten Sie das Loch füllen, damit Sie da nicht noch einmal hineinfallen? Oder: Vielleicht hilft Ihnen eine Landkarte der Löcher, um rechtzeitig daran vorbeizugehen? (spielerische Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten)
- Sind Sie in das Loch unabsichtlich gerutscht oder haben Sie es gesucht und sind dann hinabgestiegen? (Konfrontation mit verdeckten Seiten der Metapher)
- Passt denn das Bild von dem „Loch“ für das, was passiert ist? Was passt an dem Bild, was nicht? (explizites zur Disposition stellendes Kommentieren der Metapher)

## Umdeutung und neue Nutzung der metaphorischen Schemata

Mit diesen Überlegungen sind wir im Rahmen der Metaphern der Patientinnen geblieben – bis hin zur Dekonstruktion der Metaphorik von innen heraus. Der im Folgenden vorgelegte Begriff des Umdeutens als weiterer Handlungsmöglichkeit folgt nicht der Literatur zum „Reframing“, sondern Forschungserfahrungen: In Interviewbeispielen ließ sich zeigen, dass eine spezifische Form der Umdeutung in der Lebenswelt selbst vorkommt (*Schmitt, 2002*): So gebrauchen trinkende Männer oft eine Metaphorik des Kampfs („Kampfrinker“, „einen Kasten Bier niedermachen“, Alkohol als „Nachschub“). In Interviews mit abstinent lebenden Männern lässt sich das gleiche Denkbild in der Abstinenz finden, die nun als männlich-kämpferische Höchstleistung und „täglicher Kampf“ geschildert wird. Nicht mehr das großspurig dargestellte Trinkvermögen, sondern die Abstinenz gilt als männlich-kämpferische Höchstleistung. Wir wollen dieser Vorstellung von „Umdeutung“ folgen. Diese Umdeutung der Situation, vorher als Trinker ein Held zu sein und nun als Abstinenter ebenfalls heldenhafte Stärke zu beweisen, taugt als praktischer wie theoretischer Hinweis: Metaphorische Konzepte sind tief verankerte Deutungsmuster, sind gelebter Habitus – sie können nicht einfach „dekonstruiert“ werden. Hier geht es darum, dass zentrale Metaphern nicht verändert, sondern in ihrer Relevanz für mögliche Lösungen betrachtet werden. Die Kampf-Metaphorik hat eine (temporäre) Nützlichkeit in der Anfangsphase der Abstinenz gegenüber den

Anfechtungen der Trinkgelegenheiten. In diesem Sinn kann Beratung bewirken, dass metaphorische Deutungsmuster weniger selbst- und fremdschädigend genutzt, dass sie konstruktiv gewendet werden und dass im besten Fall reflexive Distanz zu ihnen entsteht. Für die Psychotherapeutinnen stellt sich hier die Frage: Wie lässt sich das von der Patientin erstrebte Ziel in ihrer eigenen Metaphorik darstellen?

## Findenlassen und Anbieten „neuer“ Metaphern (aus alten Bestandteilen)

Zuletzt wollen wir uns mit der Frage befassen, ob bzw. unter welchen Bedingungen das Anbieten „neuer“ Metaphern im Rahmen von Beratung und Psychotherapie sinnvoll sein kann. Es liegt auf der Hand, dass für die Einführung neuer (therapeutengenerierter) Metaphern eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein muss:

- Die Psychotherapeutin muss eine klare und zutreffende Konzeption des Problems der Patientin haben („Fallkonzept“).
- Die Psychotherapeutin muss eine dazu passende und auf das Verständnis wie auch den (sub)kulturellen Hintergrund der Patientin zugeschnittene Metapher generieren – Metaphernsammlungen können dazu hilfreich, aber auch gefährlich sein („Metapher entwickeln“).
- Die Metapher muss auf eine für die Patientin nachvollziehbare Weise ins Gespräch eingeführt werden; sie muss für die Patientin bedeutsam und im Idealfall intuitiv erfassbar sein.
- Die Metapher sollte vor dem Hintergrund des Wertesystems der Patientin möglichst wenig „Reaktanzpotenzial“ bieten. Eine Patientin, die wenige Wochen zuvor eine sehr belastende Tumoroperation hatte, erfuhr noch in der Klinik, dass ihre Mutter (zu der ein enges Verhältnis bestand) verstorben ist – die Patientin fühlte sich auch Wochen danach unfähig zu trauern, sie erlebe das alles nicht so richtig. Die von psychotherapeutischer Seite angebotene Metapher, „dass Sie jetzt nicht trauern (können), hat seinen Sinn: Sie müssten sonst einen ‚Zweifrontenkrieg‘ führen“, wird nur dann anschlussfähig sein, wenn die Patientin nicht durch diese martialische Metapher abgeschreckt wird. Zu berücksichtigen dürften neben biografischen Aspek-

— Sprachliche Zurückhaltung scheint sinnvoll zu sein, bis sich ein geteiltes Sprachspiel zwischen Patientin und Psychotherapeutin entwickelt hat.

ten (ergibt die Metapher vor dem Lebenshintergrund der Patientin Sinn?) auch subkulturelle bzw. der Lebenswelt der Patientin entsprechende Aspekte sein: So mag eine Ingenieurin, die von ihrer Psychotherapeutin hört, dass sie

„seit einiger Zeit wohl nur auf zwei Zylindern läuft“, mehr damit anfangen können als eine Studienrätin für Deutsch und Englisch.

Das Anbieten neuer Metaphern birgt in der Praxis (insbesondere bei mit Metaphern unerfahrenen Beraterinnen/Psychotherapeutinnen) das Risiko des manipulierenden Überstülpens fremder Konzepte und sollte daher mit einigen Vorsichtsmaßnahmen verbunden werden. Wie sollen Metaphern, die die Schemata der Patientinnen nicht adäquat erfassen und die möglicherweise einem völlig anderen (sub)kulturellen Hintergrund entspringen, etwas bewirken außer der Erfahrung, wieder nicht verstanden worden zu sein? Metaphern bedeuten eine Welt, die nicht einfach durch eine andere ersetzt werden kann. Hier liegt auch die Skepsis begründet gegenüber Sammlungen angeblich hilfreicher Metaphern, die einen allzu vereinfachten Weg des Einsatzes von Metaphern suggerieren. Wie alle wirksamen Interventionen weist auch die Arbeit mit Metaphern ihre „Risiken und Nebenwirkungen“ auf. Probleme sind insbesondere dann zu erwarten, wenn die Patientinnen sehr instabil sind: So reagierte auf der psychiatrischen Aufnahmestation eine Patientin, welche die Psychotherapeutin um Geld gebeten hatte, worauf diese gesagt hatte, sie sei völlig „abgebrannt“, mit Panik und versuchte, die „verbrannte“ Psychotherapeutin zu löschen. Sprachliche Zurückhaltung scheint also sinnvoll zu sein, bis sich ein geteiltes Sprachspiel entwickelt hat.

Abschließend sei wiederholt: Dieser einfache Vorschlag eines fünfteiligen Rahmens des Intervenierens mit Metaphern impliziert keine eigene „Metaphern-Therapie“, sondern ein sprachsensibles, durch qualitative Forschung informiertes Vorgehen, das sich in die einzelnen Psychotherapieformen zwanglos integrieren lassen sollte, wie es *Kopp (1995)* schon vorgeführt hat.

## Ausblick auf Varianten bei diversen Erkrankungen

Es wäre jetzt verlockend, einmal quer durch die ICD-10 zu gehen und bei jeder Gruppe von Phänomenen psychischer Desorganisation die bisherigen pragmatischen Metaphernangebote wie qualitative Studien zu dem Thema zu versammeln. Natürlich gibt es auch viele metaphorische Muster wie das des Kampfes, die störungsübergreifend wirksam sind (und das auch jetzt die dominierende Metapher des Umgangs mit dem Corona-Virus ist). Aber das würde den Rahmen dieses Aufsatzes deutlich überdehnen; wir belassen es mit einem Verweis auf das letzte große Kapitel unseres Buchs (*Schmitt & Heidenreich, 2019*), in dem wir dies versucht haben. Es ist ein unabgeschlossenes Kapitel, denn zum Teil gibt es bei einigen Störungen noch keine qualitati-

ven (ergibt die Metapher vor dem Lebenshintergrund der Patientin Sinn?) auch subkulturelle bzw. der Lebenswelt der Patientin entsprechende Aspekte sein: So mag eine Ingenieurin, die von ihrer Psychotherapeutin hört, dass sie

ven Studien, bei anderen (z. B. Depressionen) recht viele. Wir möchten daher anregen, dass die Analyse der Metaphern in Abschlussarbeiten psychotherapeutischer Ausbildungen vermittelt und geübt wird.

## Literatur

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

Barkfelt, J. (2009). Bilder aus der Depression. Metaphorische Episoden über depressive Episoden (2. Aufl.). Konstanz: Hartung-Gorre.

Buchholz, M. B. (1993). Einleitung. In M. B. Buchholz (Hrsg.), *Metaphernanalyse* (S. 7–14). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Buchholz, M. B. & v. Kleist, C. (1997). Szenarien des Kontakts. Eine metaphernanalytische Untersuchung stationärer Psychotherapie. Gießen: Psycho-sozial Verlag.

Fischer, H. R. (2003). Metaphern – Sinnreservoir der Psychotherapie. Von Metapherntheorien zur Metaphernreflexion. *Familiendynamik*, 28 (1), 9–46.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2014). Metaphern in der (Kognitiven) Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 41 (4), 915–921.

Kopp, R. R. (1995). *Metaphor Therapy. Using Client-Generated Metaphors in Psychotherapy*. Bristol: Brunner/Mazel.

Lakoff, G. & Johnson, M. (2018). *Leben in Metaphern* (9. Aufl.). Heidelberg: Auer [Orig.: 1980. *Metaphors we live by*. Chicago, IL: University of Chicago Press].

Levold, T. (2011). *Problem, Störung, Krankheit, Metaphern in der Psychotherapie*, DVD. Müllheim/Baden: Auditorium Netzwerk.

Schmitt, R. (2017). *Systematische Metaphernanalyse als Methode der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.

Schmitt, R. & Heidenreich, T. (2019). *Metaphern in Psychotherapie und Beratung. Eine metaphernreflexive Perspektive*. Weinheim: Beltz.

Schmitt, R., Schröder, J. & Pfaller, L. (2018). *Systematische Metaphernanalyse. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.

Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P. M., Lavender, A. & Cartwright-Hatton, S. (2010). *Oxford Guide to Metaphors in CBT: Building Cognitive Bridges*. Oxford: Oxford University Press.

Wickman, S. A. & Campbell, C. (2003). An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversation with Gloria. *Journal of Counseling & Development*, 81 (2), 178–184.



## Prof. Dr. Rudolf Schmitt

**Korrespondenzadresse:**  
Hochschule Zittau/Görlitz  
Fakultät für Sozialwissenschaften  
Brückenstr. 1 – G 1  
02826 Görlitz  
[r.schmitt@hszg.de](mailto:r.schmitt@hszg.de)

Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych. Rudolf Schmitt ist Professor für Forschungsmethoden, Beratung und Behandlung und Soziale Arbeit mit psychisch kranken Menschen an der Hochschule Zittau/Görlitz. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Entwicklung der Metaphernanalyse als sozialwissenschaftliches Forschungsverfahren.



## Prof. Dr. Thomas Heidenreich

Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych. Thomas Heidenreich hat die Professur „Psychologie für Soziale Arbeit und Pflege“ an der Hochschule Esslingen inne. Seine Forschungsschwerpunkte sind achtsamkeitsbasierte Verfahren und kognitiv-behaviorale Interventionen in Beratung und Psychotherapie.

# Welchen Einfluss hat das psychische Wohlbefinden auf unser Immunsystem?

Eine Darstellung am Beispiel von Krebserkrankungen

Marianne Dau-Schmidt

**Zusammenfassung:** Angesichts einschneidender Lebensereignisse stellen sich viele Menschen die Frage nach der eigenen Verantwortung für ihr Schicksal, so auch im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Wäre die Erkrankung bei einer gelungeneren Lebensführung vermeidbar gewesen? Diese Frage kann aufgrund des versteckten Schuldvorwurfs für Betroffene viel Druck verursachen, dabei bestätigen die bisherigen Forschungsergebnisse die These nicht, dass ein glückliches Leben das Krebsrisiko reduziert. Der Artikel legt Schnittstellen zwischen psychischem Befinden und Immunsystem dar und erläutert die Funktionalität der Frage nach dem Selbstverschulden im Rahmen der individuellen Krankheitsbewältigung.

In Zeiten der Globalisierung müssen wir uns nicht nur mit der Verteilung von Gütern und Geld auseinandersetzen, sondern leider auch mit der Verbreitung übertragbarer Krankheiten, die aufgrund der weltweiten wirtschaftlichen Verflechtungen und der damit verbundenen steigenden Reisetätigkeit immer schneller erfolgt. Schutz durch Eindämmung in Form einer Quarantäne, wie es im Mittelalter bei Pest-Epidemien üblich war, hat schon damals nicht zufriedenstellend funktioniert und ist heute noch deutlich schwieriger zu erreichen, wie wir am Beispiel von AIDS, Vogelgrippe, SARS oder aktuell bezüglich des Corona-Virus feststellen müssen. Auch sauberes Wasser, Händewaschen und sogar Impfen bieten keinen hundertprozentigen Schutz, da viele Krankheitserreger sehr wandlungsfähig sind und die Herstellung der Impfstoffe großen zeitlichen Vorlauf benötigt. Trotz aller modernen medizinischen Möglichkeiten brauchen wir ein starkes Immunsystem, um in einer Welt voller wandlungsfähiger Mikroorganismen bestehen zu können.

Wie wir wohl alle aus eigener Erfahrung wissen, ist dies aber nicht zu allen Zeiten gegeben. Auch durchschnittlich gesunde Menschen kennen Phasen verminderter Abwehr und erkranken an Infektionen oder Tumoren. Die Medizin unterscheidet zwischen primären und sekundären Immunschwächekrankheiten. Bei der primären Immunschwäche handelt es sich um eine anlagebedingte, also genetische Schwäche des Immunsystems. Hierbei kann der Körper grundsätzlich nicht adäquat auf Krankheitserreger reagieren. Eine andere Form dysfunktionaler Abwehr ist die Allergie. Dabei richtet sich die Abwehr auf den eigenen Organismus. Die Verbreitung von Allergien liegt bei etwa 20 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland (Bergmann et al., 2016). Laut Daten aus den USA wird die Prävalenz für einen klinisch relevanten angeborenen Immundefekt dagegen auf einen Wert zwischen 1:1.200 und

1:2.000 geschätzt (Boyle & Buckley, 2007), tritt also eher selten auf. Zum Vergleich: Die Inzidenz, als Erwachsener im Alter von 40 bis 79 Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden, liegt in Deutschland bei 4,7 Prozent, also etwa 9000-mal so hoch (Gößwald et al., 2013).

Neben der genetischen Disposition spielen die Art der Krankheitserreger, die allgemeine körperliche Verfassung und sicherlich die hygienischen Verhältnisse eine Rolle, warum ein Mensch erkrankt oder nicht. Beobachtungen und Forschungsergebnisse weisen auf, dass die psychische Verfassung ebenfalls eine Rolle dabei spielt, ob unser Immunsystem stark oder geschwächt ist.

## Wie greifen das psychische Befinden und das Abwehrsystem unseres Körpers ineinander?

Unser Immunsystem arbeitet ohne unsere willentliche Steuerung, also autonom und ohne dass wir es überhaupt bemerken. Wie also kann unser psychisches Befinden darauf Einfluss nehmen? Wo ist die Schnittstelle zwischen Psyche und Immunsystem? Einen Zugang zur Antwort auf diese Frage eröffnet am ehesten der Fokus auf die einzelnen Determinanten, die auf die menschliche Psyche Einfluss nehmen: Dazu zählen sowohl körperliche Bedürfnisse wie Hunger, Müdigkeit, sexuelle Erregung u. a. als auch die Ausschüttung und der Abbau von Hormonen, die Stimulation durch die Sinnesorgane und schließlich kognitive Aspekte wie Erwartungen, Einstellungen, Ziele, Gedanken, Erfahrung, Interpretationen usw. Spätestens seit der James-Lange-Theorie der Körperreaktionen (Rosenzweig et al., 2001) gilt es als gesichert, dass sich auch das Verhalten (Motorik, Mimik, Gestik ...) auf das Befinden auswirkt.

## Schlaf spielt eine bedeutende Rolle

Eine zentrale Rolle in diesem komplexen System stellt der Schlaf für das Immunsystem dar. Während des Schlafes werden im Knochenmark immunkompetente weiße Blutzellen gebildet. Im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass diese Zellen das Wachstum von Tumoren verlangsamen und die vielfältigen hormonellen Effekte von Stress reduzieren. Umgekehrt beeinflussen die immunkompetenten Zellen die Qualität des Schlafes, indem sie die sogenannten Interleukine bilden, die wiederum schlafanstoßende Wirkung haben (Birbaumer & Schmidt, 2003)<sup>1</sup> (Abbildung 1).

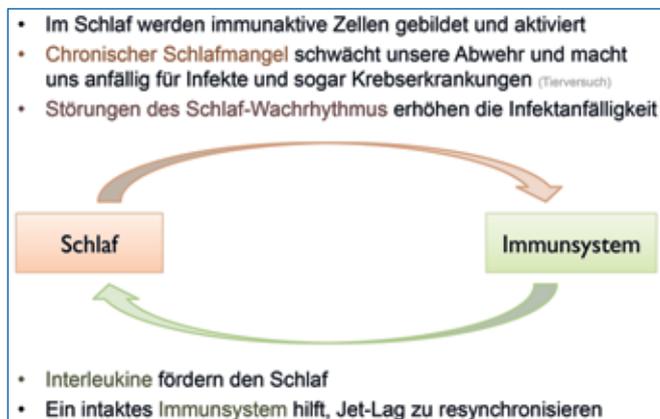


Abbildung 1: Wechselwirkungen von Schlaf und Immunsystem

## Und unsere Gefühle?

Interessanter noch als der Einfluss des Schlafes ist jedoch die Frage, welche Rolle unsere Gefühle auf die Abwehrkräfte spielen. Durch die Elevation des autonomen Nervensystems in Organe und Strukturen des Immunsystems – wie Thymus, Milz, Knochenmark, Lymphknoten und Lymphgewebe des Magen-Darmtraktes – sowie die direkten Kontakte zwischen freien Nervenendigungen und im Gefäßsystem oder im Gewebe befindlichen Lymphozyten gibt es hier viele Schnittstellen. Darüber hinaus besitzen Lymphozyten und Makrophagen teilweise dieselben Rezeptoren für Transmitter, wie sie im autonomen Nervensystem verwendet werden (Katecholamine, Acetylcholin, Substanz P, Vasoaktives Intestinales Peptid, Neuropeptid Y und verschiedene andere Neuromodulatoren). Durch den Einfluss dieser Substanzen auf die Eng- oder Weitstellung der Blutgefäße steuern die Botenstoffe des autonomen Nervensystems auch indirekt die Bewegung der Immunzellen. Ebenso gibt es einen umgekehrten Kommunikationsweg, denn Lymphokine und Interleukine werden von Immunzellen gebildet und nehmen Einfluss auf die Nervenendigungen des autonomen Nervensystems. Auch kann das Immunsystem Neurotransmitter herstellen.

Bezogen auf den Einfluss von Gefühlen bedeutet dies Folgendes: Da Gefühle immer mit einer Reaktion des autonomen Nervensystems einhergehen, etwa Gänsehaut, Erröten, beschleunigter Herzschlag, Veränderung der elektrodermalen

Aktivität usw., haben sie einen stärkenden wie auch einen hemmenden Einfluss auf das Immunsystem.

Wie groß kann dieser Einfluss sein und auf welche Erkrankungen wirkt er sich aus? Diese Frage erhält eine besondere Relevanz für Patientinnen<sup>2</sup> mit schweren Erkrankungen wie Krebs. Gerade hier sehen sich Betroffene häufig mit der Überlegung konfrontiert, ob sie durch eine falsche Lebensweise den Ausbruch oder Verlauf der Erkrankung erst ermöglicht oder begünstigt haben.

## Der Einfluss von Stress und Depression

Aber können nun Stress und Depressionen wirklich Krebs oder andere Krankheiten verursachen und kann Lach-Yoga diese heilen? – Natürlich nicht! Dass unsere Gefühle auf das Immunsystem wirken, bedeutet zunächst einmal, dass eine Korrelation, keine Kausalität (!), vorliegt. Auch glückliche Menschen erkranken und unglückliche Menschen können gesund alt werden. Hier gilt es, differenzierter hinzuschauen: In Abhängigkeit von der ausgeschütteten Menge von (Gefühls-)Hormonen können diese im Immunsystem gegensätzliche Immunreaktionen auslösen. Die tatsächliche Wirkungsrichtung ist letztlich abhängig von der Intensität und der Dauer des Erlebens (Abbildung 2).



Abbildung 2: Stärkender und hemmender Einfluss der Gefühle auf das Immunsystem

Im Hinblick auf Stress ist hinreichend belegt, dass in der ersten Stressphase („fight or flight“) die Immunreaktion unterdrückt wird. Mittelfristig gemäßigte Anforderungen, der sogenannte Eustress, aktivieren das Immunsystem. Langfristige Überforderung bei mangelnden Regenerationsphasen dagegen laugt die Speicher aus und schwächt die Krankheitsabwehr ebenso wie die Leistungsfähigkeit (Selye, 1978) (Abbildung 3).

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

<sup>2</sup> 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.

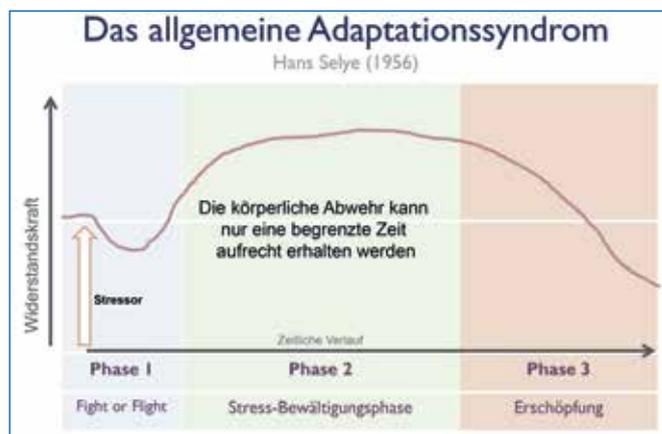


Abbildung 3: Der Einfluss von Stress auf das Immunsystem – das allgemeine Adaptationssyndrom nach Selye (1978)

Darüber hinaus wird angenommen, dass chronischer Stress die Apoptose, also den natürlichen, vorprogrammierten Zelltod, reduziert. Die Zellen leben länger und die Wahrscheinlichkeit für Gendefekte steigt alleine dadurch, dass die Zellen mit einer längeren Lebensdauer längere Zeit schädlichen Umwelteinflüssen ausgesetzt sind, womit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Krebserkrankungen einhergeht. Harte Schicksalsschläge, wie der Verlust eines geliebten Menschen, führen zu einer allgemeinen Erhöhung der Krankheitshäufigkeit (Ader et al., 2001). Erstmanifestationen und Verschlechterungen chronischer Erkrankungen werden häufig in zeitlicher Folge von unbewältigten negativen Lebensereignissen beobachtet (Abbildung 4).

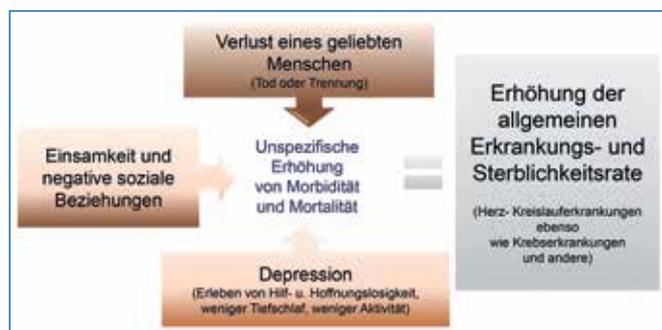


Abbildung 4: Der Einfluss von Schicksalsschlägen auf den menschlichen Organismus

Es ist noch ungeklärt, ob sich der Einfluss von Schicksalsschlägen auf unseren Organismus sogar an die nachfolgende Generation vererben lässt. Doch auch wenn die Mechanismen der Epigenetik bislang nur unzureichend verstanden sind, ist bekannt, dass Umwelt- und Ernährungsfaktoren zu epigenetischen Modifikationen führen, welche ihrerseits die Krebsentstehung beeinflussen.

### Auch unsere Lernfähigkeit spielt eine Rolle

Einen weiteren, nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf unsere Abwehrkräfte verdanken wir unserer Fähigkeit zu lernen. Bereits in den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts

wurden erlernte Reaktionen in Bezug auf das Immunsystem beschrieben (Metalnikow & Chorine, 1926), blieben aber lange unbeachtet. Erst seit Ader und Cohen (1985) diese Beobachtung in Experimenten mit Ratten wissenschaftlich untersuchten, sind mehr als 100 Untersuchungen erschienen, die die Konditionierbarkeit einer Vielzahl von unterschiedlichen Immunreaktionen zeigen konnten. Sowohl Anstieg als auch Abfall der Immunkompetenz verschiedener Zellgruppen sowie auch die Lernbarkeit der Abstoßungsreaktion auf körperfremdes Gewebe wurden inzwischen nicht nur bei verschiedenen Tierarten belegt, sondern auch beim Menschen. Natürliche Killerzellenaktivität, Lymphozytenwachstum und -vermehrung, verschiedene Immunglobuline, Helfer- und Suppressorzellen, arthritische Entzündungen und andere Reaktionen unseres Immunsystems sind durch Lernprozesse beeinflussbar (Birbaumer & Schmidt, 2003; Jaén & Dalton, 2014). In diesem Zusammenhang kann auch der Placebo-Effekt gesehen werden, der sich auch bei zahlreichen Erkrankungen des Immunsystems beobachten lässt. Das eigentliche Ereignis, das die (unkonditionierte) Reaktion im Immunsystem auslöst, ist nämlich meist die Therapiesituation, in welcher sich die Expertin (Ärztin, Therapeutin) mit all ihren Fähigkeiten und Kenntnissen um die Patientin bemüht. Das Vertrauen in die Heilbehandlung löst die Immunreaktion aus. Rink et al. (2011) beschreiben Beobachtungen an Krebspatientinnen in der Chemotherapie, denen in Abständen von mehreren Wochen wiederholt ein Medikament verabreicht und dessen Wirkung in Blutproben kontrolliert wurde. Diese Kontroll-Blutuntersuchungen wurden jeweils einige Tage vor der eigentlichen Chemotherapie durchgeführt. Der Vergleich dieser (frühen) Blutproben mit Blutproben, die unmittelbar vor der Chemotherapie abgenommen wurden, zeigte einen immunrelevanten Effekt bei den Patientinnen im Krankenhaus bereits vor der Medikamentengabe.

### Welchen Einfluss hat nun das psychische Befinden auf Ausbruch und Verlauf einer Krebserkrankung?

Eine Umfrage des Krebsinformationsdienstes aus dem Jahr 2017 bei über 2.000 Patientinnen und deren Angehörigen ergab, dass mehr als die Hälfte der befragten Menschen davon überzeugt sind, dass seelische Probleme und Stress Krebs auslösen. Krebs ist aber nicht einfach ein Versagen des Immunsystems. Grundsätzlich kann das Immunsystem Tumorzellen erkennen und vernichten. Das große Problem an Krebserkrankungen ist, dass es sich bei Krebszellen um körpereigene Zellen handelt, die sich nicht immer eindeutig von gesundem Gewebe unterscheiden. Und: Tumorzellen verfügen ihrerseits über die Fähigkeit, die Immunreaktion zu hemmen und so der Immunabwehr zu entkommen. Eine allgemeine, ungezielte Stärkung des Immunsystems reicht daher zur Krebsbekämpfung in der Regel nicht aus (Krebsinformationsdienst, 2020). Der Schluss, dass Stress oder das Erleben von Hilflosigkeit Krebs auslösen können,

ist voreilig, da es bislang keine validierten Daten gibt, die eine Kausalität belegen. Zwischen psychischem Befinden und der Funktionsfähigkeit des Immunsystems gibt es einen Zusammenhang, also eine Korrelation. In Versuchen mit Nagetieren ist belegt, dass Wachstum und Entstehung von Metastasen unter der Einwirkung des Stresshormons Cortisol und dem damit einhergehenden Mangel an Melatonin beschleunigt werden (Birbaumer & Schmidt, 2003). Ergebnisse aus Tierversuchen stimmen mit Beobachtungen beim Menschen weitgehend überein (ein direkter experimenteller Nachweis verbietet sich jedoch selbstredend aus ethischen Gründen). Nun kann man aber diese Befunde nicht einfach auf Menschen übertragen. Der Rückschluss, dass es bei Menschen ebenso verlaufe wie bei Versuchstieren, ist aufgrund der viel höheren Komplexität des menschlichen Organismus umstritten. Wir wissen nicht, welche Gefühle und Erwartungen Versuchstiere tatsächlich haben, das können wir nur vermuten. Wir wissen aber, dass Menschen unter Stress ihr Verhalten ändern, weniger schlafen, mehr rauchen und trinken, weniger auf ihre Ernährung achten oder zu psychotropen Substanzen greifen. Ein weiterer Aspekt, der in Bezug auf die Frage des Einflusses bestimmter Faktoren auf das Metastasenwachstum oft nicht beachtet wird, ist die Tatsache, dass hier bereits ein Primärtumor vorliegen muss, der nach dem heutigen Stand der Wissenschaft andere Ursachen hat. Auf die Frage, ob man sich durch positives Denken vor Krebs schützen kann, hat der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums eine eindeutige Antwort:

*„Zwar kann Krankheit unglücklich machen. Unglück scheint sich jedoch umgekehrt nicht auf die Sterblichkeitsrate auszuwirken – weder auf das Risiko, an Krebs zu sterben, noch auf das Sterberisiko durch eine Reihe weiterer Erkrankungen. Deshalb gilt: Aus dem derzeit immer noch lückenhaften Wissen über seelische Einflüsse auf die Krebsentstehung lassen sich keine Rezepte für die Lebensführung ableiten.“ (Krebsinformationsdienst, 2020). Darüber hinaus gibt es keine Studien mit ausreichend großen Teilnehmerzahlen, in denen sich entsprechende Effekte nachweisen ließen (Wickert, 2020).*

## Gibt es eine „Krebspersönlichkeit“?

Auch das Konzept der „Krebspersönlichkeit“, das unter Expertinnen lange diskutiert worden ist, konnte wissenschaftlich nicht belegt werden. Diesem zufolge sollten Persönlichkeitseigenschaften wie Anpassbarkeit, Unsicherheit und eine verminderte Expression negativer Gefühle ebenso wie häufiger Ärger eine Krebsentstehung begünstigen (Abbildung 5). Doch meist handelt es sich bei Untersuchungen in Bezug auf Psyche und Krebs um retrospektive Befragungen bereits erkrankter Menschen, die sich nicht selten für ihre Erkrankung verantwortlich fühlen und rückblickend nach möglichen Ursachen und Fehlern in der Lebensführung suchen.



Abbildung 5: Die Theorie der „Krebspersönlichkeit“ („cancer-prone personality model“ nach Ader et al., 1991; aus: Schapiro et al., 2002; eigene Übersetzung und Darstellung)

## Krebsentstehung: Zusammenspiel zahlreicher Faktoren

Heute gesicherte Erkenntnisse zur Krebsentstehung belegen, dass Krebs durch radioaktive Bestrahlung und verschiedene chemische Substanzen, sogenannte Karzinogene, verursacht werden kann. Hierzu zählen etwa Asbest, Anilin, Bestandteile von Ruß, Tabak, Arsen u. a. Ein Mensch, der lange genug bestimmten Mengen dieser Stoffe ausgesetzt ist, wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit an Krebs erkranken, egal ob er ein glückliches Leben führt, Sport treibt, sich gesund ernährt, Freunde hat oder nicht. Daneben spielen eine angeborene körperliche Bereitschaft (Vererbung des Risikos, nicht der Erkrankung!) und der natürliche Alterungsprozess eine große Rolle. Auch Umweltfaktoren wie Lebensstil, Ernährung und unsere soziale Umgebung determinieren unsere Gesundheit über epigenetische Mechanismen, indem sie Einfluss auf die Regulation von Genen nehmen. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass bestimmte Krankheitserreger, zum Beispiel Viren (wie etwa HPV, Hep. B und HIV) oder Bakterien (beispielsweise bestimmte Helicobakter-Arten) so gravierend in die natürlichen Regulationsprozesse der Erbsubstanz eingreifen, dass sie die Mechanismen einer geordneten Zellvermehrung oder den vorprogrammierten Zelltod außer Kraft setzen, wodurch Krebs entsteht (Abbildung 6).



Abbildung 6: Gesicherte Ursachen für eine Krebserkrankung laut Deutscher Krebshilfe (2020) (eigene Darstellung)

Darüber hinaus gibt es unzählige Mythen und wilde Spekulationen über Krebsentstehung, weil das Geschäft mit der Angst höchst lukrativ ist. Bei vielen angebotenen Wundermitteln zur Stärkung des Immunsystems gegen Krebs handelt es sich um Mittel, deren Erfolg nicht einmal gegen Erkältungsviren belegt ist (Krebsinformationsdienst, 2020).

## Die Frage nach der Schuld

Warum aber ist die Frage nach dem eigenen Verschulden von Erkrankungen und gerade von Krebs so präsent? Ganz klar, man kann sein Immunsystem durch die falsche Lebensweise schwächen und sich unnötigen Risiken aussetzen. Insofern trägt jeder Mensch eine persönliche Verantwortung für seine Gesundheit. Hier spielt sicher auch die Persönlichkeit eines Menschen eine Rolle.

Für den unmittelbaren Einfluss psychischen Befindens auf Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen gibt es jedoch trotz zahlreicher wissenschaftlicher Studien keine Belege, die sich in großen Stichproben nachweisen lassen.

Anders verhält es sich mit dem *indirekten* Einfluss über das individuelle Gesundheitsverhalten, das wie oben beschrieben, auch durch das psychische Befinden bestimmt wird (*Dalton et al., 2002; Schapiro et al., 2002*) (Abbildung 7).

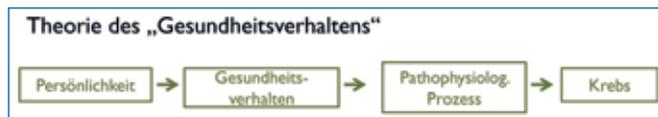


Abbildung 7: Individuelles Gesundheitsverhalten als indirekter Einflussfaktor („personality-health behavior model“ nach Smith & Gallo, 2000; aus: Schapiro et al., 2002; eigene Übersetzung und Darstellung)

Wer ein überwiegend „gesundes“ Leben führt, sich ausgewogen ernährt, sich ausreichend bewegt, soziale Kontakte pflegt usw. und dennoch erkrankt, schadet sich eher mit der Frage nach dem „Warum?“, denn sie führt immer in eine Zeit, die wir nicht mehr beeinflussen können und die wir im Nachhinein meist verzerrt beurteilen.

Nicht ohne Grund liegt der Fokus in der Psychotherapie bei Krebspatientinnen auf dem individuellen Krankheitserleben und -verarbeiten. Hier spielt die Frage nach dem persönlichen Verschulden insofern eine wichtige Rolle, als der zentrale psychologische Faktor der Schuldfrage in Bezug auf Krankheitsentstehung als Versuch gesehen werden kann, Kohärenz (*Antonovsky, 1997*) und Kontrollierbarkeit (*Grawe, 2000*) herzustellen. Die jeweilige subjektive Krankheitstheorie einer Patientin ist Teil der individuellen Krankheitsverarbeitung. Sie hat eine bedeutende Funktion bei der Aufrechterhaltung des emotionalen Gleichgewichts und der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle in einer Krankheitssituation, in der viele Betroffene einen mehr oder minder starken Verlust ihrer persönlichen Kontrolle erleben (*Wickert, 2020*). Das komplexe Krankheitsbild, die hochtechnisierten Behandlungsverfahren, die Fachsprache der Behandlerinnen, die komplexe Wirkungsweise der Medikamente und die vielen offenen Fragen zur individuellen Prognose wie auch zu möglichen unerwünschten Begleitphänomenen stellen ein äußerst bedrohliches Maß an Ungewissheit und persönlicher Machtlosigkeit für die Betroffenen dar. Die Patientinnen sind gezwungen, einen nicht unerheblichen Teil der Entscheidungen und damit ihrer Autonomie

an Menschen abzugeben, die ihnen auf persönlicher Ebene fremd sind. Dagegen eröffnet eine vermeintliche Kausalität zwischen „falscher“ Lebensweise und Krankheitsentstehung in dieser Situation eine Einflussmöglichkeit und Rückgewinnung der persönlichen Autonomie. Das Bedürfnis nach Verstehbarkeit und Kontrolle scheint bei vielen Menschen sogar dann zu überwiegen, wenn daraus Schuldgefühle resultieren. Einen Fehler kann ich vielleicht wieder gut machen, indem ich aufhöre zu rauchen, achtsamer werde oder mich künftig gesünder ernähre. Ein Schicksal ohne Sinn dagegen ist für die meisten Menschen unerträglich (*Yalom, 2010*). Die Annahme der Selbstverschuldung einer Krebserkrankung oder gar der verdienten Strafe für Fehlverhalten in der Vergangenheit stellt in gewisser Weise eine Ordnung her, in der sich das eigene Schicksal leichter einfügen lässt als in unerklärliches und damit gefühlt sinnloses Leid. Es geht dabei um Kohärenz. Die Kausalattribution ist Teil des Copings. Die Gefahr einer solchen Attribution besteht in einer widerstandslosen Fügung oder gar Lähmung, welche die Heilungskräfte schwächen kann. Die Schuldübernahme stellt eine eindeutig negative Sicht der eigenen Person dar. Ein Mensch, der davon ausgeht, dass seine Erkrankung die gerechte Folge für fehlerhaftes Verhalten in der Vergangenheit ist, wird schwerer die erforderliche Motivation aufbringen, gegen sein Schicksal anzukämpfen. Diese Motivation ist aber notwendig, um durchaus unangenehme Therapien wie Bestrahlung, Chemotherapie oder mehrfache komplizierte Operationen mit all ihren Nach- und Nebenwirkungen auf sich zu nehmen und durchzustehen. Gleichzeitig birgt die Erklärung des Selbstverschuldens die Gefahr, bewährte Verfahren der schwer kontrollierbaren, weil hochkomplexen evidenzbasierten Medizin („Schulmedizin“) abzulehnen und sich stattdessen auf vertraute und scheinbar kontrollierbare Erfahrungen des eigenen biographischen Hintergrundes zu stützen, etwa auf eine Änderung der Lebensführung oder eine ausschließliche Konzentration auf „alternative“ Heilverfahren. Angesichts einer so lebensbedrohlichen Erkrankung kann dies jedoch fatale Folgen haben.

## Was kann Psychotherapie in einer solchen Situation bewirken?

Psychotherapie kann somatische Leiden nicht heilen. Die Bewältigung schwerwiegender Erkrankungen wie etwa Krebs ist jedoch keine ausschließlich somatische Angelegenheit. Sie konfrontiert uns mit unserer Verletzlichkeit und unserer Sterblichkeit und beeinflusst erheblich unsere zwischenmenschlichen Beziehungen. Oftmals stellt sich angesichts einer solchen Erkrankung heraus, dass viele Lebenschancen nicht genutzt wurden, alte Rechnungen offen sind, Versöhnungen ausstehen oder alte Krisen nie bewältigt wurden. Gleichzeitig kann der Erkrankten bewusst werden, dass ihr die Zeit davonrennt. Auf diese existenziellen Fragen kann die Allopathie in der Regel keine Antworten liefern. Achtsamkeit, Spiritualität und Psychotherapie dagegen können helfen, Chancen wahrzunehmen, unangenehme Behandlungen zu akzeptieren, besser zu ertragen und den Blick wieder nach

vorne zu richten. Statt „Warum habe ich damals nur ...?“ sollten die Fragen lauten: „Was ist jetzt wichtig und was geht noch?“, „Was hilft mir, die bevorstehenden Therapien durchzuhalten und die unerwünschten Nebenwirkungen zu ertragen?“, „Wie kann ich die Ungewissheit aushalten?“, „Wie und wie weit kann ich meine Angehörigen einbeziehen?“ Wenn es gelingt, den Fokus auf die verbleibenden Handlungsmöglichkeiten und Perspektiven zu lenken, lassen sich dadurch das Gefühl der Autonomie zurückgewinnen und Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins reduzieren. Bewährte psychotherapeutische Behandlungsansätze gibt es in allen anerkannten Psychotherapieverfahren, ob als Krisenintervention, Ressourcenorientierung, Beziehungsklärung oder als Aufarbeitung von Erfahrungen im Zusammenhang mit der Rolle als Krebspatientin.

Und wenn die Prognose ungünstig ist? Psychotherapie, aber auch Spiritualität und additive Heilverfahren können helfen, sich der Bilanzierung, Integration und Sinnfindung des gelebten Lebens zu stellen, und schließen sich gegenseitig nicht aus. Oft muss eine Neubewertung einzelner Ereignisse vorgenommen werden. Dabei lässt es sich kaum vermeiden, dass sich auch die Behandelnden mit Fragen konfrontieren, die Ängste auslösen können.

Auf alle Fälle sollte Psychotherapie darauf ausgerichtet sein, die Bewältigung einer so gravierenden Erkrankung wie Krebs zu erleichtern, indem Schuldgefühle abgebaut beziehungsweise in Handlungsoptionen umgewandelt werden. Nichtsdestoweniger ist es eine durchaus positive Einsicht, aus Fehlern der Vergangenheit lernen, fortan schädliche Aktivitäten und Einflüsse minimieren und das Immunsystem durch verbessertes Gesundheitsverhalten stärken zu können. Auch wenn es dadurch keine Gesundheitsgarantie geben kann, so bringt ein vernünftiger Lebenswandel doch zumindest einen erheblichen Zugewinn an Bewusstheit, Lebensqualität und Stabilität.

## Literatur

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

Ader, R. & Cohen, N. (1985). CNS-immune system interactions: conditioning phenomena. *Behavioral Brain Science* 8: 379–426. In Birbaumer, N. & Schmidt, R. (Hrsg.) (2003). *Biologische Psychologie*. (Kap.4: Psychoimmunologie). Berlin: Springer.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Birbaumer, N. & Schmidt, R. (2003). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.

Dalton, S. O., Mellekjaer L. et al. (2002): Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969–1993. *American Journal of Epidemiology*. 155 (12), 1088–1095.

Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (2020). Verfügbar unter: [www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/impfen-gegen-krebs.php](http://www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/impfen-gegen-krebs.php). [12.02.2020].

Rink, L., Kruse A. & Haase, H. (2011). *Immunologie für Einsteiger*. Berlin: Springer.

Schapiro, I. R., Nielsen, L. et al. (2002). Psychic vulnerability and the associated risk for cancer. *Cancer*, 94 (12), 3299–3306.

Smith, T. & Gallo, L. (2000). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (ed.), *Handbook of health psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Wickert, M. (2020). *Tele-Akademie: Warum gerade ich? Der Umgang mit subjektiven Krankheitstheorien*. Verfügbar unter: <https://www.3sat.de/wissen/tele-akademie/tele-akademie-martin-wickert-100.html> [19.01.2020].



**Dipl.-Psych. Marianne Dau-Schmidt**

[mariannedauschmidt@gmx.de](mailto:mariannedauschmidt@gmx.de)

Dipl.-Psych. Marianne Dau-Schmidt ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und arbeitet als Bezugstherapeutin in einem Fachkrankenhaus für Akutpsychosomatik. Sie engagiert sich besonders im Rahmen der Psychoedukation und Mitarbeiterfortbildung, gibt Workshops und hält Referate zu psychologisch relevanten Themen für Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen und Interessierte.

# Psychotherapeutinnen<sup>1</sup> in Ausbildung (PiA) in den Abschnitten Praktische Tätigkeit I und II – Ergebnisse der PiA-Studie 2019

Rüdiger Nübling, Katharina Niedermeier, Lilian Hartmann, Sophia Murzen & Rainer Petzina

**Zusammenfassung:** Die PiA-Studie 2019 untersucht die Situation der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA). Die Daten wurden im Rahmen einer Online-Befragung zwischen dem 16. Mai und dem 30. Juni 2019 erhoben. Erfasst wurden neben soziodemografischen Merkmalen vor allem Daten, die sich auf die Rahmenbedingungen von PiA in den beiden sog. „Praktischen Tätigkeiten“ (PT I und PT II) sowie in der „Praktischen Ausbildung“ beziehen. Betrachtet werden insbesondere die finanziellen Gegebenheiten (Kosten der Ausbildung, Einnahmen), die Art der Tätigkeiten in den jeweiligen Ausbildungsabschnitten und die Form der Unterstützung der PiA z. B. durch Anleitung, Supervision etc. Teilgenommen haben bundesweit ca. 2.600 PiA. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die Ausbildungsbausteine PT I und PT II. Folgende Ergebnisse der Studie werden herausgestellt: 85 % der PiA sind weiblich, das Durchschnittsalter liegt bei knapp 31 Jahren; die meisten Teilnehmenden der Stichprobe kommen aus Nordrhein-Westfalen (631/24 %), Bayern (486/18 %), Berlin (333/13 %) und Baden-Württemberg (228/9 %). PiA erhalten von den Einrichtungen im Rahmen der PT I monatlich durchschnittlich rund 960 € brutto bzw. 720 € netto. Im Rahmen der PT II liegen die Verdienste um rund 100 € resp. 50 € höher. Ca. 25–30 % sind/waren nach eigener Aussage nicht sozialversichert. Knapp 40 % der PiA müssen sich mit zusätzlichen Tätigkeiten Geld zum Lebensunterhalt hinzuverdienen, fast die Hälfte (46 %) ist abhängig von der Unterstützung der Eltern, 45 % müssen auf Ersparnisse zurückgreifen und jede Fünfte ist auf die Unterstützung des Partners bzw. der Partnerin angewiesen. Im Rahmen der beiden Praktischen Tätigkeiten übernehmen PiA nahezu alle Aufgaben von Vollzeitkräften: Sie führen eigenständig Einzel- und Gruppentherapien durch, betreuen eigenverantwortlich zwischen acht (in Einzeltherapien) und 14 (in Gruppentherapie) Patientinnen, dokumentieren ihre Leistungen und schreiben Entlassungsberichte etc.

## Hintergrund

Die Finanzierung und der zeitliche Umfang der Psychotherapieausbildung stellen für einen Großteil der angehenden Psychotherapeutinnen eine erhebliche Belastung dar. Ausbildungsteilnehmende schildern Befürchtungen hinsichtlich drohender finanzieller Schwierigkeiten, zeitlicher Engpässe sowie persönlicher Überforderung, sowie Ängste vor einem verschärften Konkurrenzkampf und Konflikten in der Gruppe (Nikendei et al., 2018).<sup>2</sup> Die problematischste und am häufigsten kritisierte Phase der gesamten Ausbildung stellen die sog. Praktische Tätigkeiten dar (Busche et al., 2006; Nikendei et al., 2018; Sonntag et al., 2009). Trotz eines akademischen Abschlusses, in der Regel ein Masterabschluss oder ein Diplom, und umfassender Kompetenzen werden PiA in Kliniken häufig unentgeltlich oder ohne eine angemessene Vergütung eingesetzt (Hölzel, 2006; Klein-Schmeink, 2017; Mösko, 2006; Strauß et al., 2009). Dabei arbeiten sie wie in einer Vollbeschäftigung und behandeln eigenverantwortlich Patientinnen. Die unregelmäßige, ausbleibende oder unangemessen niedrige Vergütung (Lindel, 2016) führt bei den Ausbildungsteilnehmenden dazu, dass diese sich missbraucht (Sonntag et al., 2009) und extrem belastet fühlen (Koch, 2017; Morbitzer et al., 2005).

Neben der finanziellen Situation wird außerdem ein Mangel an freien Plätzen in Einrichtungen kritisiert (Nikendei et al., 2018). Aufgrund der ungebrochen großen Nachfrage besteht für Kliniken derzeit in vielen Regionen keine Notwendigkeit zur Anpassung bzw. Erhöhung der Vergütung (Lindel, 2016). Ein weiteres Problem während der Praktischen Tätigkeiten ist die bei zahlreichen PiA fehlende rechtliche Absicherung. Knapp 75 % der Ausbildungsteilnehmenden sind als Praktikantinnen angestellt, rund 40 % sind weder sozial- noch berufshaftpflichtversichert (Klein-Schmeink, 2017). Darüber hinaus wird im Rahmen der Praktischen Tätigkeiten die Diskrepanz zwischen niedriger Vergütung einerseits und einem ebenso breiten wie anspruchsvollen Aufgabenspektrum andererseits betont (Glaesmer et al., 2009; Hölzel, 2006; Klein-Schmeink, 2017; Strauß et al., 2009). In einer Erhebung zur Situation der PiA gab fast die Hälfte der Ausbildungsabsolventinnen an, eigene Bereiche unter fachlicher Anleitung übernommen zu haben, knapp 40 % führten

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

derartige Aufgaben gar ohne fachliche Anleitung aus (Glaesmer et al., 2009). Häufig stehen Qualität und Umfang von Anleitung bzw. Supervision v. a. in der PT I und PT II in keinem hinreichenden Verhältnis zu den verantwortungsvollen Tätigkeiten, die PiA vollbringen müssen (Busche et al., 2006; Klein-Schmeink, 2017). Diese Ergebnisse stimmen mit denen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung (Strauß et al., 2009) überein. Insgesamt führen 65 % der Befragten Einzelpsychotherapien und ca. 55 % Gruppenpsychotherapien eigenständig durch. Im Rahmen der PT II zeigten sich ähnliche Verhältnisse. Zur Finanzierung des Lebensunterhaltes während der Ausbildung sind viele PiA von einem Nebenerwerb abhängig, was meist zu einer Verlängerung der Ausbildungszeit führt und eine erhebliche Zusatzbelastung darstellt (Ditterich & Winzer, 2003). Darüber hinaus ist über die Hälfte der PiA auf Ersparnisse, fast jede Zweite auf die Unterstützung von Eltern, jede Vierte auf den Partner bzw. die Partnerin angewiesen. Nur knapp 40 % sind in der Lage, ihre Ausbildung zumindest zum Teil mit aus der Ausbildung selbst gewonnenen Mitteln zu finanzieren (Busche et al., 2006; Hölzel, 2006; Klein-Schmeink, 2017; Sonntag et al., 2009). Trotz der prekären Situation von PiA gibt es keinen Mangel an neu ausgebildeten Psychotherapeutinnen. Immer mehr Studierende entscheiden sich nach einem Studium der Psychologie oder eines pädagogischen Faches für eine Psychotherapieausbildung (Siegel, 2013). Die referierten Befunde beziehen sich größtenteils auf die Zeit des Forschungsgutachtens (Strauß et al., 2009) oder davor. Lediglich die Erhebungen der Bundespsychotherapeutenkammer (2014a) sowie von Klein-Schmeink (2017) sind aktueller, wenn auch inhaltlich weniger umfangreich. Aus diesem Grund war es aus Sicht der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Beitrags sinnvoll und auch nötig, umfangreichere aktuelle Zahlen zur Verfügung zu stellen, besonders vor dem Hintergrund der Diskussion rund um das Psychotherapeutenausbildungsgesetz (PsychThGAusbRefG).

## Fragestellungen

Ziel dieser Studie<sup>3</sup> ist, einen aktuellen bundesweiten Überblick zu den Rahmenbedingungen der Psychotherapieausbildung bzw. der PiA zu geben. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Ausbildungsabschnitte PT I und PT II; wesentliche Fragestellungen sind:

- Wie sind die finanziellen Rahmenbedingungen der Praktischen Tätigkeiten in den beiden Ausbildungsabschnitten beschaffen? Insbesondere:
  - Welche vertraglichen Vereinbarungen bestehen mit den Einrichtungen?
  - Welche Vergütung erhalten PiA von den Einrichtungen, in denen die PT I und PT II absolviert werden? In welchen institutionellen Kontexten sind die Einkünfte besonders niedrig/besonders hoch?
  - Welche Unterstützungen müssen gegebenenfalls in Anspruch genommen werden?

- Welches Aufgabenspektrum übernehmen PiA im Rahmen der beiden Ausbildungsabschnitte? Wie viele Patientinnen versorgen sie? Welchen Umfang an Arbeitszeit leisten sie?
- Wie werden PiA in ihren PT I und PT II in die Arbeit eingeführt und in dieser angeleitet bzw. supervidiert etc.?

## Methodik

Für die Studie wurde ein Online-Fragebogen entwickelt. Die Zusammenstellung der Items erfolgte hierbei unter Einbezug vorliegender Fragebögen der o. g. früher durchgeführten Studien mit ähnlicher Fragestellung. Dies waren die PiA-Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK, 2014a), die DFG-Studie „Kompetenzentwicklung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung“ (Taubner et al., 2015), die UKE-Studie zur Praktischen Tätigkeit in der psychotherapeutischen Ausbildung (Busche et al., 2006), die Umfrage von Klein-Schmeink (2017) und die PiA-Befragung im Rahmen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung (Strauß et al., 2009).<sup>4</sup> Eine Inhaltsübersicht gibt Tab. 1.

| Bereich                     | Einzelvariablen  |
|-----------------------------|--|
| Persönliche Angaben         | Soziodemografische Daten und Informationen zum ausbildungsrelevanten Studium   |
| Allgemeine Angaben          | Allgemeine Angaben zur Psychotherapieausbildung und zum Ausbildungsinstitut  |
| Gesamtkosten der Ausbildung | Gesamtkosten, Aufschlüsselung der Kosten, monatlich zur Verfügung stehendes Geld, potenzieller Schuldenstand                         |
| Praktische Tätigkeit I+II   | Rahmenbedingungen, Angaben zur Institution, vertragliches Verhältnis, Umfang der Tätigkeit, Vergütung, Aufgabenspektrum, Supervision |
| Praktische Ausbildung       | Behandlungserlaubnis, Vergütung, Supervision   |
| Gesamteindruck              | Gesamteindruck und Bewertung der einzelnen Ausbildungsbestandteile, offenes Textfeld für Anmerkungen in eigenen Worten               |

Tabella 1: Befragungsinhalte

<sup>3</sup> Die Studie ist ein Kooperationsprojekt zwischen der LPK Baden-Württemberg, der Medical School Hamburg (MSH) und der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG) und konnte realisiert werden, weil sie von mehreren Studentinnen (den Co-Autorinnen Katharina Niedermeier (Niedermeier, 2019), Lilian Hartmann (Hartmann, 2019) und Sophia Murzen (Murzen, 2020)) der Medical School Hamburg (MSH) im Rahmen ihrer Masterarbeiten maßgeblich unterstützt wurde. Diese Studie erhielt keinerlei externe finanzielle Förderung, sie war nur mithilfe der genannten Masterarbeiten sowie durch die Einbindung von Ressourcen der GfQG durchführbar. Wir danken allen Mitwirkenden, ganz besonders den zahlreichen PiA, die sich trotz wenig verfügbarer Zeit und hoher Belastungen an der Befragung beteiligt haben. Weitere Beiträge zu Ergebnissen der Studie sind in Vorbereitung.

<sup>4</sup> Zusätzliche Items wurden in der gemeinsamen Projektarbeitsgruppe der Autorinnen generiert. Daraus wurde eine erste Item-Sammlung erstellt, die u. a. MdB Maria Klein-Schmeink (Münster) und ihrer Mitarbeiterin Lisa Räger (Berlin), Ariadne Sartorius (Mitglied des Bundesvorstandes des bvpp, Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V., Frankfurt), dem PiA-Bündnis Köln (v. a. Tina Dusend und Elisabeth Dallüge) und dem PiA-Forum Berlin vorgelegt wurde. Ihre Rückmeldungen wurden in der finalen Version des Fragebogens eingebunden bzw. berücksichtigt. Den genannten Personen und Organisationen – wie zudem auch Elena Nübling und Johnny Varsami – danken wir für die große Unterstützung bei unserem Vorhaben.

## Stichprobe

### Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung über LimeSurvey<sup>5</sup> fand zwischen dem 15. Mai und dem 30. Juni 2019 statt. In dieser Zeit wurde der Link zum Fragebogen insgesamt 3.163-mal angeklickt. Hierbei haben  $n = 1.747$  Besucher der Seite den Fragebogen bis zum Ende bearbeitet.  $n = 257$  Personen riefen den Fragebogen auf, ohne ihn jedoch auszufüllen. Weitere  $n = 258$  machten nur Angaben auf den ersten beiden Seiten des Fragebogens.

Um eine möglichst große Schnittmenge der angegebenen Daten ausschöpfen zu können, wurden als Basis für die folgenden Datenanalysen alle Teilnehmenden einbezogen, die den Onlinefragebogen mindestens teilweise ausgefüllt hatten, was einer Gesamtstichprobe von  $n_{\max} = 2.648$  PiA entspricht. Dies bedeutet, dass für die Ergebnisdarstellung jeweils eine mehr oder weniger große Teilstichprobe dieser Gesamtstichprobe zur Verfügung steht.

Aktuell kann von einer Gesamtzahl zwischen 8.000 und 12.000 Ausbildungsteilnehmenden in Deutschland ausgegangen werden. An thematisch einschlägigen Umfragen beteiligten sich landesweit bis zu 3.700 PiA (Klein-Schmeink, 2017). Aufgrund der guten Vernetzung und des berufspolitischen Engagements der PiA wurde eine Stichprobengröße von deutlich über 1.000 PiA erwartet. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über ein Anschreiben an die Ausbildungsinstitute, die zum Erhebungszeitpunkt auf den Homepages der Landespsychotherapeutenkammern gelistet waren, über das Kontaktieren diverser Psychotherapieverbände, durch Aufrufe auf den Homepages der Medical School Hamburg und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg sowie durch das gezielte Anschreiben von PiA-Netzwerken und PiA-Vertreterinnen der Landespsychotherapeutenkammern. Zudem wurde die Zielgruppe über soziale Netzwerke (Facebook, Twitter) zur Teilnahme eingeladen.

### Stichprobenbeschreibung

Einen Überblick über Charakteristika der Gesamtstichprobe gibt Tab. 2.

Tab. 3 zeigt die Verteilung nach Bundesländern, in denen die PiA ihre Ausbildung machen. Der größte Anteil kommt aus NRW (23,8 %;  $n = 631$ ), danach folgen Bayern (18,4 %;  $n = 486$ ), Berlin (12,6 %;  $n = 333$ ) und Baden-Württemberg (8,6 %;  $n = 228$ ).

75 % der befragten PiA streben eine Approbation als Psychologische Psychotherapeutinnen (PP) an, etwa 25 % eine als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP). Hinsichtlich des zur Vertiefung gewählten Psychotherapieverfahrens war die am häufigsten vertretene Ausrichtung die Ver-

|  |                              | Gesamt |           |
|--|------------------------------|--------|-----------|
|  |                              | n      | %         |
| <b>Geschlecht</b>  | weiblich                     | 2624   | 86,2      |
| <b>Alter</b>   | (M/SD)                       | 2595   | 30,8/ 5,8 |
| <b>Nationalität</b>                                      | Deutschland                  | 2560   | 96,7      |
|  | Österreich                   | 15     | 0,6       |
|  | Niederlande                  | 7      | 0,3       |
|  | Sonstiges                    | 51     | 1,9       |
|  | Keine Angabe                 | 15     | 0,6       |
| <b>Familienstand</b>                                     | Ledig                        | 1972   | 74,5      |
|  | Verheiratet, zusammenlebend  | 527    | 19,9      |
|  | Verheiratet, getrennt lebend | 14     | 0,5       |
|  | Eingetragene Partnerschaft   | 23     | 0,9       |
|  | Verwitwet                    | 7      | 0,3       |
|  | Geschieden                   | 46     | 1,7       |
|  | Keine Angabe                 | 59     | 2,2       |
| <b>Art des ausbildungsrelevanten Studienabschlusses</b>  | Bachelor                     | 48     | 1,8       |
|  | Master                       | 1926   | 72,7      |
|  | Diplom                       | 597    | 22,5      |
|  | Staatsexamen                 | 26     | 1,0       |
|  | Magister                     | 21     | 0,8       |
|  | Sonstiges                    | 30     | 1,1       |
| <b>Studienfach</b>                                       | Psychologie                  | 2167   | 81,8      |
|  | Pädagogik                    | 200    | 7,6       |
|  | Soziale Arbeit               | 156    | 5,9       |
|  | Sonder- / Heilpädagogik      | 38     | 1,4       |
|  | Erziehungswissenschaften     | 27     | 1,0       |
|  | Lehramt                      | 15     | 0,6       |
|  | Sonstiges                    | 45     | 1,7       |
| <b>Land des Studienabschlusses</b>                       | Deutschland                  | 2286   | 86,3      |
|  | Österreich                   | 162    | 6,1       |
|  | Niederlande                  | 143    | 5,4       |
|  | Sonstige                     | 52     | 2,0       |
|  | Keine Angabe                 | 5      | 0,2       |
| <b>Jahr des ausbildungsrelevanten Studienabschlusses</b> | vor 2000                     | 31     | 1,2       |
|  | 2000–2004                    | 48     | 1,8       |
|  | 2005–2009                    | 144    | 5,5       |
|  | 2010–2014                    | 547    | 21,1      |
|  | 2015–2019                    | 1830   | 70,4      |

Tabelle 2: Stichprobencharakteristika,  $n_{\max} = 2.648$

<sup>5</sup> Open-Source-Software zur Erstellung und Durchführung von Onlinebefragungen. Nähere Informationen unter: <https://www.limesurvey.org/de/> [27.04.2020].

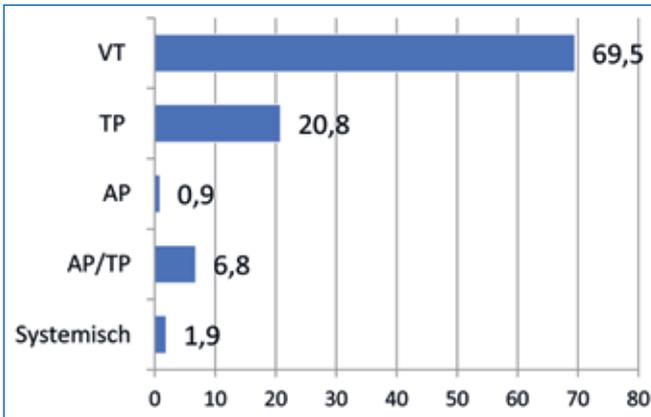


Abbildung 1: Ausbildung in welchem Therapieverfahren, Mehrfachantworten möglich, in %; n = 2.648

Legende: VT = Verhaltenstherapie, TP = tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, AP = Analytische Psychotherapie, AP/TP = „verklammerte“ Ausbildung

haltenstherapie (VT; 70 %), weitere ca. 21 % absolvieren eine Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TfP), darüber hinaus ca. 7 % eine sog. „verklammerte“ Ausbildung (TfP und AP). Etwa 2 % verfolgen in ihrer Ausbildung eine systemische und ca. 1 % eine rein psychoanalytische Ausrichtung (AP; Doppelantworten möglich; vgl. Abb. 1).

| Land                   | n           | %            |
|------------------------|-------------|--------------|
| Baden-Württemberg      | 228         | 8,6          |
| Bayern                 | 486         | 18,4         |
| Berlin                 | 333         | 12,6         |
| Berlin-Brandenburg     | 48          | 1,8          |
| Bremen                 | 32          | 1,2          |
| Hamburg                | 157         | 5,9          |
| Hessen                 | 153         | 5,8          |
| Mecklenburg-Vorpommern | 17          | 0,6          |
| Niedersachsen          | 151         | 5,7          |
| Nordrhein-Westfalen    | 631         | 23,8         |
| Rheinland-Pfalz        | 115         | 4,3          |
| Saarland               | 60          | 2,3          |
| Sachsen                | 87          | 3,3          |
| Sachsen-Anhalt         | 61          | 2,3          |
| Schleswig-Holstein     | 57          | 2,2          |
| Thüringen              | 32          | 1,2          |
| <b>Gesamt</b>          | <b>2648</b> | <b>100,0</b> |

Tabelle 3: Bundesland, in dem die Ausbildung gemacht wird, Anzahl und %-Anteil der PiA

Knapp die Hälfte der PiA (49,8 %) hat das dreijährige Vollzeitmodell gewählt und ca. 44 % das fünfjährige Teilzeitmodell (n = 2.599). Auf die Frage, ob die Ausbildung und Prüfung voraussichtlich in der vorgesehenen Zeit abgeschlossen werde, antworten nur etwa 18 % der PiA mit „ja“. Demgegenüber

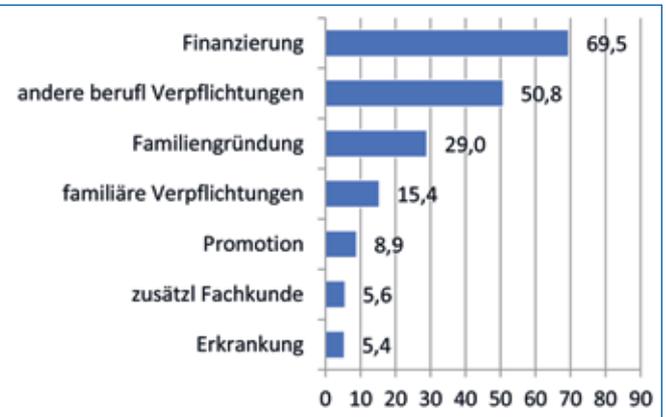


Abbildung 2: Gründe für mögliche zeitliche Verlängerung der Ausbildung, Mehrfachantworten möglich, in %; n = 1.177

ist sich ein starkes Drittel (37 %) diesbezüglich noch unsicher und fast die Hälfte (45 %) verneint dies ausdrücklich. Bei den Gründen für mögliche zeitliche Verlängerungen der Ausbildung spielen vor allem die prekäre Finanzierung (ca. 70 % derjenigen, die die Frage mit „nein“ beantwortet hatten; n = 1.177), anderweitige berufliche Verpflichtungen (51 %) sowie eine erfolgte Familiengründung (29 %) eine wesentliche Rolle (vgl. Abb. 2).

## Ergebnisse

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die beiden Phasen der Praktischen Tätigkeiten, PT I und PT II, und stellen die vertragliche Grundlage, den Verdienst, die Tätigkeitsschwerpunkte sowie die fachliche Anleitung der PiA in den Vordergrund. Insgesamt n = 1.784 PiA gaben an, die PT I begonnen oder bereits abgeschlossen zu haben. In Bezug auf die PT II traf dies auf n = 1.306 PiA zu.

### Institution, in der die PT I und/oder PT II absolviert wurde

Tab. 4 gibt einen Überblick über die Art der Institutionen, in denen die PT I bzw. PT II absolviert wurde/wird. Hierbei zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Ausbildungsabschnitten. Während in der PT I mehrheitlich und erwartungsgemäß psychiatrische Einrichtungen (psychiatrische Uni-/Tagesklinik, psychiatrisches Landeskrankenhaus, psychiatrische Abteilung für Krankenhaus) mit einem Anteil von insgesamt etwa 70 % im Vordergrund stehen, sind die Anteile in der PT II breiter über die verschiedenen Institutionstypen gestreut. Während es etwa in der PT I selten vorkommt, dass diese in einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Praxis abgeleistet wird, so nehmen diese Möglichkeit in der PT II immerhin 20 % der PiA wahr.

Gefragt nach der Trägerschaft der Institution, in der die PT I absolviert wurde, nannten ca. 50 % (n = 809) einen öffentlichen Träger (Bundesland, Kreis, Stadt), ca. 37 % (n = 605) einen privaten (GmbH, Aktiengesellschaft u.Ä.) und 14 % (n = 228) einen frei-gemeinnützigen (z. B. freie Wohlfahrts-pflege, Caritas, Arbeiterwohlfahrt u.Ä.). Für die PT II wurden die Daten zur Trägerschaft der jeweiligen Einrichtungen nicht erhoben.

| Institution   | PT I        |            | PT II       |            |
|---|-------------|------------|-------------|------------|
|   | n           | %          | n           | %          |
| Psychiatrische Uniklinik/Tagesklinik                            | 555         | 31,4       | 194         | 15,5       |
| Psychiatrisches Landeskrankenhaus                               | 419         | 23,7       | 134         | 10,7       |
| Psychiatrische Abt./Krankenhaus                                 | 264         | 15,0       | 59          | 4,7        |
| Psychiatrische / Psychosomat. / Psychotherap. Institutsambulanz | 51          | 2,9        | 157         | 12,8       |
| Psychotherap. / Psychosomat. Akutklinik / Krankenhausabteilung  | 291         | 16,5       | 190         | 15,2       |
| Psychosomatische Reha-Klinik                                    | 148         | 8,4        | 167         | 13,4       |
| Psychotherapeutische Praxis                                     | 0           | 0          | 156         | 12,5       |
| Psychiatrische Praxis   | 10          | 0,6        | 104         | 8,3        |
| Beratungsstelle   | 0           | 0          | 19          | 1,5        |
| Sonstige  | 27          | 1,5        | 69          | 5,5        |
| <b>Gesamt</b>   | <b>1765</b> | <b>100</b> | <b>1249</b> | <b>100</b> |

Tabelle 4: Art der Institution, in der die PT I und/oder PT II absolviert wurde

### Vertragliche Grundlage

Abb. 3 liefert einen Überblick über die vertraglichen Rahmenbedingungen in der PT I und PT II. So haben etwa 2/3 der befragten PiA für die PT I einen schriftlichen Praktikumsvertrag abgeschlossen, ca. 15 % hingegen verfügen über eine geregelte Vollzeit-/Teilzeit-Anstellung in ihrem Grundberuf. Eine Kombination von beidem liegt bei etwa 14 % der Befragten während der PT I vor. 3 % geben an, keinerlei rechtsverbindliche Vereinbarungen zum Arbeitsverhältnis fixiert zu haben. Ähnlich fallen die Angaben für die PT II aus: Dort ist der Anteil derer, die eine Kopplung aus Praktikum und Anstellung vorweisen, mit 21 % etwas höher, ebenfalls aber (mit knapp 8 %) auch der Anteil derer, deren Tätigkeit gar keine vertragliche Regelung zugrunde liegt. Drei Viertel (76,4 %) der PiA bestätigen, im Rahmen der PT I über den Vertrag auch sozialversichert (gewesen) zu sein, wohingegen das für die PT II nur bei einem um 20 % geringeren Anteil (56,2 %) zutreffe.



Abbildung 3: Vertragliche Rahmenbedingungen in der PT I und II; Anteile in %; n<sub>PT I</sub> = 1.750, n<sub>PT II</sub> = 1.283 (Teilstichproben PT I/PT II begonnen/abgeschlossen)

### Arbeitszeiten

Legt man die vom Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vorgesehenen 1.200 (PT I) bzw. 600 (PT II) Stunden Praktische Tätigkeit in zwölf (PT I) bzw. sechs (PT II) Monaten zugrunde, kann unter Berücksichtigung von Urlaubszeiten rechnerisch von einer wöchentlich zu leistenden Arbeitszeit von ca. 24–26 Stunden ausgegangen werden. Tab. 5 zeigt die durchschnittliche vereinbarte Arbeitszeit sowie die tatsächlich geleistete Arbeitszeit jeweils in Stunden pro Woche. In der PT I wurde eine Arbeitszeit von durchschnittlich 30 Stunden pro Woche vereinbart, in der PT II mit 27 Stunden etwas weniger. Die real geleistete Arbeitszeit übersteigt mit 31,5 bzw. fast 29 Stunden pro Woche jeweils um knapp zwei Stunden den ausgemachten Wert. Zieht man die gesetzlich vorgesehenen 24–26 Wochenstunden zum Vergleich heran, so liegen die faktischen wöchentlichen Arbeitszeiten sogar 5,5–7,5 (PT I) bzw. 2,6–4,6 (PT II) Stunden darüber.

|   | PT I |      |      | PT II |      |     |
|---|------|------|------|-------|------|-----|
|   | N    | M    | SD   | N     | M    | SD  |
| vereinbarte Arbeitszeit (Ø in Std./Wo.) | 1727 | 29.9 | 11.0 | 1253  | 27.2 | 8.8 |
| geleistete Arbeitszeit (Ø in Std./Wo.)  | 1698 | 31.5 | 7.6  | 1227  | 28.6 | 9.6 |

Tabelle 5: Arbeitszeiten in der Praktischen Tätigkeit I und II

### Verdienst

Der durchschnittliche Bruttoverdienst liegt den Angaben der Studienteilnehmenden zufolge in der PT I bei etwa 960 € (SD = 872 €), das zugehörige Nettoentgelt bei knapp über 700 € (M = 714 €; SD = 552 €). Wie Abb. 4 verdeutlicht, bezieht knapp die Hälfte der PiA im Monat eine Vergütung von bis zu 500 € netto. Setzt man den Schwellenwert hoch auf 1.000 €, so liegt der Nettoverdienst von 80 % der PiA darunter. Letztlich kommen nur weniger als 10 % der PiA auf eine monatliche Bezahlung von mehr als 1.500 € netto. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich für die PT II, dort sind die Mittelwerte jedoch insgesamt etwas höher angesiedelt: Der Bruttoverdienst beläuft sich dort auf durchschnittlich 1.043 € (SD = 1.022 €), der Nettoverdienst auf 757 € (SD = 637 €).

Unter Berücksichtigung der o.g. Arbeitszeiten kann rechnerisch der jeweilige durchschnittliche Brutto-Stundenlohn

ermittelt werden. Die bei den Studienteilnehmenden vorkommende Werte bewegen sich hierbei in einer Spanne zwischen 0 € und 67,50 € pro Stunde; der Durchschnitt liegt bei 7,86 € (SD = 6,80 €; n = 1.684). 55 % der PiA erhalten einen Stundenlohn von 7 € oder weniger, 74 % von maximal 10 €. Für die PT II fallen die Durchschnittswerte etwas höher aus: In dieser Ausbildungsphase verdienen die PiA im Schnitt 9,50 € (SD = 9,50 €; n = 1.256), aber auch hier kommen 2/3 der PiA auf einen stündlichen Verdienst von 10 € oder weniger. Der aktuelle gesetzliche Mindestlohn (gültig ab Jahresbeginn 2020) liegt im Übrigen bei 9,35 €.<sup>6</sup>

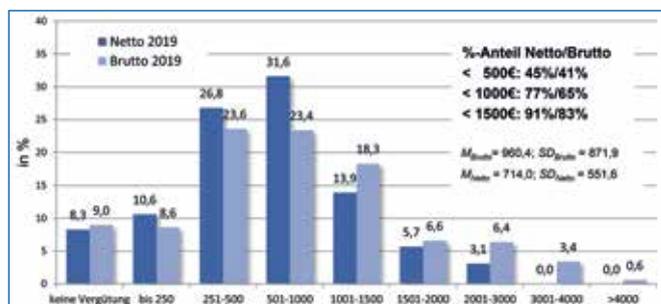


Abbildung 4: Brutto- vs. Nettoverdienst im Rahmen der PT I; Klassifikation in € (in %), n = 1.689 (Teilstichprobe PT I begonnen/abgeschlossen)

Betrachtet man die Brutto- und Nettovergütung in den beiden Praktischen Tätigkeiten in Abhängigkeit von den vertraglichen Rahmenbedingungen, so zeigen sich erwartungsgemäß deutliche Unterschiede. Wie in Abb. 5 zu sehen, verdienen PiA, deren Tätigkeit nicht vertraglich geregelt ist, in der PT I mit etwa 300 €/250 € (brutto/netto) am wenigsten; der Durchschnittswert bei Vorliegen eines schriftlichen Praktikumsvertrags ist in der PT I bei 650 €/525 € anzusetzen. Mit einer regulären Anstellung gehen höhere Vergütungen einher, das monatliche Entgelt beläuft sich in Kombination mit einem Praktikumsvertrag auf ca. 1.200 €/900 € und bei reiner Anstellung auf rund 2.400 €/1.600 €.

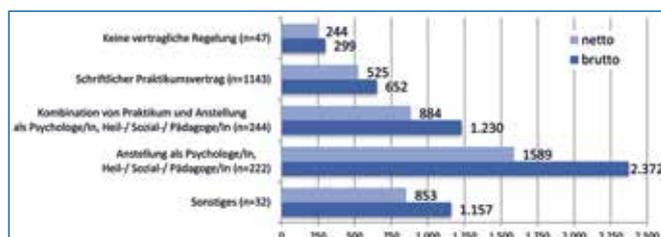


Abbildung 5: Brutto und Nettovergütung in der PT I in Abhängigkeit von den vertraglichen Rahmenbedingungen; Durchschnitt in €; n = 1.653 (Teilstichprobe PT I begonnen/abgeschlossen)

Es ist naheliegend, dass die Finanzierung der Ausbildung und auch des Lebensunterhaltes nur durch Beihilfe von Dritten möglich ist. Abb. 6 zeigt, dass fast die Hälfte der PiA finanzielle Unterstützung durch ihre Eltern und etwa 20 % durch ihren Partner bzw. ihre Partnerin erhalten. Fast 50 % ziehen nach eigener Aussage zur Finanzierung der Ausbildung Ersparnisse heran. Ein weiteres Drittel gibt an, über andere Tätigkeiten (in der Regel Aushilfstätigkeiten, z. B. in der Gastronomie)

zusätzliches Geld zu verdienen. Die Vergütung aus der ausbildungsbezogenen Tätigkeit spielt nur bei etwa einem Drittel der PiA eine wesentliche Rolle bei der Bestreitung des Lebensunterhalts. Insgesamt 13 % legten dar, für die Ausbildung einen Kredit aufnehmen zu müssen. In der PT II sind die Anteile der PiA, die durch ihre Eltern finanzielle Unterstützung erhalten, mit knapp 40 % niedriger als in der PT I. Ebenso muss hier seltener auf angesparte Rücklagen zurückgegriffen werden. Demgegenüber ist der Prozentsatz der PiA, die sich aus eigener Arbeit finanzieren, in der PT II leicht erhöht. Der zeitliche Umfang der für die finanzielle Absicherung zusätzlich geleisteten Nebentätigkeiten liegt während der PT I bei 13 (n = 724), während der PT II bei 16 Stunden (n = 554) wöchentlich.

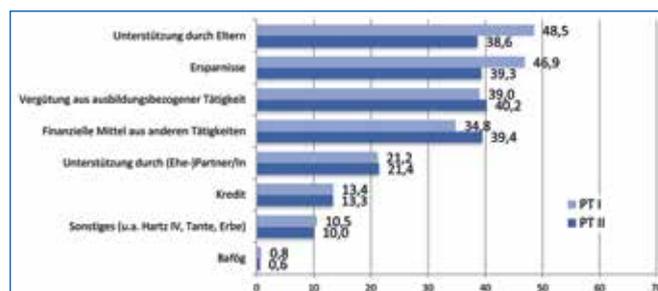


Abbildung 6: Finanzierung der Ausbildung durch ... Einschätzungen zur PT I und II, Zustimmung („ja“) in %, Rangfolge PT I; n<sub>PT I</sub> = 1.696, n<sub>PT II</sub> = 1.208

### Konkrete psychotherapeutische Tätigkeit: Arbeitsschwerpunkte und -umfang

Abb. 7 zeigt die jeweiligen Zustimmungsraten zu fünf Aussagen zur PT I und PT II, die sich auf die konkreten Tätigkeiten bzw. Arbeitsschwerpunkte beziehen. So geben 95 % an, im Rahmen der PT I eigene Arbeitsbereiche zu übernehmen bzw. übernommen zu haben (im Vergleich dazu die Werte der PT II; hier knapp 90 %). Mehr als 80 % sind der Auffassung, dass sie im Rahmen der PT I praktisch eine Vollzeitkraft ersetzen bzw. ersetzt haben (PT II: 63 %). Mehr als 60 % fühlen oder fühlten sich in der PT I von der Einrichtung ausgebeutet (PT II: ca. 40 %). Lediglich 43 % können für die PT I sagen, dass sie in der betreffenden Einrichtung angemessen eingearbeitet worden seien; für die PT II geben dies immerhin fast 60 % an. Weniger als jede Fünfte (19 %) bezeichnet ihre Arbeit in der PT I als „überwiegend angeleitet“; für die PT II sagt dies zwar ein deutlich höherer Anteil, letztlich jedoch auch nur rund ein Drittel.

In einem weiteren Abschnitt des Fragebogens wurde erfasst, welche Aufgaben von PiA im Rahmen der PT I und PT II übernommen wurden bzw. werden mussten. Abb. 8 zeigt die Anteile der Zustimmung („häufig“ oder „immer“) in der Übersicht. Die Rangfolge der Prozentwerte orientiert sich an den Angaben zur PT I. Nach Angaben der PiA mussten 90 % die im Rahmen der Einrichtung erbrachten Leistungen dokumentieren. 88 % bejah-

<sup>6</sup> <https://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2020/neue-gesetze-erhoehung-mindestlohn.html> [27.04.2020].

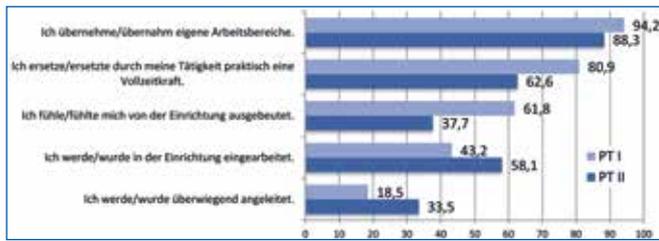


Abbildung 7: Einschätzungen zur PT I und II, Zustimmung („trifft eher zu“ und „trifft voll zu“) in %,  $n_{PT I} = 1.607$ ,  $n_{PT II} = 1.206$  (Teilstichprobe PT I/PT II begonnen/abgeschlossen)

ten, dass sie selbstständig Einzeltherapien durchgeführt haben. Etwa 80 % waren mit der Durchführung von Anamnese sowie von Gruppentherapien betraut, jeweils ca. 70 % nehmen eine Behandlungsplanung vor und verfassten Entlassungsberichte. Ebenfalls war bzw. ist ein Großteil der PiA für die Kodierung von Diagnosen, die strukturierte Befunderhebung oder die Durchführung psychologischer Testverfahren verantwortlich. Diese Anteile fallen für die PT II jeweils niedriger aus.

Die Studienteilnehmenden wurden darüber hinaus zum Umfang psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der PT I und der PT II befragt. Hier ergibt sich folgendes Bild: Im Durchschnitt versorgen PiA acht Patientinnen eigenverantwortlich in Einzeltherapie sowie zwischen 12 und 14 Patientinnen in Gruppentherapie (vgl. Tab. 6). Im Einklang mit vorherigen Befunden bestätigen diese Zahlen, dass PiA im Wesentlichen wie Vollzeitkräfte in die konkrete alltägliche psychotherapeutische Versorgung der Institutionen eingebunden sind.



Abbildung 8: Aufgaben, die von PiA im Rahmen der PT I und PT II übernommen wurden/werden mussten, Zustimmung („häufig“ und „immer“) in %, Rangfolge;  $n_{PT I} = 1.611$ ,  $n_{PT II} = 809$

|  | PT I |      |     | PT II |      |      |
|--|------|------|-----|-------|------|------|
|  | N    | M    | SD  | N     | M    | SD   |
| Einzeltherapie (Ø Anzahl eigenverantwortlich versorgter Patientinnen)  | 1556 | 7.8  | 5.1 | 1155  | 8.1  | 6.3  |
| Gruppentherapie (Ø Anzahl eigenverantwortlich versorgter Patientinnen) | 1496 | 14.0 | 9.0 | 1099  | 11.5 | 10.1 |

Tabelle 6: Umfang psychotherapeutischer Leistungen in der Praktischen Tätigkeit I und II

## Anleitung/fachliche Betreuung während PT I und PT II

Wie bereits ausgeführt, gaben nur 18 % (PT I) bzw. 33 % (PT II) der PiA an, für die psychotherapeutische Tätigkeit überwiegend angeleitet worden zu sein. Wenn nicht gar wie in vielen Einrichtungen die Anleitung kaum oder nur sporadisch erfolgt, dann wird sie in der PT I in ungefähr 50 % der Fälle von einer PP oder KJP, in weiteren ca. 30 % der Fälle von Ärztinnen der jeweiligen Vertiefungsrichtung der PiA durchgeführt (n = 1.635). Darüber hinaus seien für 20–25 % der Anleitungen PP/KJP oder Ärztinnen verantwortlich, die in einer anderen Vertiefungsrichtung als die unterstellten PiA ausgebildet sind. Immerhin um die 15 % der PiA bestätigen, dass sie von anderen, bereits länger in der Einrichtung arbeitenden PiA angeleitet werden. Nur rund 40 % der PiA fühlen sich in der PT I fachlich ausreichend unterstützt, in der PT II ist das Ergebnis mit ca. 50 % etwas besser. Die hier ermittelten Resultate entsprechen den bisherigen Forschungsergebnissen, die berichten, dass sich viele Ausbildungsteilnehmende v. a. in der PT I von der zuständigen Einrichtung auch angesichts fehlender fachlich qualifizierter Unterweisung und Begleitung letztlich „ausgebeutet“ fühlen. Diese sehr kritische Sicht auf diese Ausbildungsphase wird auch in den offenen Antworten, die ungefähr die Hälfte der PiA zur Befragung beisteuerte, unterstrichen.<sup>7</sup>

## Diskussion/Schlussfolgerungen

Um die aktuelle Situation der PiA während der Praktischen Tätigkeiten möglichst realitätsnah abzubilden, wurden die Vergütung, das vertragliche Verhältnis, die Versicherungsbedingungen, die de facto geleisteten (im Gegensatz zu den vereinbarten) Arbeitsstunden sowie die von angehenden Psychotherapeutinnen in Anspruch genommenen Finanzierungsoptionen erfasst und analysiert. Die PiA gaben an, während der PT I monatlich durchschnittlich 960 € brutto zu erhalten; während der PT II seien es ca. 1.050 € monatlich. Sowohl ihre PT I als auch ihre PT II absolviert jeweils mehr als die Hälfte der Befragten auf Grundlage eines schriftlichen Praktikumsvertrages, dabei übernimmt die Einrichtung bei etwa zwei Dritteln der PiA die Sozialversicherungsbeiträge. Vertraglich vereinbart sind im Durchschnitt 30 bzw. 27 Stunden wöchentliche Arbeitszeit, tatsächlich geleistet werden allerdings um die zwei Stunden pro Woche mehr.

Bei den finanziellen Bedingungen während der PT I und PT II finden sich in der vorliegenden Untersuchung Parallelen zu Befunden aus vorangegangenen Analysen. Die aktuellen Werte liegen dabei sicherlich deutlich über denen des Forschungsgutachtens, das 2009 einen Durchschnitt von 450 € im Monat berichtete (Strauß et al., 2009). Auch die BPTk (2014b) stellte mit einer durchschnittlichen Vergütung von

<sup>7</sup> Eine Auswahl offener Antworten aus dieser Studie können Sie auf unserer Homepage unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de) einsehen.

800 € für angehende PP bzw. 500 € für angehende KJP noch einen niedrigeren Wert fest. *Klein-Schmeink (2017)* ermittelte 639 € monatlich, wobei dort nicht zwischen brutto und netto unterschieden wurde. Übereinstimmend mit bisherigen Untersuchungen (*Hölzel, 2006; Strauß et al., 2009*) attestieren die PiA auch in der vorliegenden Studie, dass das Brutto- und Nettoeinkommen während der PT II gegenüber dem der PT I merklich höher ausfalle.

Es zeigt sich im Vergleich zu den früheren Forschungsergebnissen in diesem Punkt ein schwach positiver Trend, wenngleich ein durchschnittliches Bruttogehalt von um die 1.000 € monatlich nach wie vor keineswegs angemessen für das vorhandene Qualifikationsniveau und die tatsächlich geleistete Arbeit ist. Dies spiegelt sich auch in den subjektiven Bewertungen und Einschätzungen der PiA wider: Mehr als die Hälfte der Befragten empfindet die Vergütung im Rahmen der PT I und PT II als nicht akkurat; ein Großteil schildert angesichts der prekären finanziellen Bedingungen Existenzängste.

Betrachtet man die geleisteten Arbeitsstunden der PiA, so zeigen sich Zeichen von Überbelastung. Bei wöchentlich 29 bis 32 Stunden tatsächlicher Arbeit in der Einrichtung und dem zusätzlich einzubeziehenden Zeitpensum z. B. für die Vor- und Nachbereitung von Seminaren am Ausbildungsinstitut ergibt sich eine Arbeitswoche, die den Umfang einer regulären Vollzeitstelle überschreitet. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass über 40 % der PiA zur finanziellen Absicherung zusätzlich einer weiteren Beschäftigung (13 bis 16 Stunden pro Woche) nachgehen müssen, wird deutlich, dass PiA mit erheblichen Belastungen konfrontiert sind. Der durchschnittliche Stundenlohn von 7,86 € brutto liegt deutlich unter dem aktuellen gesetzlichen Mindestlohn in Höhe von 9,35 € brutto pro Zeitstunde. Auch ist bzgl. der vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit von ca. 30 Stunden anzumerken, dass diese die gesetzlichen Mindestanforderungen übersteigt. Das PsychThG sieht ein Minimum von 1.200 Stunden bzw. 600 Stunden für die Praktischen Tätigkeiten vor, die innerhalb eines bzw. eines halben Jahres absolviert werden müssen (§ 2 (2) KJPPsychTh-APrV, 1998; § 2 (2) PsychTh-APrV, 1998). Um diesen Mindestanforderungen Genüge zu leisten, müssten PiA somit nur rund 24–26 Stunden pro Woche der Praktischen Tätigkeit nachgehen. Jede darüber hinausgehende Stunde, die sie in der Klinik absolvieren, wird somit zusätzlich erbracht. So kommt es bei einer Vielzahl von PiA vor, dass sie, nur um die veranschlagte Mindestdauer von einem bzw. einem halben Jahr zu erreichen, insgesamt deutlich über den gesetzlich geforderten Mindeststundensatz hinaus unter zudem schlechten Bedingungen und bei relativ niedriger Vergütung arbeiten müssen.

Auch in der vorliegenden Untersuchung wird deutlich, dass die meisten PiA nicht in der Lage sind, die Kosten der Ausbildung und des Lebensunterhaltes während der Ausbildungszeit maßgeblich durch ausbildungsbezogene Einnahmen aufzubringen, und so häufig auf weitere Finanzierungsmöglichkeiten angewiesen sind. In Übereinstimmung mit vorherigen Untersu-

chungen (*Busche et al., 2006; Ditterich & Winzer, 2003; Hölzel, 2006; Klein-Schmeink, 2017; Sonntag et al., 2009; Strauß et al., 2009*) sind knapp 40 % der PiA zur Bestreitung des Lebensunterhalts von Einkünften aus nebenberuflichen Tätigkeiten abhängig. Ein noch größerer Anteil der befragten PiA benötigt finanzielle Unterstützung der Eltern; während der PT I sind es knapp die Hälfte, während der PT II fast 60 % aller Befragten. Auch diese Ergebnisse gehen weitgehend konform mit früheren Erhebungen (*Busche et al., 2006; Hölzel, 2006*). Ein Fünftel der Befragten gab zudem an, auf Unterstützung der Partnerin angewiesen zu sein (in früheren Studien ca. 30 % (*Hölzel, 2006; Sonntag et al., 2009*)). Zur Finanzierung ihres Lebensunterhaltes während der Praktischen Tätigkeiten nutzen 39 % bis 44 % der Befragten ausbildungsbezogene Mittel, was nahezu identisch ist mit den Ergebnissen von *Hölzel (2006)* und *Klein-Schmeink (2017)*. Des Weiteren müssen eigene Ersparnisse oder auch Kredite zur Finanzierung der Ausbildung in Anspruch genommen werden. Es stellt sich klar heraus, dass sich die Finanzierungsmöglichkeiten von PiA in den vergangenen Jahrzehnten nicht verändert haben. Kurz zusammengefasst: PiA sind durchschnittlich 31 Jahre alt und zu großen Teilen von Eltern, Ersparnissen, Nebenjobs oder dem Lebenspartner bzw. der Lebenspartnerin abhängig. Die Ausbildung ermöglicht nur wenigen, ihren Lebensunterhalt sowie die Kosten der Ausbildung selbst durch ausbildungsbezogene Einnahmen zu decken. Durch den hohen Anteil von PiA, der auf Unterstützung der Eltern angewiesen ist, kann es bei den angehenden Psychotherapeutinnen überdies zu einer verstärkten Selektion entsprechend dem sozioökonomischen Status kommen bzw. findet eine solche bereits statt (*Hölzel, 2006; Klein-Schmeink, 2017*). Heikel ist ebenso das ökonomische Abhängigkeitsverhältnis der PiA gegenüber ihren Partnern bzw. Partnerinnen. Insgesamt sind 75 % der PiA ledig, was die Inanspruchnahme von finanziellen Mitteln des Partners noch schwieriger erscheinen lässt. Da sich auch in der vorliegenden Untersuchung zeigt, dass nur ca. 15 % der PiA männlich sind, besteht darüber hinaus die Problematik eines „klassischen“ Abhängigkeitsverhältnisses (*Klein-Schmeink, 2017*), da in vielen Fällen weibliche PiA auf die Unterstützung ihres männlichen Partners angewiesen sind. Einhergehend mit der ungünstigen Vergütungssituation stellt auch die oft mangelnde vertragliche Grundlage der Praktischen Tätigkeiten ein großes Problem dar. So zeigt sich, dass 3 % der Befragten keinerlei rechtsverbindliche Regelung des Arbeitsverhältnisses während der PT I hatten, in der PT II sind es sogar 8 %, die ohne eine vertragliche Absicherung arbeiten. Mehr als die Hälfte der PiA firmieren als Praktikantinnen und haben daher keinen Anspruch auf tarifliche Vergütung. Nur 13 % während der PT I und 21 % während der PT II sind entsprechend ihrem akademischen Abschluss als Psychologinnen oder Pädagoginnen angestellt. Im Vergleich mit der Erhebung von 2017 (*Klein-Schmeink, 2017*) zeigt sich ein leicht sinkender Anteil an Praktikantenverträgen, also ein positiv zu wertender Trend, angemessen ist die aktuelle Situation jedoch keineswegs.

Bei all der schlechten Bezahlung und zeitlichen Arbeitsbelastung kommt hinzu, dass viele PiA in den Einrichtungen häufig

nur sporadisch, keinesfalls kontinuierlich angeleitet werden. Die Aufsicht und Betreuung wird dann zwar oft von Psychotherapeutinnen und Ärztinnen der gleichen Vertiefungsrichtung durchgeführt, manchmal aber durchaus auch von Approbierten aus einem fremden Psychotherapieverfahren. Nicht selten ist auch, dass PiA in den Einrichtungen von „erfahrenen“ PiA instruiert werden. In der Regel ist also kaum ausreichende fachliche Unterstützung in der konkreten psychotherapeutischen Arbeit mit Patientinnen gewährleistet.

Insgesamt zeigt die Studie, dass sich an dem seit Inkrafttreten des PsychThG 1999 bestehenden Missstand einer finanziellen und fachlichen Ausbeutung der PiA in den beiden Ausbildungsabschnitten PT I und PT II grundsätzlich nur wenig bis nichts geändert hat. PiA werden von den Einrichtungen in aller Regel wie Vollzeitkräfte „genutzt“, d. h. sie sind komplett in den Versorgungsalltag integriert, sie versorgen eine in der Regel stattliche Anzahl an Patientinnen, sie dokumentieren ihre Leistungen, schreiben Entlassberichte etc. bei mäßiger bis wenig vorhandener Anleitung. Hier das Wort „Ausbeutung“ nicht zu verwenden, würde fast an Realitätsverleugnung grenzen. Dass nun in dem zum September 2020 in Kraft tretenden neuen PsychThG in § 27 Abs. 4 eine monatliche Mindestvergütung von 1.000 € bei einer „Tätigkeit in Vollzeitform“ für die Einrichtungen verbindlich festgeschrieben wird, mag für all jene PiA-Stellen in der PT I und PT II eine Verbesserung bedeuten, deren Bezahlung bislang unter dieser Marke lag. Sollten sich alle anderen Einrichtungen, die bisher mehr bezahlten, weiterhin an ihre vertraglichen Rahmenbedingungen aus der Zeit vor dem Gesetz halten, dann würde sich bei der Vergütung der Mittelwert nach oben verschieben, der Stundenlohn (dann bei „Vollzeit“-Tätigkeit statt wie bisher bei formal nötigen 24–26, real geleisteten 30 Wochenstunden) hingegen nicht oder nur unwesentlich. Dies bedeutet, dass die prekäre Situation für die PiA fortgeschrieben werden wird. Ein eigentlich skandalöser Zustand wurde damit gesetzlich verankert, und es bleibt zu hoffen, dass die Einrichtungen vielleicht künftig „wert“-schätzender mit PiA umgehen werden. Sobald die Absolventinnen des neuen Studiengangs dann in die Weiterbildung gehen (das wird ab ca. 2022/23 der Fall sein) und als Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PiW) nach Tarif bezahlt werden (müssen), wird sich dazu in der Übergangszeit aller Wahrscheinlichkeit nach ein neuer Konflikt für die PiA auftun, die weiter 1.000 € erhalten, während die PiW – bei gleicher Arbeit – ein Mehrfaches verdienen werden.

## Limitationen

Bei allen Angaben und Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass es sich um Selbsteinschätzungen von PiA handelt. Schon *Fliegel et al. (2019)* betonten für das Forschungsgutachten, dass es durch den Rückgriff auf berichtete eigene Einordnungen und Erfahrungen nur eingeschränkt informativ sein könnte, da PiA in der Regel kaum über berufliche Vergleichsmöglichkeiten verfügen. Das Gleiche gilt auch für die vorliegende Untersuchung. Da es sich bei den Bedingungen

der Psychotherapieausbildung um ein Thema handelt, an dem zahlreiche PiA ein persönliches und emotionales Interesse haben, ist zu erwarten, dass besonders PiA, die sehr unzufrieden mit ihrer Situation sind, sich die Zeit nehmen und den Fragebogen beantworten, während mit den Verhältnissen eher einverständene PiA diesen Aufwand nicht betreiben und daher in geringerer Anzahl vertreten sein könnten. Weiterhin ist zu bedenken, dass nicht sichergestellt werden konnte, dass alle PiA in Deutschland erreicht wurden. Die Ansprache wurde maßgeblich über die Ausbildungsinstitute sowie über soziale Medien (Twitter, Facebook) vorgenommen, es ist z. B. nicht auszuschließen, dass Institute ihre Ausbildungsteilnehmenden nicht über die Studie informiert haben. Urlaubszeiten, Abwesenheiten oder ungültige E-Mail-Adressen können hier als weitere Ursachen dafür angeführt werden, warum nicht alle PiA in Deutschland die Möglichkeit zur Teilnahme wahrgenommen haben. Im Nachgang stellte sich zudem heraus, dass einige PiA deutlich mehr als die veranschlagten 30 Minuten für die Bearbeitung des Fragebogens benötigten, was für manche ein Grund für einen vorzeitigen Abbruch gewesen sein könnte.

Die Stichprobengröße ist dennoch im Verhältnis zur geschätzten Gesamtanzahl der PiA relativ gut, auch die Verteilung der Geschlechter, des Alters sowie der vertretenen Verfahren stimmt mit bisherigen Untersuchungen überein, sodass von einer weitgehenden Repräsentativität der Ergebnisse dieser Studie ausgegangen werden kann. Mit Blick auf die in der Folgezeit nun umzusetzende Reform der Psychotherapeutenausbildung konnte die vorliegende Untersuchung aufzeigen, welchen Bedingungen angehende Psychotherapeutinnen aktuell ausgesetzt sind. Da derzeit noch keine angemessenen Übergangsregelungen für gegenwärtige PiA und angehende PiA der nächsten Jahre vorgesehen sind, unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse einen nach wie vor bestehenden Handlungsbedarf und die Notwendigkeit von weiteren Änderungen.

## Literatur

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

Bundespsychotherapeutenkammer (2014b). Ergebnisübersicht: Befragung von Psychotherapeuten in Ausbildung. Verfügbar unter: [www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20141205\\_bptk\\_ergebnisuebersicht\\_pia.pdf](http://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20141205_bptk_ergebnisuebersicht_pia.pdf) [27.04.2020].

Busche, W., Mösko, M., Kliche, T., Zander, K. & Koch, U. (2006). Die „Praktische Tätigkeit“ in der psychotherapeutischen Ausbildung. Eine Akteurs- und Betroffenenbefragung zur Struktur- und Prozessqualität und zur Lage der PiA in diesem Ausbildungsabschnitt. *Report Psychologie*, 31 (9), 390–401.

Fliegel, S., Willutzki, U. & Strauß, B. (2019). 10 Jahre Forschungsgutachten zur Ausbildung in psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 64 (4), 289–296.

Glaesmer, H., Sonntag, A., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J. M., Fliegel, S. et al. (2009). Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Absolventen. *Psychotherapeut*, 54 (6), 437–444.

Hölzel, H. H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 5, 232–237.

Klein-Schmeink, M. (2017). Was beschäftigt PiA. Umfrage zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Verfügbar unter [www.klein-schmeink.de/data/user/PDF-Dokumente/2017/Ergebnisbericht\\_PiA-Umfrage.pdf](http://www.klein-schmeink.de/data/user/PDF-Dokumente/2017/Ergebnisbericht_PiA-Umfrage.pdf) [27.04.2020].

Lindel, B. (2016). *Survivalguide PiA*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Möske, M. (2006). Viele PiA ohne Supervision und Ansprechpartner. *Report Psychologie*, 31, 82.

Nikendei, C., Bents, H., Dinger, U., Huber, J., Schmid, C., Montan, I. et al. (2018). Erwartungen psychologischer Psychotherapeuten zu Beginn ihrer Ausbildung. *Psychotherapeut*, 63 (6), 445–457.

Siegel, R.J. (2013). Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung. Entwicklung und mögliche Implikationen für den Berufsstand. *Psychotherapeutenjournal*, 12, 256–261.

Sonntag, A., Glaesmer, H., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J.M., Fliegel, S. et al. (2009). Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. *Psychotherapeut*, 54 (6), 427–436.

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J. et al. (Bundesministerium für Gesundheit BMG, Hrsg.) (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten\\_200905.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf) [27.04.2020].

Taubner, S., Klasen, J., Hanke, W. & Möller, H. (2015). Ein empirischer Zugang zur Erfassung der Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung. *Psychotherapie Forum*, 20 (1–2), 47–53.



### **Dr. Rüdiger Nübling**

#### **Korrespondenzadresse:**

Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg  
Jägerstr. 40  
70174 Stuttgart  
nuebling@lpk-bw.de

Dr. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist darüber hinaus Gesellschafter der GfQG Karlsruhe und Betreuer von Masterarbeiten an der Medical School Hamburg.



### **Katharina Niedermeier, M. Sc. Psych.**

Katharina Niedermeier, M. Sc. Psych., hat an der Medical School Hamburg Psychologie studiert und befindet sich in einer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Aktuell ist sie zudem als Psychologin an der Universitätsmedizin Rostock tätig.



### **Lilian Hartmann, M. Sc. Psych.**

Lilian Hartmann, M. Sc. Psych., hat an der Medical School Hamburg Psychologie studiert und befindet sich in einer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.



### **Sophia Murzen, M. Sc. Psych.**

Sophia Murzen, M. Sc. Psych., hat an der Medical School Hamburg Psychologie studiert und befindet sich in einer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Aktuell absolviert sie die Praktische Tätigkeit im Rahmen eines Praktikums im Sana HANSE-Klinikum Wismar.



### **Prof. Dr. Rainer Petzina**

Prof. Dr. Dr. med. Rainer Petzina ist ausgebildeter Facharzt für Herzchirurgie. Seit 2020 hat er die Professur für Patientensicherheit, Qualitätsmanagement und Klinisches Risikomanagement an der Medical School Hamburg inne, deren Rektor er zugleich ist.

# Hintergrund und Kommentar

## Die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist ein Meilenstein für die Psychotherapeuten-schaft und die Versorgung psychisch kranker Menschen

Dietrich Munz, Nina Gott-Klein & Johannes Klein-Heßling

**Zusammenfassung:** Nach über 15 Jahren Debatte tritt am 1. September 2020 die Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft. Nach Verabschiedung des Reformgesetzes und der Approbationsordnung kann eine positive Bilanz gezogen werden. Die Umwandlung der postgradualen Ausbildung in ein Approbationsstudium mit anschließender Weiterbildung ist ein Meilenstein. Die künftige Qualifizierung deckt die Breite des Berufsbildes ab, sichert dem Nachwuchs ein angemessenes Einkommen nach dem Studium und gibt den Psychotherapeutinnen die notwendige Souveränität, über die Weiterbildungsordnung grundlegende Teile der Qualifizierung selbst zu gestalten. Die Umsetzung ist wegen der kurzen Fristen und der Kompromisse im Gesetzgebungsverfahren eine große Herausforderung. Ihre Auswirkungen müssen beobachtet und evaluiert werden. An einzelnen Stellen wird sicher noch nachzubessern sein, denn nach der Reform ist vor der Reform.

Seit mehr als 15 Jahren berichtet das Psychotherapeutenjournal in Fachbeiträgen, auf den Seiten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Landespsychotherapeutenkammern über die Reformdiskussion der Psychotherapeutenausbildung. Informiert wurde über den Reformbedarf, die Debatten und Lösungsvorschläge der Profession und die Appelle an den Gesetzgeber, endlich zu handeln. Im vergangenen Jahr hat der Gesetzgeber gehandelt und die Psychotherapeutenausbildung reformiert. Seit März gibt es eine Approbationsordnung, die die neue Psychotherapeutenausbildung regelt. Jetzt ist es an der Zeit, im Psychotherapeutenjournal Bilanz zu ziehen – Kasten 1 liefert zunächst einen chronologischen Überblick des langen Weges zur Reform.

### Das Psychotherapeutengesetz von 1998: Initialzündung mit baldigem Reformbedarf

Vor über 20 Jahren wurde das Psychotherapeutengesetz erlassen. Es war die Initialzündung für die Professionalisierung der psychotherapeutischen Berufe. Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen wurden zur stärksten Säule der psychotherapeutischen Versorgung und zu einer gewichtigen Stimme

#### Von der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes zu seiner grundlegenden Reform

- 1998 Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes
- 2004 Erste Analysen des Reformbedarfs und Lösungsvorschläge
- 2009 Forschungsgutachten des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Psychotherapeutenausbildung
- 2011 Forderung des 16. Deutschen Psychotherapeutentags nach einer umfassenden Reform und Vorlage eines Gesetzesvorschlags durch die Profession
- 2013 Reformvereinbarung im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD
- 2014 Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages für eine umfassende Reform
- 2016 Reformeckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit
- 2019 Gesetzgebungsverfahren in Bundestag und Bundesrat
- 2020 Inkrafttreten der Reform am 1. September

#### Kasten 1: Der lange Weg zur Reform

bei Fragen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie haben sich in Psychotherapeutenkammern organisiert, regeln seitdem wesentliche Teile ihres

### Auszug aus dem Berufsbild: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ...

- diagnostizieren, beraten und behandeln selbstständig, eigenverantwortlich und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Behandlungsverfahren,
- kennen die psychischen, sozialen und somatischen Faktoren bei psychischen Erkrankungen (biopsychosoziales Verständnis) und behandeln Patientinnen und Patienten in ambulanten, teilstationären und stationären sowie anderen institutionellen Versorgungsbereichen und -settings,
- erkennen psychische Faktoren bei somatischen Erkrankungen, unterstützen bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen und nehmen an der Versorgung somatisch kranker Menschen teil,
- fördern Eigeninitiative und Aktivität ihrer Patientinnen und Patienten und berücksichtigen deren lebensweltliche Werte und Entscheidungen,
- planen, koordinieren, leiten und evaluieren Maßnahmen und Programme in verschiedenen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung,
- engagieren sich in der kurativen und palliativen Versorgung sowie der Rehabilitation und Beratung,
- berücksichtigen die Einflüsse aus unterschiedlichen Lebenswelten auf die psychische Gesundheit,
- versorgen Patientinnen und Patienten über die gesamte Lebensspanne, berücksichtigen dabei deren Lebenswelten, insbesondere in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die spezifischen Chancen und Risiken der jeweiligen Entwicklungsphasen, auch unter Reflexion der gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen Lebensgeschichte,
- beziehen andere für die jeweilige Lebenswelt ihrer Patientinnen und Patienten relevante Berufsgruppen in ihr Handeln ein,
- arbeiten in Aus-, Fort- und Weiterbildung, in Forschung und Lehre, im Bildungswesen, im Gesundheitswesen, im öffentlichen und betrieblichen Gesundheitsdienst, in der Kinder- und Jugendhilfe und in anderen Feldern des Sozialwesens,
- übernehmen die Leitung und das Management von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen,
- stellen ihre Kompetenz als Sachverständige zur Verfügung,
- erforschen psychische Erkrankungen, ihre Feststellung, Entstehung, Prävention und Behandlung,
- betätigen sich in der wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Erprobung der Diagnostik und von Konzepten, Verfahren und Methoden der Heilkunde, insbesondere der Psychotherapie,
- beteiligen sich an der Erhaltung und Weiterentwicklung der soziokulturellen Lebensgrundlagen mit Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen und setzen sich dabei aktiv für Schutzrechte von Menschen und gegen benachteiligende Strukturen und Prozesse ein,
- engagieren sich in den Gremien der Selbstverwaltung und bringen ihre fachliche Expertise in politische Entscheidungsprozesse ein,
- entwickeln ihre beruflichen Kompetenzen, den Berufsstand und die Berufsfelder im Einklang mit ihren berufsethischen Verpflichtungen stetig weiter.

*Anmerkung:* Der Entwurf eines Berufsbildes wurde auf dem 24. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im Mai 2014 beraten und dem Reformbeschluss des 25. DPT zugrunde gelegt. Das vollständige Dokument kann hier heruntergeladen werden:

[https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20141118\\_berufsbild\\_ag\\_lr\\_stand\\_06052014.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20141118_berufsbild_ag_lr_stand_06052014.pdf)

#### Kasten 2: Breite des psychotherapeutischen Berufsbildes

Berufsrechts selbst und nehmen in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erfolgreich Einfluss auf die psychotherapeutische Versorgung.

Doch schon nach wenigen Jahren zeigten sich eklatante Schwachstellen des Gesetzes. Eine Ausbildung auf dem Niveau der anderen akademischen Heilberufe ließ sich durch die Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse nicht mehr sicherstellen. Die bundeseinheitlichen Studien- und Prüfungsordnungen verschwanden und mit ihnen die klar definierten Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapeutenausbildung. So wurde es möglich, mit einem Bachelorabschluss die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zu beginnen. Die Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) beklagten darüber hinaus schon bald die prekären Lebensverhältnisse, mit denen die jahrelange Ausbildung nach dem Studium verbunden war. Ein großer Mangel war zudem, dass die Ausbildung nicht auf die Breite des Berufsbildes (Kasten 2) abstellte, sondern den Schwerpunkt auf die ambulante Behandlung nach der Psychotherapie-Richtlinie legte. Besonders schmerzhaft war schließlich auch, dass Psychothe-

rapeutinnen nicht dieselben notwendigen Freiräume erhalten haben wie die anderen akademischen Heilberufe, um ihre Berufsausübung selbst zu regeln und die Weiterentwicklung der Versorgung mitzugestalten. Die Qualifizierung bis zur Fachkunde wurde durch ein Bundesgesetz geregelt und nicht durch Kammerordnungen und die Heilkundeerlaubnis war auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren beschränkt.

### Gesetzgebungsverfahren mit einem Gesamtreformkonzept der Profession

Durch kleinere Änderungen im Psychotherapeutengesetz hätten diese Missstände nicht behoben werden können. Im November 2014 votierte deshalb der 25. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) mit großer Mehrheit für eine grundlegende Änderung der Qualifizierungsstruktur. Ziel war eine zweiphasige wissenschaftliche und praktische Qualifizierung mit einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Master-niveau mit Approbation in der ersten Phase und einer anschließenden Weiterbildung mit Spezialisierung auf Altersgebiete

und Vertiefungen in Psychotherapieverfahren und -methoden in der zweiten Phase. Dabei sollte die Breite des psychotherapeutischen Berufsbildes berücksichtigt, die rechtliche und finanzielle Sicherheit für die Teilnehmerinnen der Aus- und Weiterbildung verbessert, die Weiterentwicklung der Psychotherapie durch den Berufsstand ermöglicht und die Qualität der heutigen Ausbildung sichergestellt werden. Zur Klärung der Reformdetails hat die BPtK im Januar 2015 das Projekt Transition gestartet. In einem strukturierten Diskussions- und Arbeitsprozess wurde ein Gesamtkonzept der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung entwickelt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017) unter Einbindung der Landespsychotherapeutenkammern, der Delegierten der Deutschen Psychotherapeutentage, der psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände, der Fachgesellschaften, der PiA und der Trägerverbände der Ausbildungsstätten, der Fakultäten- und Fachbereichstage und mithilfe externer Expertisen.

Am Ende der letzten Legislaturperiode fand das Reformkonzept in Eckpunkten und einem Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums einen ersten Niederschlag. Mit der Fortsetzung der großen Koalition nahm das Gesetzgebungsverfahren rasch Fahrt auf. Anfang Januar 2019 gab es einen Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, im Herbst 2019 passierte das Gesetz den Bundestag und den Bundesrat (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz, 2019). Das verabschiedete Gesetz, dessen wesentliche Teile am 1. September 2020 in Kraft treten, greift grundlegende Forderungen der Profession auf.

## Das reformierte Psychotherapeutengesetz ist ein Meilenstein

Mit der Reform wird Wirklichkeit, was der 25. DPT im Jahr 2014 mit großer Mehrheit beschlossen hat. Ab dem 1. September 2020 kann sich der Nachwuchs bereits im Studium für eine Approbation qualifizieren und danach in Berufstätigkeit für die Fachkunde weiterbilden. Die zentralen Probleme der bisherigen Psychotherapeutenausbildung werden durch die Reform beseitigt:

- Der Masterabschluss ist für alle die Mindestanforderung, um die neue Approbation zu erhalten. Das gilt unabhängig davon, ob Psychotherapeutinnen Kinder, Jugendliche oder Erwachsene behandeln.
- Über die Approbationsordnung werden bundeseinheitliche Studieninhalte und -strukturen sichergestellt.
- Mit dieser Approbation kann eine Weiterbildung mit angemessener Bezahlung aufgenommen werden. Der prekäre rechtliche und finanzielle Status der postgradualen Ausbildung wird für die nächste Psychotherapeutengeneration beendet.

Die Reform und die Qualifizierung in einer Weiterbildung übertragen Psychotherapeutinnen zugleich mehr Verantwort-

ung für die Gestaltung ihres Berufes. Zu den künftigen Aufgaben und beruflichen Perspektiven können sie die Weichen selbst stellen.

Die Änderungen gelten für alle, die ab dem 1. September 2020 ihr Studium beginnen, und betreffen insbesondere die vom Bundesgesetzgeber regelbaren Grundstrukturen der Ausbildung (Kasten 3), die Berufsbezeichnung und die Heilkundeerlaubnis. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber Bestandsschutzregelungen geschaffen für diejenigen, die bereits ein Studium oder eine Ausbildung begonnen oder abgeschlossen haben.

## Berufsbezeichnung für ein breites Kompetenzprofil

Wer die neue Approbation erhält, wird die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ führen. Das war eine zentrale Forderung der Profession. Der Gesetzgeber begründet die Entscheidung für diese Berufsbezeichnung damit, dass sie im allgemeinen Sprachgebrauch seit Jahren für Psychologische Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) verwendet wird. Alle neuen Psychotherapeutinnen werden mit dieser Approbation die gleichen Rechte und Pflichten haben. Die Spezialisierung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen und die Vertiefung eines Psychotherapieverfahrens erfolgen erst in der Weiterbildung. Mit der Bezeichnung „Fachpsychotherapeutin/ Fachpsychotherapeut“ für Weitergebildete können Patientinnen künftig eindeutig zwischen Psychotherapeutinnen mit und ohne Weiterbildung unterscheiden. Trennscharf ist auf diese Weise auch die Abgrenzung zu Fachärztinnen, die sich nach ärztlichem Berufsrecht neben ihrer Facharztbezeichnung bei entsprechender Weiterbildung ebenfalls Psychotherapeutinnen nennen dürfen.

Die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ deckt die Breite des Tätigkeitsprofils in der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung sowie weiteren institutionellen Bereichen ab. Diagnostik und Behandlungsindikation sind die Kernkompetenzen der psychotherapeutischen Heilkunde. Im geänderten Psychotherapeutengesetz ist jetzt klargestellt, dass zu den Tätigkeiten neben der Diagnostik und Behandlung auch Beratung, Prävention und Rehabilitation sowie die Mitwirkung an der Versorgung von Menschen mit körperlichen Erkrankungen, die Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen, die Veranlassung von Behandlungsmaßnahmen und die Übernahme von Leitungsfunktionen gehören. Nicht alle Tätigkeiten unterliegen deshalb grundsätzlich einem Approbationsvorbehalt, wie die Beispiele Beratung und Prävention zeigen.

Auch der Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen ist Ausbildungsziel, damit Psychotherapeutinnen ihre Heilkunde weiterentwickeln, Weiterentwicklungen kritisch bewerten und die eigene Arbeit auf dem neuesten Stand halten können. Mit der Weiterbildung nach Studium und Approbation wird eine mehrjährige Qualifizierung sichergestellt, die dem Stand der Wissenschaft entspricht und die zu einer eigenverantwortli-

| Heutige Struktur   | Künftige Struktur  |
|--|--|
| <b>I. Studium</b><br>Drei Studienabschlüsse möglich: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psychologie (Masterabschluss)</li> <li>■ Pädagogik (Bachelorabschluss)</li> <li>■ Soziale Arbeit (Bachelorabschluss)</li> </ul>  | <b>I. Approbationsstudium</b><br>Masterabschluss für einen Beruf (z. B. „Psychologin“): <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Studieninhalte geregelt in einer Approbationsordnung</li> <li>■ Vermittlung klinisch-praktischer und wissenschaftlicher Kompetenzen</li> <li>■ praktische Erfahrungen in mehreren wissenschaftlich anerkannten Verfahren.</li> </ul>  |
| <b>II. Postgraduale Ausbildung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ „Auszubildende“ sind „Praktikantinnen“ ohne Vergütungsanspruch</li> <li>■ Ausbildung für zwei Berufe: „Psychologische/r Psychotherapeut/in (PP)“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (KJP)“</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verfahrensvertiefung</li> <li>■ ambulante Behandlungsfälle und stationäres „Praktikum“</li> </ul>   | Staatsprüfung für die Approbation und den Beruf „Psychotherapeutin/ Psychotherapeut“<br><br><b>II. Weiterbildung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Weiterzubildende sind in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung</li> <li>■ Spezialisierung in einem von der Psychotherapeutenkammer definierten Gebiet, z. B. „Kinder und Jugendliche“ oder „Erwachsene“</li> <li>■ Verfahrensvertiefung</li> <li>■ ambulant und stationär (fakultativ in institutionellen Bereichen)</li> </ul> |
| Staatsprüfung<br>Approbation als PP oder KJP   | Anerkennung als Fachpsychotherapeutin/Fachpsychotherapeut  |
| <p>Die Erteilung der neu geregelten Approbation setzt ein fünfjähriges Studium an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule voraus, das sich zusammensetzt aus einem Bachelorstudiengang und einem darauf aufbauenden Masterstudiengang. Mit dem Studium werden wissenschaftliche und praktische Kompetenzen für diesen akademischen Heilberuf vermittelt. Als Psychotherapeutinnen dürfen sich Absolventinnen aber erst dann bezeichnen, wenn sie zusätzlich zum Abschluss des Masterstudienganges eine staatliche Prüfung („psychotherapeutische Prüfung“) bestehen und die Approbation durch die zuständige Stelle erteilt wird. Auf diese Weise wird die zweistufige Struktur des Studiums (Bachelor und Master) mit bundeseinheitlicher Qualitätssicherung für die Ausbildung in einem akademischen Heilberuf verknüpft. Diese Verknüpfung ist erforderlich, weil die Schaffung eines neuen Staatsexamensstudienganges hochschulpolitisch nicht durchsetzbar war und das zweistufige Studium auch im Zuge des Bologna-Prozesses zur Verwirklichung einer europaweiten Vergleichbarkeit und Vereinheitlichung von Studiengängen vom Gesetzgeber priorisiert wird.</p> |  |

### Kasten 3: Vergleich der alten und der neuen Qualifizierungsstruktur

chen Anwendungskompetenz von Psychotherapieverfahren in der Patientenversorgung befähigt. Erst durch die Weiterbildung kann deshalb die Fachkunde zur Behandlung von Patientinnen der gesetzlichen Krankenversicherung erlangt werden.

## Angemessenes Gehalt in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung nach dem Studium

Die Weiterbildung in einem Gebiet findet grundsätzlich in hauptberuflicher Tätigkeit statt. Das verlangen die Heilberufsgesetze der Länder. Der mit der Reform vollzogene Systemwechsel stellt sicher, dass die nach neuem Recht Approbierten nach dem Studium wie Assistenzärztinnen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei angemessenem Gehalt und mit allen Arbeitnehmerrechten weiterqualifiziert werden. Dieser Status war ein wichtiges Ziel der Reform, der aber auch seinen Preis hat. Wer das Tarifgehalt einer Universitätsabsolventin erhält, muss dafür auch in größerem Umfang und mit zunehmender Routine und Selbstständigkeit Leistungen in seinem Beschäftigungsverhältnis erbringen. Für die stationäre Weiterbildung gibt es bereits vergleichbare Strukturen bei den Ärztinnen, die für die Psychotherapeutinnen ad-

aptiert werden können. Flankierend hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis 2021 Personalmindestvorgaben für die psychotherapeutische Versorgung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu schaffen. Damit werden der essenzielle Versorgungsbeitrag und die Berufsbezeichnungen der Psychotherapeutinnen endlich auch in der stationären Versorgung transparent gemacht.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen geschaffen, dass mit diesem Systemwechsel die qualitätssichernden Strukturmerkmale der heutigen Ausbildung erhalten bleiben können. Die Ambulanzen der heutigen Ausbildungsstätten haben einen Bestandsschutz erhalten. Sie können als Weiterbildungsambulanzen ermächtigt werden, wenn sie von den Kammern als Weiterbildungsstätten zugelassen werden. Dabei sollen die Verbände der Weiterbildungsambulanzen und der Krankenkassen auf Landesebene eine Leistungsvergütung verhandeln, die die Kosten der Institute und Ambulanzen deckt und von der mindestens 40 Prozent an die Weiterbildungsteilnehmerinnen ausgezahlt werden. Das entspricht nicht der Forderung der Psychotherapeutenchaft, die sich für eine analoge Förderung wie in der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eingesetzt hat. Nun müs-

sen zunächst die Verhandlungen auf Landesebene abgewartet werden, um die Lösung des Gesetzgebers abschließend bewerten zu können.

## Ein Wermutstropfen: Therapiefreiheit bleibt auf der Forderungsliste

Die Forderung nach einer Öffnung der Heilkundeerlaubnis wurde nicht umgesetzt. Die BPtK und die meisten Verbände hatten sich dafür stark gemacht, dass sich die Heilkundeerlaubnis in Zukunft nicht mehr auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren beschränken soll. Dadurch könnten Psychotherapeutinnen genauso wie Ärztinnen im Rahmen ihrer Heilkundeerlaubnis z. B. innovative Behandlungsmethoden zu Forschungszwecken einsetzen, die noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind. Sowohl die gründliche Ausbildung als auch die Berufsaufsicht der Psychotherapeutenkammern würden sicherstellen, dass diese Therapiefreiheit verantwortlich eingesetzt werden müsste.

Vor allem aus der Ärzteschaft gab es jedoch massive Interventionen, um der anderen Berufsgruppe psychotherapeutische Befugnisse zu verwehren, die für Ärzte selbstverständlich sind. Wir hätten es sehr begrüßt, wenn zumindest alle Psychotherapeutinnen und alle Heilberufskammern bei dieser Frage an einem Strang gezogen hätten, um die Rolle der Selbstverwaltung der Heilberufe zu stärken. Die geforderte Therapiefreiheit hätte sich auch positiv auf die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ausgewirkt. Der von der Bundesärztekammer und der BPtK getragene Beirat hätte ein echtes gemeinsames Gremium werden können, weil sich seine Empfehlungen für beide Berufe auf gleiche Weise ausgewirkt hätten. So bleibt es zunächst dabei, dass die Ärzteschaft über den Beirat mitentscheidet, was zur Heilkunde unserer Berufsgruppe gehört. Umgekehrt gilt das nicht.

Ausübung von Psychotherapie ist künftig jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Leider findet sich in der Gesetzesbegründung kein Hinweis auf die Motivation und die Implikationen, diese Definition gegenüber der alten Heilkundeerlaubnis um die Voraussetzung der Verfahrensprüfung zu ergänzen.

## Die Approbationsordnung: Gelungene Gratwanderung zwischen Bachelor-/Mastersystematik und Staatsexamensstudiengängen

Am 1. September 2020 tritt auch die Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen in Kraft (Kasten 4). Damit haben die Universitäten und Aufsichtsbehörden klare Vorgaben zur Ge-

staltung der Studiengänge, in denen Psychotherapeutinnen für die psychotherapeutische Heilkunde ausgebildet werden.

Die Approbationsordnung ist das Ergebnis einer Gratwanderung zwischen der Offenheit der Bachelor- und Mastersystematik und den dezidierten Regelungen in den Staatsexamensstudiengängen der anderen Heilberufe unter Berücksichtigung einer Reihe weiterer Prämissen, die unter anderem auch im BPtK-Gesamtkonzept gefordert wurden. Danach muss das Studium

- im Bachelorabschnitt polyvalent sein, damit Absolventinnen danach auch andere berufliche Entwicklungen neben der Psychotherapie einschlagen können,
- die Breite der Grundlagenwissenschaften abdecken, zu denen mindestens die Psychologie, Pädagogik und Medizin sowie die Grundorientierungen der Psychotherapie gehören,
- genügend klinische Erfahrung und rechtliche Grundlagen vermitteln, die eine Approbation rechtfertigen und die Sicherheit der Patientinnen nicht gefährden,
- Patientinnen aller Altersgruppen einschließen,
- wissenschaftlich auf Masterniveau qualifizieren und
- die Breite der Psychotherapieverfahren und -methoden vermitteln, die in der Weiterbildung vertieft werden können.

Bei den vielen Anforderungen und dem zeitlichen Druck, unter dem die Approbationsordnung erstellt werden musste, ist diese Gratwanderung gut ausgefallen. Die Regelungen stellen sicher, dass das psychotherapeutische Berufsbild und der Kompetenzkatalog der Profession im Studium angemessen berücksichtigt sind, dass es ausreichende Umfänge und Inhalte der praktischen und wissenschaftlichen Qualifizierung gibt und dass das Studium in gleicher und ausreichender Weise für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen qualifiziert. Ein Wermutstropfen dieser Gratwanderung ist, dass die Verfahren und Methoden der Grundorientierungen der Psychotherapie nicht zwingend von Lehrenden mit vertiefter Ausbildung oder sozialrechtlicher Anerkennung im jeweiligen Verfahren zu vermitteln sind.

Allein im Masterstudium entsprechen die berufsqualifizierenden Tätigkeiten in der Versorgung vom Umfang dem von der Profession geforderten Praxissemester. Alle praktischen Erfahrungszeiten haben zusammengenommen einen Umfang von über 62 Leistungspunkten (ECTS). Das entspricht zwei Semestern bzw. einem ganzen Studienjahr. In Bezug auf die Qualifikation für die psychotherapeutische Versorgung ist das deutlich mehr, als das Medizinstudium über Famulaturen und im praktischen Jahr ermöglicht. Äußerungen aus der Ärzteschaft, diese neue Approbation der Psychotherapeutinnen sei nichts Wert, haben daher vermutlich andere Ursachen als die angebliche Sorge um die Sicherheit der Patientinnen.

### Die Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen (2020) auf einen Blick

Die Approbationsordnung regelt insbesondere die Mindestinhalte und Strukturanforderungen an Bachelor- und Masterstudiengänge und die psychotherapeutische Prüfung für die Erteilung der Approbation nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die Bezeichnung des Studienganges und Studienabschlusses lässt das Gesetz offen. Das Studium kann daher von unterschiedlichen Fachbereichen oder Fakultäten angeboten werden. Die Bezeichnung des Studienganges gibt die Approbation nicht vor. Absolventinnen können deshalb neben Psychotherapeutinnen z. B. auch Masterpsychologinnen sein.

Von den 300 Leistungspunkten (ECTS) eines Bachelor- und Masterstudiums werden 180 ECTS für hochschulische Lehre und Berufspraxis durch das Psychotherapeutengesetz und die Approbationsordnung festgelegt. Dazu gehören 570 Stunden berufspraktische Einsätze im Bachelorstudium und 750 Stunden im Masterstudium. Der Umfang der berufspraktischen Einsätze im Masterstudium hat damit einen Umfang, der einem Praxissemester entsprechen würde.

### Wissenschaftliche und praktische Qualifizierung für die Breite des Berufsbildes

Voraussetzung für die neue Approbation ist der Abschluss eines dreijährigen Bachelor- und zweijährigen Masterstudiums und das Ablegen einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung. Die Rechtsverordnung folgt dem Reformkonzept der Psychotherapeutenchaft und stellt nach der Bologna-Reform vor 20 Jahren wieder bundesweite Standards her. Sie sichert den Masterabschluss als Zugang zum Psychotherapeutenberuf und sorgt dafür, dass das Studium Kompetenzen für die Breite des akademischen Heilberufs vermittelt. Dazu gehören sowohl Wissenschaft als auch Praxis. Zu den Kompetenzen zählen auch die Entwicklung und Umsetzung von Innovationen. Inhalte des Studiums sind darüber hinaus die Prävention, Rehabilitation und Tätigkeiten in anderen institutionellen Kontexten. Außerdem verlangt die Approbationsordnung, dass im Studium die Behandlung aller Altersgruppen vom Säuglings- bis hin zum hohen Erwachsenenalter und die Vielfalt der Psychotherapieverfahren und -methoden gelehrt werden.

### Umfassende Berufspraxis unter Anleitung von Psychotherapeutinnen

Notwendige Bestandteile sind unter anderem 570 Stunden berufspraktische Einsätze im Bachelorstudium und 750 Stunden im Masterstudium. Allein im Masterstudium werden Präsenzzeiten von mindestens 600 Stunden in der (teil-)stationären und ambulanten Patientenversorgung gefordert. Das entspricht einem Praxissemester. Die Anforderungen an die fachliche Anleitung der Studierenden während der berufspraktischen Tätigkeiten wurde vom Bundesrat noch angehoben. Die Anleitung hat in diesen Ausbildungsabschnitten durch Psychotherapeutinnen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische Psychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen mit entsprechender Fachkunde zu erfolgen.

### Neue Maßstäbe der Qualifizierung für die psychotherapeutische Versorgung

Die Diagnostik psychischer Erkrankungen und die Behandlungsindikation sind Kernkompetenzen der psychotherapeutischen Heilkunde, die mit der Approbation beherrscht werden müssen, um qualifiziert beraten, Behandlungsempfehlungen aussprechen oder selbst behandeln zu können. Ihr Erwerb wird durch Bachelor- und Masterabschlüsse nachgewiesen. Die anschließende staatliche Prüfung besteht aus einer mündlich-praktischen Prüfung auf Grundlage selbst dokumentierter Behandlungsfälle und einer Parcoursprüfung mit Schauspielpatientinnen zur realitätsnahen Prüfung der Handlungskompetenzen.

#### Kasten 4: Die Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen

Jetzt kommt es darauf an, dass im Rahmen der Akkreditierung und durch Evaluierung die Implementation der Ordnung an den Universitäten konstruktiv und kritisch begleitet wird, um bei Bedarf nachzusteuern. Der Erfolg der neuen Qualifizierungsstruktur ist zudem davon abhängig, dass Studium und Weiterbildung gut aufeinander abgestimmt werden. Mit der Koordinierungsgruppe Studium/Weiterbildung hat die BPTK dazu gemeinsam mit dem Fakultätentag Psychologie einen kontinuierlichen Austausch initiiert.

Der Gesetzgeber geht von jährlich 3.600 Studienanfängerinnen im Bachelorstudiengang aus und 2.800 Studierenden, die jährlich mit dem Masterstudium beginnen. Nach Prognosen der BPTK werden mindestens 2.500 Fachpsychotherapeutenanerkennungen pro Jahr benötigt, um den Bedarf in der psychotherapeutischen Versorgung zu decken. Alle, die ab 1. September 2020 ein Studium mit der Absicht aufnehmen, Psychotherapeutin zu werden, müssen einen Studiengang belegen, der den Anforderungen der Approbationsordnung entspricht. Daher braucht es jetzt auf Bundes- und Landesebene große Anstrengungen, um diese Studienplatzkapazitäten sicherzustellen.

## Die Herausforderung: Regelung der Weiterbildung für die nach neuem Recht Approbierten

Mit der Reform ist es nun die Aufgabe des Berufsstandes, die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin zu regeln. Die Breite des psychotherapeutischen Berufsbildes wird sich in der Praxis nur verankern, wenn künftige Psychotherapeutinnen dafür nicht nur im Studium, sondern auch in der Weiterbildung die erforderlichen Kompetenzen erwerben können. Dafür bleibt nicht viel Zeit. Bereits ab Herbst 2022 kann es erste Absolventinnen des neuen Masterstudienganges geben, die nach der Approbation eine Weiterbildungsstelle brauchen (Kasten 5, S. 144).

## Weiterbildung ist keine Ausbildung 2.0

Die zukünftige Weiterbildung ist inhaltlich und strukturell völlig anders aufgebaut als die heutige Ausbildung. Die berufliche Qualifizierung nach der Approbation richtet sich zukünftig nach den Weiterbildungsordnungen der Psychothe-

### Von der Verabschiedung der Reform zu den ersten Weiterbildungsplätzen

- 2019** Start des Projektes „Reform der Musterweiterbildungsordnung (MWBO)“ der BPTK
- 2020** Die ersten Studierenden können nach polyvalentem Bachelor zum Wintersemester in den neuen Masterstudiengang starten
- 2020** Beratung des ersten Entwurfs der MWBO im Deutschen Psychotherapeutentag
- 2021** Verabschiedung der reformierten MWBO durch den Deutschen Psychotherapeutentag
- 2021** Verabschiedung der WBOen in den Landespsychotherapeutenkammern
- 2022** Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten durch die Landeskammern
- 2022** Erste Absolventinnen schließen den Masterstudiengang ab und erhalten eine Approbation als Psychotherapeutin
- 2027** Erste Psychotherapeutinnen erhalten nach absolvierter Weiterbildung die Anerkennung als Fachpsychotherapeutin

#### Kasten 5: Zeitplan für die Neuregelung der Weiterbildung

rapeutenkammern. Sie regeln unter Berücksichtigung der jeweiligen Ländergesetze umfassend die Kriterien und Inhalte der Weiterbildung. Damit können die Kammern selbst neue Anforderungen der Versorgung in ihrer beruflichen Qualifizierung verankern. Die Kammern sind darüber hinaus auch für die Qualitätssicherung in der Weiterbildung zuständig. Sie bestimmen in ihren Weiterbildungsordnungen die konkreten Anforderungen an die Weiterbildungen und sind zuständig für sämtliche Verfahren, die Weiterbildungsbefugnisse und Zulassungen für Weiterbildungsstätten betreffen. Auch die Weiterbildungsprüfungen und Anerkennungen für die mit den Weiterbildungen angestrebten Bezeichnungen erfolgen bei den Kammern. Selbstverantwortung erhält die Profession auch dadurch, dass Weiterbildungsbefugte der eigenen Kammer angehören müssen und die Psychotherapeutinnen in Weiterbildung Kammerangehörige sind.

Völlig anders wird auch die Situation des Nachwuchses nach dem Studium sein. Psychotherapeutinnen haben mit ihrer Approbation Anspruch auf ein angemessenes Gehalt. Das gilt auch in der Weiterbildung, die in der Regel hauptberuflich in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung stattfindet. Auch Zeiten der Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung gehören dabei zur bezahlten Arbeitszeit. Ein solches Gehalt setzt nach Einarbeitungsphasen routinierte Tätigkeiten bei zunehmender Selbstständigkeit voraus. Die dafür erforderliche Berufserfahrung braucht ihre Zeit. Die Weiterbildung wird deshalb länger dauern müssen als die heutige Ausbildung. Durch ausreichend lange Beschäftigungsverhältnisse und eine zunehmend selbstständigere Arbeitsweise tragen Psychotherapeutinnen in Weiterbildung dazu bei, dass die Weiterbildungsstätten entsprechende Gehälter finanzieren können.

## Im Projekt „Reform der MWBO“ im strukturierten Dialog zu bundeseinheitlichen Regelungen

Bei der Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung startet die Profession nicht bei null, sondern kann auf umfangreiche Vorarbeiten zurückgreifen. Im Gesamtkonzept der BPTK wurden bereits Eckpunkte der Weiterbildung formuliert (Kasten 6) und Kompetenzziele aus dem Berufsbild und den dazugehörigen Berufsrollen hergeleitet. Dazu gehört, dass sich Psychotherapeutinnen in Altersgebieten auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen und in Psychotherapieverfahren spezialisieren. Intensiv geprüft wird darüber hinaus eine Gebietsweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie. Der Gesetzgeber hat diese Strukturmerkmale des Gesamtkonzeptes bereits bei den Voraussetzungen für den Arztregistereintrag übernommen.

Die BPTK hat 2019 das Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“ gestartet, um unter Mitwirkung der Landespsychotherapeutenkammern und in enger Abstimmung mit Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Vertreterinnen der heutigen Ausbildungsinstitute, PiA und Studierenden eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) zu entwickeln, die weitgehend bundeseinheitlich in den Weiterbildungsordnungen der Länder umgesetzt wird. Ziel ist, dass die Landespsychotherapeutenkammern auf dieser Grundlage Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte anerkannt haben werden, wenn Psychotherapeutinnen mit der neuen Approbation im Rahmen ihrer Berufstätigkeit eine Weiterbildung zu Fachpsychotherapeutinnen beginnen wollen.

## Stand der Gremienarbeit: Mit breiter Expertise und im intensiven Diskurs zu guten Lösungen

Das BPTK-Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“ ist auf einem guten Weg bei der Entwicklung von Regelungen für den Paragrafenteil und der Definition von Kompetenzziele und Mindestanforderungen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen. Aktuell stehen in den Gremien folgende Themen im Fokus:

- die Klärung grundlegender Strukturmerkmale wie Weiterbildungsgebiete und Bereiche und der gesetzlichen Anforderungen an die Durchführung der Weiterbildung,
- die konkreten Grenzen der Altersgebiete insbesondere mit Blick auf das Transitionsalter,
- die Prüfung eines eigenständigen Fachgebietes Klinische Neuropsychologie,
- der Stellenwert des Psychotherapieverfahrens und Regelungen zu seiner Ankündigung,
- Fragen der Qualitätssicherung und Koordinierung, z. B. durch Institute und im Rahmen von Verbundweiterbildungen,

- die Integration von wissenschaftlicher Qualifizierung in die Weiterbildung und
- die Struktur eines Rasters zur Definition der inhaltlichen Anforderungen an die Fachgebiete.

#### Weiterbildung in den altersgruppenspezifischen Fachgebieten jeweils mit Vertiefung in mindestens einem Psychotherapieverfahren

- Gliederung in die Gebiete „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ und „Psychotherapie für Erwachsene“
- Die Weiterbildung in einem Altersgebiet ist mit dem Erwerb der Fachkompetenz in einem oder mehreren wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren verbunden.
- Die Berufsbezeichnung lautet beispielhaft „Fachpsychotherapeutin für Erwachsene (Systemische Psychotherapie)“.

#### Weiterbildungsstationen: ambulant, stationär und weitere institutionelle Bereiche

- Die Weiterbildung ist grundsätzlich in hauptberuflicher Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung zu absolvieren sowie optional in weiteren institutionellen Bereichen wie der Jugendhilfe oder Gemeindepsychiatrie, in denen psychotherapeutische Versorgungsleistungen erbracht werden.

#### Zusatzqualifikationen/Weiterbildungsbereiche

- können in einer Bereichsweiterbildung Zusatzbezeichnungen (z. B. „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ oder „Spezielle Schmerzpsychotherapie“) erworben werden.

#### Dauer der Weiterbildung

Gesamtdauer der Weiterbildung in den Fachgebieten: fünf Jahre, davon mindestens zwei Jahre ambulant und zwei Jahre stationär

- Erwerb ausreichender Kompetenzen in allen Versorgungsbereichen
- Berücksichtigung eines längeren Einarbeitungszeitraums in Versorgungseinrichtungen
- Wahlmöglichkeit der Weiterbildung in der ambulanten und stationären Versorgung sowie weiteren institutionellen Bereichen

#### Organisation der Weiterbildung

- Verbundweiterbildung möglich, in der Institute Theorie und Selbsterfahrung organisieren und Kooperationsvereinbarungen mit anderen Weiterbildungsstätten schließen, zum Zwecke der Qualität der Weiterbildung
- Psychotherapeutinnen in Weiterbildung befinden sich in der Regel in einer Lebensphase, in der die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ebenso bedeutsam sein kann wie die weitergehende wissenschaftliche Qualifizierung etwa im Rahmen eines Promotionsvorhabens.

#### Finanzierung der Weiterbildung

- Psychotherapeutinnen haben nach der Approbation – wie die Angehörigen der anderen Heilberufe – Anspruch auf eine angemessene Vergütung während einer Weiterbildung in Berufstätigkeit.

Kasten 6: Eckpunkte der Weiterbildung im BPtK-Gesamtkonzept (2017)

Die Ergebnisse der ersten Gremienberatungen (zur Gremienstruktur siehe Abbildung S. 146) werden über die Homepage der BPtK öffentlich zugänglich gemacht. In einer Online-Befragung sollen diese darüber hinaus von einem breiteren Fachpublikum und anschließend von den Delegierten des DPT diskutiert werden. Auf Grundlage dieser Beratungen werden die Regelungen für die MWBO weiter konkretisiert und wiederum mit Fachöffentlichkeit und im DPT erörtert. Parallel dazu finden Beratungen in den Landeskammern statt, damit am Ende möglichst einheitliche Weiterbildungsordnungen in den Ländern verabschiedet werden können. Gemeinsam arbeiten BPtK und Landeskammern daran, dass die erforderlichen Ressourcen für die Verwaltung der neuen Aufgaben rechtzeitig zur Verfügung stehen. Zu weiteren Aufgaben wie der Finanzierung der Weiterbildung oder der Organisation der Weiterbildung in Krankenhäusern tritt die BPtK direkt in den Dialog z. B. mit dem GKV-Spitzenverband, ärztlichen Landesorganisationen oder den Trägern von Einrichtungen in institutionellen Bereichen.

## Ausbildung nach altem Recht: Eine bittere Pille für die PiA

Bei der Reform waren die Psychotherapeutinnen an einer anderen Stelle weniger erfolgreich. Die PiA haben durch ihre Proteste wesentlich zu der Reform beigetragen. Sie werden aber nur teilweise davon profitieren können. Zumindest für das sogenannte Psychiatriejahr wurde eine Verbesserung erreicht. Alle PiA werden in diesem Ausbildungsabschnitt eine Vergütung von mindestens 1.000 Euro im Monat erhalten, wenn sie das Psychiatriejahr in Vollzeitform absolvieren. Weil diese Vergütungen vollständig über die Pflegesätze refinanziert werden können, haben die Krankenhäuser dadurch keine zusätzlichen finanziellen Belastungen. Im Gegenteil, sie bekommen zusätzliches Personal zum Nulltarif. Die BPtK hatte sich für eine entsprechende Vergütung während der gesamten Ausbildung eingesetzt. Offen ist noch, wann und in welcher Höhe es zu einer besseren Vergütung der PiA an den Ausbildungsambulanzen kommen wird. Der Gesetzgeber schreibt einen mindestens 40-prozentigen Vergütungsanteil an den Ausbildungsbehandlungen vor. Die konkreten Details und die Anrechnung von Ausbildungskosten werden aber noch auf Landesebene zwischen den Ausbildungsstätten und Krankenkassen verhandelt.

Das größte Ärgernis der bisherigen Ausbildung ist damit zwar etwas abgemildert, aber nicht beseitigt. Trotz abgeschlossenen Hochschulstudiums werden weiter PiA ohne Anspruch auf ein vergleichbares Einkommen in der Versorgung tätig sein. Klar ist, innerhalb der rechtlichen Strukturen einer postgradualen Ausbildung gibt es keinen Spielraum für eine Qualifizierung in Berufstätigkeit. PiA fehlt die Approbation, über die ihre ärztlichen Kolleginnen und die künftigen Psychotherapeutinnen bereits nach dem Studium verfügen. Erst mit der Approbation sind sie befugt, selbstständig Heilkunde zu erbringen, für die sie vergütet werden können.

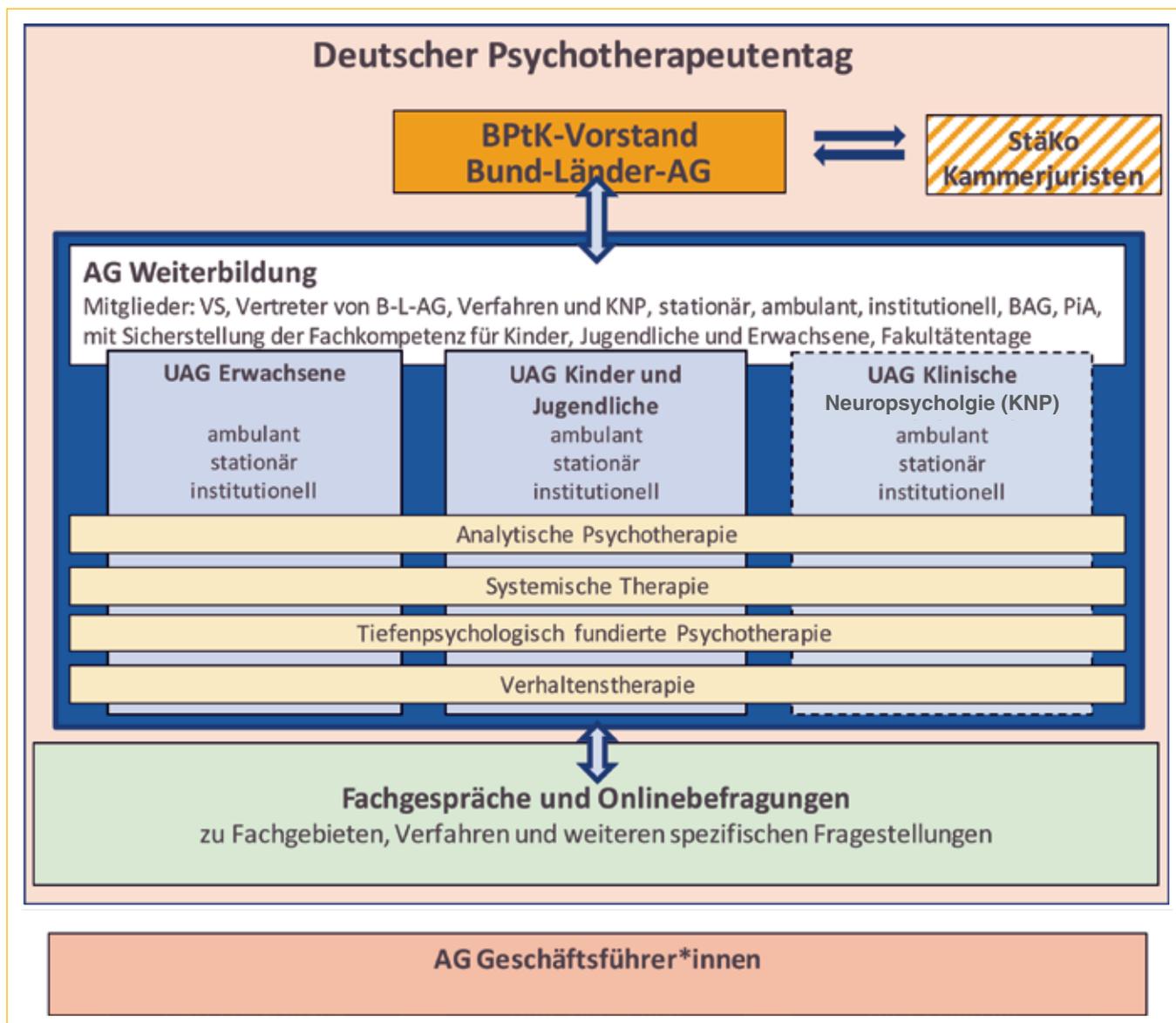


Abbildung: Gremien im Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“ der BPTK

Die Regelungen zu den Übergangszeiträumen sorgen dafür, dass alle PiA eine bis Ende August 2020 begonnene postgraduale Ausbildung abschließen können. Studierende der Psychologie, Pädagogik oder Sozialen Arbeit, die vor Inkrafttreten der Reform ihr Studium aufgenommen haben, haben bis 2032 und in Härtefällen sogar bis 2035 Zeit, die postgraduale Ausbildung absolvieren zu können. Für sie wird es also eine lange Phase des Übergangs geben, in der die alten Strukturen weiterbestehen. Damit diese Ausbildungen weiter absolviert werden können, erhalten die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten einen Bestandsschutz.

## Kaum Auswirkungen der Reform auf PP und KJP

Das Reformgesetz betrifft vor allem die künftigen Psychotherapeutinnen. Für PP und KJP ändert die Reform wenig.

Die Änderung der Heilkundeerlaubnis, die nun explizit auch wissenschaftlich anerkannte Methoden umfasst, wird nicht nur für die nach neuem Recht Approbierten, sondern auch für alle PP und KJP gelten. Darüber hinaus führen sie ihre Berufsbezeichnungen weiter und behalten ihren berufs- und sozialrechtlichen Status mit Ausnahme der weiteren Änderungen des SGB V, die auf den letzten Metern und ohne Anhörung der Verbände in das Gesetz gekommen sind (s. u.).

Das bedeutet, dass der Gesetzgeber die BPTK-Forderung nach Übergangs- und Anerkennungsregelungen nicht umgesetzt hat, nach der KJP die neue Approbation und damit eine Heilkundeerlaubnis ohne Altersbeschränkungen erhalten sollten. Insbesondere wegen der Defizite in der Versorgung von jungen Erwachsenen und Menschen mit geistiger Behinderung wie auch zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen im Transitionsalter hatte die BPTK eine Änderung im Rahmen des Übergangsrechts gefordert. Für KJP sollte

die Möglichkeit von Anpassungsmaßnahmen geschaffen werden, mit denen die Altersbeschränkung ihrer Approbation aufgehoben werden könnte.

PP und KJP profitieren also nicht unmittelbar von der Reform. Sie bleiben aber noch lange Zeit die größte Gruppe der Kammerangehörigen. Bei heute rund 50.000 Angehörigen der Psychotherapeutenkammern und erwarteten rund 2.500 Absolventinnen, die in einigen Jahren nach der reformierten Ausbildung jährlich neu approbiert werden, sind PP und KJP noch weit in die 2030er-Jahre die Mehrheit unter den Kammerangehörigen. Auf sie wird es noch lange Zeit ankommen, wenn es um eine gute und bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung in Deutschland geht. Deshalb wird es auch für sie eine stetige Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen geben, z. B. durch die Regelung neuer Weiterbildungsbereiche. Darüber hinaus können sie aktiv an der Aus- und Weiterbildung der künftigen Psychotherapeutinnen mitwirken, als Dozentinnen, Praktikumsanleiterinnen, Weiterbildungsbefugte, Supervisorinnen, Selbsterfahrungsleiterinnen und Prüferinnen.

## Weitgehende und fehlende Änderungen im Sozialrecht

Das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz ist ein Artikelgesetz, mit dem nicht nur die Psychotherapeutenausbildung neu geregelt wurde, sondern weitgehende Änderungen insbesondere im Sozialrecht vorgenommen wurden, die die ganze Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen betreffen. Zu diesen Änderungen gehört neben den erweiterten Befugnissen im Sozialgesetzbuch V, mit denen Psychotherapeutinnen künftig auch Ergotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege verordnen dürfen, vor allem auch der Auftrag an den G-BA, bis zum 31. Dezember 2020 eine Richtlinie für ein intensives ambulantes Versorgungsangebot von schwer psychisch kranken Menschen zu erlassen. Dabei geht es um ein komplexes Angebot intensiv-psychotherapeutischer Leistungen aus Einzel- und Gruppentherapie, medikamentöser Behandlung, Soziotherapie, häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie, das von Psychotherapeutinnen oder Psychiaterinnen koordiniert werden soll. Darüber hinaus soll der G-BA bis zum Herbst 2020 bettenbezogene Mindestvorgaben für die Zahl an Psychotherapeutinnen in den Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik vorlegen, damit die Psychotherapeutenberufe mehr als 20 Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz formal in die Krankenhausversorgung eingeführt werden und die Versorgung psychisch kranker Menschen im stationären Bereich verbessert wird.

Beide Aufträge an den G-BA zeigen, dass sich der Gesetzgeber über die Bedeutung und Kompetenzen der Psychotherapeutinnen in der Patientenversorgung im Klaren ist und ihnen deshalb an verschiedenen Stellen mehr Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen übertragen möchte. Wie weit dabei gedacht werden kann, zeigt die im

Referentenentwurf ursprünglich vorgesehene Regelung zu einem Modellstudiengang Psychopharmakotherapie, die nach massiven Protesten insbesondere aus der Ärzteschaft wieder zurückgezogen wurde.

Weitere Änderungen im Sozialrecht, wie der Auftrag an den G-BA, Mindestanforderungen einer Standarddokumentation zu beschließen, bis Ende 2022 ein neues sektorspezifisches QS-Verfahren in der ambulanten Psychotherapie einzuführen und anschließend das Antrags- und Gutachterverfahren abzuschaffen sowie Honorarzuschläge für Kurzzeittherapien zu zahlen, wurden erst kurz vor der abschließenden Lesung des Gesetzes durch die Regierungskoalition eingebracht. Eine fachliche Auseinandersetzung und die notwendige Beratung durch die Profession wurden auf diese Weise ausgeschlossen.

An anderen Stellen reichte der Reformeifer im Sozialrecht leider nicht weit genug. Anders als bei Ärztinnen entscheidet über den Eintrag ins Arztregister nicht ausschließlich der Abschluss der Gebietsweiterbildung. An dieser Stelle schreibt der Gesetzgeber einen weiteren Strukturfehler des Psychotherapeutengesetzes fort. Bei Psychotherapeutinnen setzt der Eintrag ins Arztregister auch künftig die Fachkunde in einem vom G-BA anerkannten Psychotherapieverfahren bzw. in einer anerkannten Methode oder Technik voraus. An dieser Stelle berücksichtigt das Sozialrecht auch künftig nicht das Berufsrecht, mit dem die Inhalte der Gebiete umfassend und abschließend geregelt werden. Stattdessen orientiert sich das Sozialrecht an Entschließungen des berufsrechtlich nicht zuständigen G-BA. Bei aller Anerkennung, die den Psychotherapeutinnen im Gesetzgebungsverfahren von den Abgeordneten (fast) aller Fraktionen entgegengebracht wurde, gibt es für das Erreichen des gleichen Grades an Souveränität wie bei den anderen akademischen Heilberufen auch künftig noch genug zu tun.

## Fazit und Ausblick

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung, die am 1. September 2020 in Kraft tritt, ist ein großer Wurf für die Psychotherapeutinnen und die psychotherapeutische Versorgung. Sie beendet eine Vielzahl struktureller Defizite in der bisherigen Psychotherapeutenausbildung. Die nach neuem Recht approbierten Psychotherapeutinnen müssen sich nach abgeschlossenem Studium nicht mehr jahrelang ohne geregeltes Einkommen und ohne ausreichende soziale und rechtliche Absicherung bis zur Approbation zusätzlich ausbilden lassen. Die Approbation nach Studium und staatlicher Prüfung bedeutet, dass die zukünftigen Psychotherapeutinnen eine Weiterbildung in Berufstätigkeit absolvieren werden, in der sie sozialversicherungspflichtige Beschäftigte sind.

Wichtiges Ergebnis der Reform ist auch, dass Psychotherapeutinnen die Qualifizierung künftig selbst an die Bedarfe der Versorgung psychisch kranker Menschen anpassen können. Diese Bedarfe haben sich in den vergangenen 20 Jahren deut-

lich geändert. Die Approbationsordnung schafft für das Studium gute Voraussetzungen. Darauf kann die Weiterbildung mit einem obligatorischen ambulanten und stationären sowie einem fakultativen Abschnitt in institutionellen Bereichen wie der Jugendhilfe oder Gemeindepsychiatrie aufsetzen.

Nach der Verabschiedung der Reform durch den Gesetzgeber liegt der Ball nun vor allem im Feld der Universitäten und Psychotherapeutenkammern. Gebraucht werden bundesweit ausreichende Studienplatzkapazitäten und eine Musterweiterbildungsordnung mit daraus abgeleiteten Weiterbildungsordnungen in den Landeskammern. Ziel ist, dass die nach neuem Recht Approbierten in angemessener Zeit und in der notwendigen Qualität eine strukturierte Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin absolvieren können.

Die große Einigkeit der Profession hat wesentlich zu dieser Reform und der insgesamt positiven Bilanz beigetragen. Es bleiben aber Forderungen, die im Gesetzgebungsverfahren nicht umgesetzt wurden. Bei der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung muss das Ergebnis der Verhandlungen der Weiterbildungsstätten mit den Verbänden der Krankenkassen abgewartet werden. In Bezug auf die Heilkundeerlaubnis und andere Fragen der Auswirkungen des Berufsrechts auf das Sozialrecht gilt: Nach der Reform ist vor der Reform.

### Literatur

Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) (2020), i. d. F. der Verkündung vom 04.03.2020, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 11, 448–483.

Bundespsychotherapeutenkammer (2017). Gesamtkonzept: Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. Verfügbar unter: [www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Gesamtkonzept\\_Reform\\_der\\_Aus-\\_und\\_Weiterbildung\\_mit\\_Anlagen\\_02.pdf](http://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Gesamtkonzept_Reform_der_Aus-_und_Weiterbildung_mit_Anlagen_02.pdf) [15.04.2020].

Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz) (2019), i. d. F. der Verkündung vom 15.11.2019, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 40, 1604–1621.



**Dr. Dietrich Munz**

**Korrespondenzadresse:**

Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
munz@bptk.de

Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. Dipl.-Phys. Dietrich Munz ist Psychologischer Psychotherapeut. Seit 2015 ist er Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und seit 2005 Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Landespsychotherapeutenkammer) Baden-Württemberg.



**Dr. Nina Gott-Klein**

[gott-klein@bptk.de](mailto:gott-klein@bptk.de)

Dr. iur. Nina Gott-Klein ist juristische Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer. In ihre Zuständigkeit fallen die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung.



**Dr. Johannes Klein-Heßling**

[klein-hessling@bptk.de](mailto:klein-hessling@bptk.de)

Dr. phil. Dipl.-Psych. Johannes Klein-Heßling ist wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer. In seine Zuständigkeit fallen die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Er begleitet die Reform der Psychotherapeutenausbildung von Anfang an.

# Rezensionen

## Körperpsychotherapie prinzipien- und subjektorientiert praktizieren

Geuter, U. (2019). *Praxis Körperpsychotherapie. 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess*. Berlin: Springer, 508 S., Softcover: 44,99 € / E-Book: 34,99 €

Das Herzstück dieses umfassenden Praxisbandes bilden zehn Prinzipien körperpsychotherapeutischer Praxis, die in den Kapiteln 6–15 entfaltet und erläutert werden. Geuter begründet ausführlich (Kapitel 2), was es heißt, in der Praxis von Grundsätzen und nicht von Techniken auszugehen. Prinzipien sind „leitende Gesichtspunkte für das therapeutische Handeln, die sich an Prozesszielen orientieren und die für jede einzelne Situation schöpferisch zu handhaben sind. Prinzipien geben ein allgemeines Verständnis dafür, was man wann warum tun kann“. Die zehn Prinzipien versteht Geuter als (s)einen Vorschlag zu einer Systematisierung der praktischen Vielfalt, welche die Körperpsychotherapie (KPT) anzubieten habe. Deren konkreter Darstellung sind noch Erläuterungen zu den allgemeinen Merkmalen eines prozessorientierten Vorgehens, zum Setting in der KPT und zur grundsätzlichen Bedeutsamkeit von Erlebensprozessen vorangestellt.

Jedes Prinzip wird sodann mit Bezug auf zwei Kernbegriffe diskutiert. „Wahrnehmen und Spüren“ (Kapitel 6) sowie „Gewahrsein und Gegenwart“ (Kapitel 7) bilden dabei die Grundlagen der erlebenszentrierten KPT. Erläutert wird, wie in der Psychotherapie die Wahrnehmung des körperlichen Erlebens als Basis für ein sinnhaftes Erfassen von Geschehnissen gefördert werden kann und welche Bedeutung Aufmerksamkeit und Achtsamkeit in der KPT haben: Mindfulness erfordert Bodyfulness. Kapitel 8 zeigt mit dem dritten Prinzip – „Erkunden und Entdecken“ – Arbeitsweisen auf, wie Patientinnen<sup>1</sup> mit etwas in Kontakt kommen, was ihnen noch nicht bewusst, nicht bekannt oder als verborgene Möglichkeit nicht verfügbar ist. Beim vierten

und fünften Prinzip – „Aktivieren und Ausdrücken“ bzw. „Regulieren und Modulieren“ – geht es um die Regulation emotionaler Prozesse: einerseits um die Förderung des Ausdrucks bei gehemmter bzw. überregulierter Emotionalität, andererseits um Selbstbeherrschung bei Übererregung oder unkontrollierten Impulsen. Das sechste und siebte Prinzip – „Zentrieren und Erden“ sowie „Berühren und Halten“ – diskutiert des Weiteren Arbeitsweisen der KPT, welche den meisten Leserinnen bekannt sein dürften. Mit dem achten Prinzip – „Inszenieren und Interagieren“ – verdeutlicht Geuter die Verbindung zwischen KPT und Psychodrama. Diese Verknüpfung mag zwar im Rahmen der Humanistischen Psychotherapie, zu der sich auch Geuter ausdrücklich bekennt, naheliegen. Diskurse und Bewertungen von Vertreterinnen anderer Verfahren zeigen allerdings, wie notwendig die Darstellung der genauen Zusammenhänge ist. Bei den letzten beiden Prinzipien – „Verkörpern und Handeln“ sowie „Reorganisieren und Transformieren“ – geht es um die Betonung und Stärkung einer ganzheitlich-körperlichen Erfahrung für adäquates Handeln. Diese sollen dazu dienen, die Befriedigung der Bedürfnisse in Einklang zur Mit- und Umwelt zu bringen und mehr Lebensfreude zu entwickeln. Das Buch wird ergänzt durch Kapitel über Indikationen und Kontraindikationen, die Rolle der Sprache sowie die Gestaltung und Handhabung der (körper)psychotherapeutischen Beziehung. In den Schlusskapiteln bereitet Geuter den Stand der Diskussion um Wirkfaktoren und die Befunde der empirischen Wirksamkeitsforschung auf.

Wie es für ein Buch mit dem Wort „Praxis“ im Titel zu erwarten ist, bietet der Band eine sehr große Anzahl an kleinen Fallvignetten bzw. „Therapiebeispielen“, wie Geuter diese konsequenterweise nennt, um auch hier explizit zu vermeiden, dass die komplexen Beschwerden und Leiden der Patientinnen begrifflich

zu abstrakten „Fällen“ verformt werden. Der Zugang zu diesem umfangreichen Stoff mit einer großen Fülle an Details wird deutlich durch seine sehr gute didaktische Struktur erleichtert. Jedes Kapitel beginnt mit einer „Lesehilfe“ in Form einer Einführung und Übersicht zu den folgenden Themen. Im gesamten Text sind Essentials durch Fettdruck und Spitzmarken hervorgehoben. Tabellenartige Übersichten sowie grau unterlegte, zusätzliche Erläuterungen und kurze Exkurse erleichtern erheblich den Zugang zum Dargestellten.

Neben der inhaltlichen Vermittlung der Arbeitsweisen in der KPT anhand der zehn Prinzipien ist die damit verbundene Perspektive auf Psychotherapie besonders bemerkenswert. Denn Geuter zeigt nachdrücklich, dass Psychotherapie (fast) immer auf der Entfaltung solcher Prinzipien und nur in Sonderfällen auf der Anwendung von Techniken beruht. Außerdem ist Geuters Verständnis des Menschen als ganzheitlich erlebendes und handelndes Subjekt hervorzuheben. Wie er betont, geht „eine auf das Subjekt ausgerichtete Psychotherapie in der Praxis vom subjektiven Erleben aus“; hierbei stehen „nicht Diagnosen und Störungen im Vordergrund, sondern die leidenden Menschen, deren emotionale Probleme sich auf allen Ebenen ihres Erlebens mitteilen (...)“ (S. 8).

Beide Aspekte – die Orientierung an Prinzipien und die Berücksichtigung des Menschen als Subjekt – werden in den Diskursen zur Entwicklung von Psychotherapie zu wenig beachtet. Daher ist dem Buch eine hohe Aufmerksamkeit zu wünschen.

Prof. Dr. Jürgen Kriz,  
Osnabrück

<sup>1</sup> 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.

## Zur aktuellen Diskussion um eine empirisch basierte Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Lutz, W., Neu, R. & Rubel, J. A. (2019). *Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 169 S., 24,95 € / E-Book: 21,95 €

Das von Wolfgang Lutz, Rebekka Neu und Julian A. Rubel 2019 veröffentlichte Buch zur „Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie“ soll praktisch arbeitenden Psychotherapeutinnen sowie Studierenden und Ausbildungsteilnehmerinnen „in komprimierter Form die Grundlagen zur Evaluation von Psychotherapieerläufen anhand von Beispielen vermitteln und Vorschläge für die eigene Umsetzung in die Routine“ (Zitat aus der Einleitung des Buches) machen. Was noch 1998 Klaus Grawe als „konkrete Utopie“ bezeichnet hatte, u. a. eine stärkere Erfolgsorientierung oder die Einführung einer routinemäßigen Qualitätskontrolle in der Psychotherapie, ist heute, mehr als 20 Jahre später und auf der Basis einer Vielzahl von Bemühungen zur Qualitätssicherung, ein Stück Realität geworden, wenngleich nicht systematisch und nicht verbindlich in der Routineversorgung. Dies dürfte sich nach Inkrafttreten des Psychotherapeuten-ausbildungsreformgesetzes ab 2020 ändern: Im Rahmen dieses Gesetzes wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, einen Vorschlag zu einer flächendeckenden, vergleichenden und empirisch basierten Qualitätssicherung (QS) für die Psychotherapie vorzulegen, der als Ablösung des bisherigen Gutachterverfahrens in die Routine Eingang finden soll.

Das 1. Kapitel des Buchs befasst sich mit der „Psychotherapieevaluation als Bestandteil psychotherapeutischer Identität, Praxis sowie Aus- und Weiterbildung“. Das Autorenteam weist zu Recht darauf hin, dass die empirische Fundierung durch Psychotherapie- und Evaluationsforschung einen maßgeblichen Beitrag dazu geleistet hat, dass sich die

Psychotherapie inzwischen als anerkannte Behandlungsform bei psychischen und psychosomatischen Störungen fest etablieren konnte.

Im 2. Kapitel wird skizziert, was Psychotherapeutinnen über Evaluation wissen sollten, und ein Überblick über einige wesentliche Grundlagen dazu gegeben. Leserinnen erhalten anhand von zehn Einzelfragen eine prägnante und kompetente Übersicht über die wichtigsten Themen. Fragen sind unter anderem: Was sind relevante Kriterien des Therapieerfolgs? Wie effektiv ist Psychotherapie? Wann ist eine Veränderung klinisch bedeutsam? Wie viel Psychotherapie ist notwendig? Hilft ein psychometrisches Feedback bzw. wie können Psychotherapeutinnen ein solches Feedback nutzen? Die Nutzarmachung von Verlaufsmessungen des therapeutischen Fortschritts im Sinne eines Routine Outcome Monitorings (ROM) ist ein Forschungsschwerpunkt des Autorenteams. Im Rahmen des ROM sollen auf der Basis von rationalen und empirischen Entscheidungsregeln – Letztere gewonnen aus großen Datensätzen der Routineversorgung – jeweils „erwartbare“ Therapieerläufe vorhergesagt und mit dem konkreten Verlauf der aktuellen Patientin verglichen werden können.

In Kapitel 3 werden mögliche und häufig verwendete Instrumente für die Therapieevaluation und Fortschrittsbeurteilung vorgestellt. Das Autorenteam verweist darauf, dass sich je nach Land unterschiedliche Standards und Initiativen ausgebildet haben, die unterschiedliche Fragebogenbatterien empfehlen. Anhand von Anwendungsbeispielen wird gezeigt, wie eine flächendeckende Implementierung einer solchen Qualitätssicherung von Psychotherapie aussehen könnte. Für die Umsetzung von solchen Routineerhebungen in der ambulanten psychotherapeutischen

Praxis wird vorgeschlagen, die Daten in sogenannten Trust-Centern oder auch von den Psychotherapeutinnen selbst erheben zu lassen. In Entwicklung befindliche sowie schon bestehende Softwarelösungen für die Routinepraxis werden in einem separaten Kapitel vorgeschlagen.

Kapitel 4 zeigt anhand von vier Fallbeispielen mit unterschiedlichem diagnostischen Hintergrund, wie eine Routinedokumentation in der Praxis umgesetzt werden kann und wie sowohl Psychotherapeutinnen als auch Patientinnen davon profitieren können. Das Buch schließt mit einem Verzeichnis der zitierten Fragebögen sowie dem Abdruck der für das vorgeschlagene Routinemonitoring wesentlichen frei verfügbaren Instrumente (FEP, PHQ-9, GAD-7, HS-CL-11, HAQ und WSAS).

Das Autorenteam liefert eine Reihe von praktikablen Vorschlägen einer empirisch basierten Qualitätssicherung von Psychotherapie, u. a. auch viele Vorschläge für Low-Tech-Varianten für Praktikerinnen mit einfachen Nutzungsmöglichkeiten sowie Papier- und Bleistift-Varianten zum Selbermachen. Die Verlaufsmessungen des QS-Modells dürften im institutionellen Kontext von Ambulanzen, Kliniken, Beratungsstellen etc. etwas besser ein- und durchführbar sein als in einer Psychotherapiepraxis. Niedergelassene müssen im Einzelfall prüfen, inwieweit das System eine Hilfestellung im Praxisalltag darstellen kann. Im Rahmen der Psychotherapeutenausbildung kann das QS-Modell, wie im Buch hervorgehoben wird, angehenden Psychotherapeutinnen ein wissenschaftlich gestütztes psychotherapeutisches Selbstverständnis vermitteln und eine zusätzliche Hilfe für selbstreflexives und selbstkritisches Arbeiten sein.

Dr. Rüdiger Nübling,  
Stuttgart

## Den Selbstwert stärken – ein universeller Therapiebaustein

Hanning, S. & Chmielewski, F. (2019). *Ganz viel Wert. Selbstwert aktiv aufbauen und festigen*. Weinheim: Beltz, 232 S., 22,95 €, mit Online-Materialien

Gibt man bei einem bekannten Online-Buchhändler das Stichwort „Selbstwert“ ein, erscheinen über 1.000 Buchvorschläge. Insofern stellt sich die Frage, ob ein weiteres Buch notwendig ist, welches die Arbeit am Selbstwert beschreibt. Nach der Lektüre des Buches von Sven Hanning und Fabian Chmielewski komme ich zu dem Schluss: ja.

Beide Autoren beschäftigen sich schon lange mit diesem Thema – diese Expertise ist dem Buch anzumerken. Das als Selbsthilfebuch konzipierte Werk enthält zahlreiche Übungen und theoretische Herleitungen, die auch für psychotherapeutisch arbeitende Kolleginnen spannend und aufschlussreich sind.

Das Buch ist in zwei große Bereiche untergliedert: einen theoretischen Teil, welcher bereits mit vielen Übungen und Arbeitsblättern versehen ist, und einen praktischen, der mit konkreten Maßnahmen auf eine spürbare Erhöhung des Selbstwerterlebens zielt.

Das im Theorieteil dargestellte Modell von Deci und Ryan (1993), das den Komplex von Selbstwert in die Bereiche Bindung (Fühle ich mich geliebt?), Kompetenz (Fühle ich mich kompetent und erhalte für meine Fähigkeiten Anerkennung?) und Selbstbestimmung (Bin ich ausreichend autonom und habe den Eindruck, mein Leben selbst bestimmen zu dürfen?) unterteilt, bietet die Möglichkeit, mit Patientinnen unterschiedliche Facetten des Selbstwertgefühls zu betrachten und hier neben Defiziten auch Ressourcen in bestimmten Bereichen zu finden. So fühlen Menschen vielleicht ein Selbstwertdefizit

im Bereich Bindung, sind sich aber im Bereich Kompetenz sehr sicher. Dies ist m. E. wichtig, um bei der Arbeit am Selbstwert nicht eine ausschließlich defizitäre Sichtweise zu verfolgen. Zahlreiche Arbeitsblätter unterstützen die Leserinnen bei der Analyse des eigenen Selbstwertempfindens.

Die Spiegelübung, die zu der Unterteilung in das „Bin-Ich“, „Soll-Ich“ und „Wunsch-Ich“ führt, hat einen hohen erkenntnisfördernden, emotionalen Wert, der – mit eigenen Patientinnen ausprobiert – viel bewegt. Die Unterteilung in die unterschiedlichen „Ichs“ hat den Vorteil, dass hier eine Übung vorgestellt wird, die verfahrensübergreifend angewandt werden kann. Analytisch und tiefenpsychologisch arbeitende Kolleginnen können hier ebenso profitieren, auch wenn die beiden Autoren von Hause aus Verhaltenstherapeuten sind. Die Übung kann angeleitet durch Psychotherapeutinnen im Rahmen der Psychotherapie oder des Coachings stattfinden und aufgrund der beim Verlag abrufbaren Hörversion auch selbstständig zu Hause.

Der Umgang mit Selbstwertdefiziten wird in Anlehnung an die schematherapeutischen Bewältigungsmodi beschrieben – auch hier ein Brückenschlag für die interdisziplinäre Arbeit. Der unschlagbare Vorteil in der Beschreibung liegt darin, dass sich so auch sogenannte „Überkompensiererinnen“, d. h. narzisstisch oder histrionisch strukturierte Patientinnen, wiederfinden und das dahinterstehende Problem des mangelnden Selbstwertes erkennen können.

Im zweiten praktischen Teil sind für jedes „Ich“ zahlreiche Übungen beschrieben, manche vielleicht schon bekannt, einige aber auch neu oder aus einem anderen Blickwinkel dargestellt. Für

Menschen, die selbstständig mit diesem Buch am Selbstwert arbeiten wollen, eine wahre Fundgrube an verschiedenen Übungen.

Möglicherweise sind die beschriebenen Externalisierungsübungen, wie Stuhldialoge und Imaginationsübungen, für darin ungeübte Menschen oder solche, die den theoretischen Hintergrund nicht haben (weil sie sich beispielsweise nicht in Psychotherapie befinden), zu schwer oder nicht gut nachvollziehbar; da es aber zahlreiche andere Übungen gibt, die noch dazu online als PDF oder auch als Hörversion abrufbar sind, kann sich hier jede Leserin heraussuchen, was sich gut und richtig für sie anfühlt.

Das Buch schließt ab mit der Darstellung des Zusammenhangs zwischen Bedürfnissen und werteorientiertem Verhalten einerseits und dem Selbstwerterleben andererseits. Ein Kapitel, das diese Problematik nur anreißen kann, aber erste Impulse dafür gibt und die Neugier weckt, sich damit mehr zu beschäftigen.

Ein kleines formales Manko ist, dass beim Verweis auf vorherig genutzte Arbeitsblätter nur die Nummern der Arbeitsblätter genannt werden, nicht die entsprechende Seitenzahl, was mühsames Suchen notwendig macht. Das stört ein wenig die ansonsten sehr flüssige Lesbarkeit des Buches.

Aus meiner Sicht ist dies ein Buch, welches Patientinnen bedingungslos zur Selbstlektüre empfohlen werden kann. Genauso gut kann es begleitend in der Psychotherapie eingesetzt oder können einzelne Übungen ausgewählt und direkt in der Psychotherapie durchgeführt werden.

Bianca Rodenstein,  
Görlitz

## Damit die Vergangenheit vergangen sein darf

**Burchartz, A. (2019). Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Psychodynamisch verstehen und behandeln. Stuttgart: Kohlhammer, 189 S., 34,- €**

Endlich liegt mit diesem Buch ein Text zum Thema Trauma vor, der speziell auf die psychodynamische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist. Burchartz beschreibt in gut verständlicher Sprache, vor dem Hintergrund psychoanalytischer Traumatheorien, unterschiedliche Behandlungskonzepte. Durch zahlreiche Fallbeispiele werden seine Haltung und praktische Vorgehensweise verdeutlicht. Trauma bedeutet für ihn nicht nur das zeitlich umgrenzte Erleben der Traumatisierung, sondern auch die dadurch entstandenen Einschränkungen und die Beeinträchtigung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen.

In einem theoretischen Teil werden, beginnend mit Freuds Verführungstheorie, zunächst psychoanalytische Ansätze wie die Triebtheorie, die Ich-Psychologie, der Ansatz von Sandor Ferenczi, die Objektbeziehungstheorien und die Bindungstheorie kurz vorgestellt.

Danach widmet der Autor dem Begriff „Trauma“ ein eigenes Kapitel. Er unterscheidet 1. das Ereignis als solches, „das mit Lebensbedrohung oder Bedrohung der Integrität der eigenen Person, oftmals seiner bis dahin sicherheitsgebenden sozialen Bezüge, einhergeht“ (S. 35), 2. die Art und Weise, wie sich das bedrohliche Ereignis auf die psychische Organisation auswirkt, sowie 3. die psychischen, physischen und sozialen Bewältigungsversuche. Die theoretischen Ansätze werden durch Beispiele aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen veranschaulicht.

Mit dem Kapitel „Formen der Traumatisierung in Kindheit und Jugend“ wird der spezifisch auf die Altersgruppe ausgerichtete Teil eingeleitet, der aber nicht nur für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen interessant sein dürfte. Schließlich haben zahlreiche erwachsene Patientinnen in der Kindheit

Traumatisierungen erlebt. Burchartz beschreibt differenziert die unterschiedlichen Formen kindlicher Traumatisierung, deren Kenntnis für eine gründliche Diagnostik unbedingt notwendig ist.

Der Psychodynamik ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Hier werden vor allem die Abwehrmechanismen der Dissoziation und der Identifikation mit der Person, von der die Aggression ausging, beschrieben sowie das Konzept des traumatischen Introjekts erörtert.

Das Kapitel „Traumafolgestörungen“ beschreibt anschaulich, wie sich die Traumatisierungen in unterschiedlichen Störungsbildern zeigen können beziehungsweise in ihnen versteckt sind. Burchartz problematisiert die medizinische Sichtweise der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in der ICD-10 und plädiert eher dafür, die Traumafolgestörungen als Teil der Traumatisierung selbst zu begreifen (S. 104). In diesem Zusammenhang legt er nahe, bei Kindern und Jugendlichen von einer „durch Traumatisierungen gestörten Persönlichkeitsentwicklung“ (S. 107) zu sprechen, um den Entwicklungsaspekt hervorzuheben. Er zieht die seines Erachtens oft vorschnell vorgenommene Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ in Zweifel, die etwa bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten häufiger gestellt wird: Da sich in der Adoleszenz durch die notwendige Ablösung von den primären Bezugspersonen die Selbst- und Objektbilder verändern, bleibt es oft unklar, ob bestimmten radikalen Verhaltensweisen eine schwerwiegende Pathologie zugrunde liegt oder es sich „nur“ um die Reaktion auf einen altersbedingten Verunsicherungszustand handelt. Genau hier sei es notwendig, die innerseelischen und familiären Prozesse mit den üblichen Mitteln der psychodynamischen Verfahren genau zu erfassen, beispielsweise durch „Szenisches Verstehen, Analyse von Übertragung und Gegenübertragung, sorgfältige biografische Anamnese, auch der Bezugspersonen, Beachtung der aktuellen Situation und der auslösenden Konstellation“ (S. 107). Die biografische Anamnese sei auch nötig, um eventuelle transgeneratio-

nale Weitergaben von Traumata erfassen zu können.

Richtig spannend für Praktikerinnen wird es im Kapitel „Therapie des Traumas“. Auch wenn psychodynamische Psychotherapie immer auf allgemeinen Prinzipien fußt, gibt es Besonderheiten zu berücksichtigen wie z. B. die Stärkung der Symbolfunktion, die Wiederherstellung des episodischen Gedächtnisses, Ich-Stärkung und strukturelle Reifung. Für die psychotherapeutische Arbeit bedeutet dies eine Notwendigkeit der Historisierung des Traumas wie auch der Differenzierung verschmolzener Subjekt-Objekt-Konstellationen vor allem von Selbst und Introjekt, der Zeugen- und der Hilfs-Ich-Funktion (S. 165). Ziel sei, „die gegenwärtigen inneren Objekt- und Selbstbilder der traumatisierenden Vergangenheit zu entreißen und zu transformieren, um eine kreative und lebensbejahende Einstellung zum Dasein zu ermöglichen. Wenn die Vergangenheit Vergangenheit sein darf und der Patient zum Leben in der Gegenwart und für seine Zukunft befreit ist, haben wir das Ziel der Therapie erreicht“ (S. 136).

Auf spezifische traumatherapeutische Techniken und Methoden wie Kathartymes Bilderleben (KIP), die Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie nach Reddemann (PITT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wird nur kurz eingegangen. Wer hier mehr erwartet, wird enttäuscht werden. Burchartz begrenzt sich auf die Darstellung psychoanalytischer Konzepte und deren Anwendung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die Schreckliches erlebt haben.

Das vorliegende Buch ist handlich, lässt sich sehr gut lesen und ist sowohl für Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsteilnehmende als auch für gestandene Praktikerinnen empfehlenswert. Es fällt schwer, etwas Kritisches darüber zu schreiben, und ich habe, ehrlich gesagt, außer zwei fehlenden Quellenangaben denn auch nichts gefunden.

Dr. Helene Timmermann,  
Hamburg

# Leserbriefe

## Zwei besondere Patientin- nengruppen bei nichtsuizialen Selbstverletzungen

Zu T. In-Albon et al.: Nichtsuizidale Selbstverletzungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter: Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Psychotherapie, *Psychotherapeutenjournal* 1/2020, S. 19–25.

Aus meiner praktischen Erfahrung möchte ich zwei Aspekte zu in diesem sehr hilfreichen Artikel nicht erwähnten Klient/inn/en-Gruppen ergänzen:

1. Eine für mich auffällige Komorbidität ist die Geschlechtsidentitätsstörung (F.64 in der ICD-10). Hintergrund für das selbstverletzende Verhalten ist hier die Ablehnung des eigenen Körpers, gekoppelt mit Spannungsabfuhr, die aus psychosozialen Problemen mit dem Outing und den Konflikten im Zusammenhang mit der Entscheidung für oder gegen eine Geschlechtsumwandlung resultiert. Dementsprechend verschwindet die Selbstverletzungstendenz in der Regel mit dem Entstehen einer klaren Perspektive und dem entschiedenen Auftreten in der neuen Identität.

2. Der noch viel häufigere Fall: Menschen im Autismusspektrum greifen auf unterschiedlichste Methoden der Selbststimulation (Insider sprechen von „Stimming“) zurück, um mit dem Overload an Wahrnehmungen vor dem Hintergrund ihrer Reizfilterschwäche umzugehen. Diese Selbststimulationen können bis hin zu (letztlich nicht wirklich beabsichtigten, aber mitunter sehr massiven) Selbstverletzungen reichen. Eine Abkehr davon ist nur möglich, wenn alternative Stimming-Methoden entdeckt und etabliert werden, die denselben Sicherheit gebenden und beruhigenden Effekt haben.

Dipl.-Psych. Michael Kief,  
Winterbach

## Nicht wirksamer werden ... wirksamer sein!

Zu A. Linsenhoff: *Wirksamer werden, Psychotherapeutenjournal* 1/2020, S. 4–11.

Nicht wirksamer werden ... wirksam sein! Eine Grundhaltung von „wohl-dosiertem“ professionellem Selbstzweifel als Psychotherapeut ist als Tugend heute nicht mehr ausreichend.

Das eigene berufliche Handeln sollte grundsätzlicher, radikaler zum Wohle der Klienten überdacht und modifiziert werden. Es reicht nicht an Wochenenden und Fortbildungspunkte zählend gelegentlich über den Tellerrand des eigenen Verfahrens hinauszublicken, um sich anschließend am Montag sozialrechtlich abgesichert einem Richtlinienverfahren zuzuwenden.

Die Befürchtungen vor möglichen negativen Rückmeldungen eines Klienten und die Angst des Psychotherapeuten vor beschämenden Gefühlen über die eigene Unzulänglichkeit, sollte auch das „Unbehagen an der Kultur“ der Standards des eigenen, beruflichen Handelns einschließen. (...) Schon seit vielen Jahrzehnten gibt es aber neue, wirksamere apparative Geräte-Verfahren (v.a. aus der Somato-Psycho-Therapie wie z. B. Biofeedback-Geräte). (...) Bei ihrem „Blick über den Zaun“ könnten Kollegen nicht nur lernen, dass die Wirksamkeit verschiedener verbaler Verfahren sich nicht nur sehr geringfügig unterscheidet, sondern dass die Wirksamkeit technisch unterstützter Systeme nicht nur metaphorisch, sondern als ganz konkrete „Quantensprünge“ sich vollziehen und

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 15. Juli 2020 bei der Redaktion ([redaktion@psychotherapeutenjournal.de](mailto:redaktion@psychotherapeutenjournal.de)) eingehen.

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

die therapeutische Wirksamkeit oft schlagartig erhöhen.

Leider sieht es aber bisher so aus, als wenn die derzeitige Psychotherapeuten-schaft – ähnlich wie viele Mediziner – auf die reduktionistischen Prämissen der klassischen Naturwissenschaften von vor 1900 nicht verzichten können und an Neuerungen bei den Geräte-Psychotherapien kaum Interesse haben.

Als zugegeben sarkastisches Schlusswort verbleibt mir dann nur noch zu sagen: Bei höheren Säugetieren – von den Primaten bis zum Psychotherapeuten der Spezies „homo sapiens“ – zeigt sich deren „höhere“ Intelligenz im Gebrauch der richtigen Werkzeuge.

Dipl.-Psych. Klaus Sommer,  
München

# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## Psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie verändert die psychotherapeutische Versorgung. Die häusliche Enge in den Familien und finanzielle Existenzängste verunsichern viele Menschen stark. Psychische Störungen können aufgrund der Corona-Krise zunehmen. Gleichzeitig haben Patientinnen ebenso wie Psychotherapeutinnen Angst vor Ansteckungen und für manche Patientinnen, die einer Risikogruppe angehören, ist der Weg in die Praxis angesichts des Ansteckungsrisikos nicht zumutbar. Nicht zuletzt konfrontieren verschärfte Hygienevorschriften Psychotherapeutinnen mit erheblichen fachlichen und organisatorischen Herausforderungen.

Psychotherapeutinnen stellen mit großem Engagement die psychotherapeutische Versorgung in dieser Krise sicher. In einer fortlaufend aktualisierten Praxis-Info „Coronavirus“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wurden wichtige Informationen für Psychotherapeutinnen zusammengestellt.

Die BPTK hat sich dafür eingesetzt, dass Psychotherapeutinnen ihre Behandlungen unter diesen Umständen auch mit möglichst geringem Ansteckungsrisiko für ihre Patientinnen und sich selbst erbringen können. Videobehandlungen können mit Ausnahme der Akutbehandlung eingesetzt und Psychotherapien während der Corona-Pandemie auch über das Telefon fortgeführt werden. Patientinnen wurden mithilfe eines BPTK-Wegweisers über die Zugänge zur Psychotherapie, aktuelle Hilfsangebote und spezifische Hotlines in den Bundesländern während der Corona-Krise informiert.

### Videobehandlung

Eine Videobehandlung ist im zweiten Quartal ausnahmsweise nicht auf 20 Prozent der Patientinnen und Leistungen limitiert. Ebenso sind die psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Gespräche befristet auch

per Video möglich. Damit können in begründeten Einzelfällen die Beratung und Diagnostik von Patientinnen ohne unmittelbaren Kontakt erfolgen. Insbesondere Quarantäne-Patientinnen sind nicht anders zu versorgen. Aber auch bei älteren Menschen oder Menschen mit somatischen Komorbiditäten kann das Ansteckungsrisiko bei einer Behandlung in der Praxis zu groß sein. Auch für Gruppentherapien wurden Erleichterungen geschaffen. Bereits genehmigte Gruppentherapiesitzungen können als Einzeltherapiesitzungen durchgeführt werden. Gruppentherapien und Akutbehandlungen per Video wurden jedoch bislang nicht ermöglicht.

### Telefonische Behandlung und Beratung

Psychotherapeutinnen können ihre Patientinnen befristet auch telefonisch weiterberaten und -behandeln. Das war eine dringend notwendige Lösung



BPTK-Informationsmaterialien zur Versorgung psychisch kranker Menschen in der Corona-Pandemie



BPTK-Reader: Erfahrungen von Psychotherapeut\*innen in der Coronakrise

für Patientinnen, die nicht in die Praxen kommen können und nicht über die technischen Voraussetzungen für eine Videobehandlung verfügen. Das Angebot ist auf maximal 20 Einheiten à 10 Minuten im Quartal begrenzt und gilt nur für Patientinnen, die in einem der letzten sechs Quartale bereits in der Praxis waren. Die BPTK hatte gefordert, während der Corona-Krise auch reguläre Psychotherapiesitzungen, die nicht im unmittelbaren Kontakt oder per Video erbracht werden können, per Telefon durchführen zu können.

### Information für Psychotherapeutinnen

Um Psychotherapeutinnen zu unterstützen, hat die BPTK wesentliche Informationen zur Corona-Pandemie in einer

Praxis-Info zusammengestellt. Fragen zur Videobehandlung werden in einer eigenen Praxis-Info adressiert. Ferner hat die BPTK in einer eigenen Reihe Erfahrungsberichte von Psychotherapeutinnen aus den unterschiedlichen Versorgungsbereichen dazu zusammengestellt, wie sich die Corona-Krise konkret auf ihre jeweilige psychotherapeutische Arbeit und ihre Patientinnen auswirkt.

### Telefon-Hilfsangebot für Pflegende

Die BPTK hat zusammen mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe unter der Schirmherrschaft des Deutschen Pflegerats und der Bundespflegekammer ein kostenfreies Telefon-Hilfsangebot für Pflegende entwickelt. Über dieses bundesweite Angebot soll

beruflich Pflegenden während der Corona-Krise kurzfristig eine telefonische Beratung durch ehrenamtlich tätige Psychotherapeutinnen ermöglicht werden.

Dafür wurde eine Terminvermittlungsplattform aufgebaut, auf der Psychotherapeutinnen 30-minütige Beratungstermine für beruflich Pflegende anbieten, die von den Pflegekräften online gebucht werden können.

Start für das telefonische Hilfsangebot war der 18. Mai 2020. Psychotherapeutinnen können sich ab sofort über eine Eingabemaske registrieren und freie Beratungstermine eintragen. Wir würden uns freuen, wenn Sie mitmachen! Siehe: [www.dbfk.de/de/corona-hilfe/index.php](http://www.dbfk.de/de/corona-hilfe/index.php)

### Absage des 36. DPT

Der 36. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hätte planmäßig am 15. und 16. Mai in Leipzig stattfinden sollen. Vor dem Hintergrund der Corona-Krise hat der Vorstand der BPTK in Abstimmung mit der Versammlungsleitung, der OPK als ausrichtender Kammer und dem Länderrat den Entschluss gefasst, den 36. DPT im Mai nicht durchzuführen.

Der 36. DPT hatte sich viel vorgenommen: Vorstand, Ausschüsse, Kommissionen und Länderrat sollten zum Stand ihrer Arbeiten berichten und die Tagesordnung sah Diskussionen und Meinungsbildung zu den Themen Reform der Musterweiterbildungsordnung, wirtschaftliche und berufliche Situation der Psychotherapeutinnen in der ambulanten Versorgung wie auch Empfehlungen zur Standarddokumentation in der Psychotherapie und nicht zuletzt zur Digitalen Agenda vor.

Diese Debatte und der gemeinsame Austausch sind wichtig für die berufspolitische Orientierung der Profession. Um dem Meinungsprozess zu den genannten Themen ausreichend Raum zu geben, plant der Vorstand, den nächsten DPT im November zweitägig auszurichten. Um dies zeitlich zu ermöglichen, wird in diesem Jahr ausnahmsweise keine Verleihung des Diotima-Ehrenpreises stattfinden.

Auch den Delegiertenworkshop zur Weiterbildung möchte die BPTK als Diskursplattform beibehalten. In diesem Rahmen sind Workshops als Webinare bereits für Juni und August dieses Jahres terminiert.

## Gesundheits-Apps in der Regelversorgung

Patientinnen, Psychotherapeutinnen und Ärztinnen können künftig in einem Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nachschlagen, welche Gesundheits-Apps verordnet werden können. Wie genau die Prüfung von Gesundheits-Apps in Zukunft erfolgen wird, hat das BfArM in einem Leitfaden zum Fast-Track-Verfahren zur Zulassung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) zusammengefasst. Der Leitfaden wurde am 5. Mai 2020 veröffentlicht. Nach der Veröffentlichung der Antragsformulare für Herstellerinnen, die zeitnah erfol-

gen sollte, werden die ersten Gesundheits-Apps nach der Prüfung durch das BfArM voraussichtlich im August in das Verzeichnis aufgenommen werden.

Mit diesem Leitfaden werden Patientinnen und Psychotherapeutinnen Zugriff auf transparente Informationen zu Gesundheits-Apps haben. Psychotherapeutinnen werden bei der Verordnung von Gesundheits-Apps aus dem Verzeichnis insbesondere darauf achten, dass deren Wirksamkeit in Studien ausreichend nachgewiesen wurde. Auch lässt sich im Verzeichnis erkennen, ob

bestimmte DiGA derzeit nur erprobt werden und daher noch gar keinen Wirksamkeitsnachweis erbracht haben.

Patientinnen müssen so nicht auf Gesundheits-Apps zurückgreifen, die ihnen von ihrer Krankenkasse angeboten werden, ohne dass klar ist, ob diese tatsächlich zu ihren Beschwerden passen. Nur Psychotherapeutinnen oder Ärztinnen haben die fachliche Qualifikation, zu beurteilen, ob und welche Gesundheits-App in einer Behandlung eingesetzt werden kann.

Für psychische Erkrankungen gibt es bereits eine Reihe evaluierte und als Medizinprodukte der Klassen I bzw. IIa zertifizierte digitale Anwendungen. Sie können die Prävention erleichtern oder eine Behandlung positiv ergänzen. Angesichts der Fülle des Angebots war es jedoch bisher weder für Patientinnen noch für Psychotherapeutinnen erkennbar, welche Angebote die von den Herstellerinnen angegebenen Effekte wirklich erzielen. Dies wird sich durch das Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen beim BfArM ändern.

Die BPtK lehnt es grundsätzlich ab, dass Patientinnen in der Regelversorgung DiGA zur Verfügung gestellt werden, bevor nicht durch klinische Studien nachgewiesen wurde, dass diese wirksam sind und die Patientensicherheit nicht gefährden. Wenn eine Patientin therapeutische Übungen durchführt, die gar nicht oder zu wenig wirken, verstärkt dies ihren Eindruck, z. B. nicht

gegen ihre depressiven Stimmungen anzukommen. Für einen depressionskranken Menschen ist es meist eine erhebliche Anstrengung, sich trotz seiner überwältigenden Gefühle der Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Misserfolge durch nicht wirksame Apps untergraben diese Therapiemotivation und können zu einer substanziellen Verschlechterung der Erkrankung führen. Psychotherapeutinnen müssen vor einer Verordnung also genau prüfen, welche DiGA aus dem BfArM-Leitfaden passend für die jeweilige Patientin ist.

### Elektronische Patientenakte

Der Bundestag hat in 1. Lesung über das Patientendaten-Schutz-Gesetz beraten. Mit dem Gesetz werden Regelungen für die Telematikinfrastruktur und die elektronische Patientenakte vorgelegt. Nach Ansicht der BPtK überwiegt der Nutzen einer elektronischen Patienten-

akte das Risiko nur, wenn garantiert ist, dass die Versicherten auf Leistungserbringer- und auch auf Dokumentenebene den Zugriff auf ihre Daten gestalten können. Die BPtK fordert daher, dass alles darangesetzt wird, dass das differenzierte Berechtigungsmanagement zeitgleich mit der Verfügbarkeit der elektronischen Patientenakte und nicht erst ab 2022 sichergestellt wird.

Die BPtK fordert außerdem, dass Psychotherapeutinnen auf alle relevanten Inhalte zugreifen können, sofern das von ihren Patientinnen gewünscht ist. Damit die Anwendungen der Telematikinfrastruktur tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen können, ist deren Akzeptanz durch Patientinnen und Leistungserbringerinnen zentral. Die BPtK lehnt daher die Sanktionierung von Praxen für die Nichtdurchführung des Versichertenstammdatenmanagements und fehlenden Zugriff auf die elektronische Patientenakte ab.

## Aktueller Stand im Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“

Nach Inkrafttreten der Reform der Psychotherapeutenausbildung und der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen am 1. September 2020 können ab dem Wintersemester 2020/21

die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge angeboten werden (s. Kasten zur Akkreditierung). Zwei Jahre später kann es daher erste Masterabsolventinnen geben, die nach der Approbation

ihre Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin absolvieren wollen. Bis dahin müssen die Landespsychotherapeutenkammern die neuen Weiterbildungen in ihren Ordnungen regeln und auf deren Grundlage Weiterbildungsstätten und -befugte anerkennen.

### BPtK-Workshop zur Akkreditierung von Studiengängen

Grundsätzlich werden Studiengänge einem Akkreditierungsverfahren unterzogen, das die Qualität sichtbar machen, informierte Entscheidungen von Studieninteressierten ermöglichen sowie die Gleichwertigkeit der Abschlüsse bei gleichzeitiger Förderung der Vielfalt der Ausbildungsinhalte und der Studiengangkonzeptionen gewährleisten soll. Das gilt auch für die neuen Approbationsstudiengänge, bei denen die Akkreditierung voraussetzt, dass die berufsrechtlichen Anforderungen des Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung erfüllt sind. Bei der Akkreditierung des Bachelorstudiengangs wirkt das für Gesundheit zuständige Landesministerium über die Vertreterin der Berufspraxis mit, beim Masterstudiengang entscheidet sie unmittelbar über die Einhaltung der berufsrechtlichen Voraussetzungen. Eine Vertreterin der Berufspraxis gehört zwingend zu den Mitgliedern der Gutachtergruppe der Akkreditierung.

Die Prüfung der berufsrechtlichen Voraussetzungen erfordert eine hohe Expertise bezüglich der Inhalte, Strukturen, fachlichen Qualifikationen und Anwendungsfelder des Berufs „Psychotherapeutin“ wie auch der rechtlichen Grundlagen der Berufsausübung und der neugeordneten Struktur der anschließenden Weiterbildung. Die BPtK und die Landespsychotherapeutenkammern haben deshalb der Stiftung Akkreditierungsrat, den Akkreditierungsagenturen und den zuständigen Landesbehörden empfohlen, dass die Kammern die geeigneten Expertinnen für die Berufung der Vertreterinnen der Berufspraxis in die Gutachterkommissionen benennen. In einem Workshop der BPtK am 24. April 2020 wurden Detailfragen zum Aufgaben- und Anforderungsprofil dieser Expertinnen beraten und weitere Schritte wie die Entwicklung einer Checkliste vereinbart.

Für bundeseinheitliche Rahmenvorgaben hat die BPtK 2019 das Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“ gestartet. Das Projekt setzt auf den im Gesamtkonzept der BPtK zu einer reformierten Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung vereinbarten Eckpunkten zur künftigen Ausgestaltung der Weiterbildung auf. Aktuell stehen in den Gremien bei der Entwicklung des Paragrafenteils und der Definition der Weiterbildungsgebiete folgende Themen im Mittelpunkt:

- Klärung grundlegender Strukturmerkmale wie Weiterbildungsgebiete und -bereiche,
- Grenzen der Altersgebiete insbesondere mit Blick auf das Transitionsalter,

- Prüfung der Einrichtung eines eigenständigen Fachgebietes Klinische Neuropsychologie,
- Stellenwert des Psychotherapieverfahrens im jeweiligen Weiterbildungsgebiet und Regelungen zu dessen Ankündigung,
- Qualitätssicherung und Koordination, insbesondere durch Institute sowie im Rahmen von Verbundweiterbildungen,
- Integration von wissenschaftlicher Qualifizierung in die Weiterbildung und
- Struktur eines Rasters zur Definition der inhaltlichen Anforderungen an die Fachgebiete.

Der DPT wird sich im November 2020 mit ersten Entwürfen befassen. In der Zwischenzeit wird der Diskurs über Webinare für DPT-Delegierte und eine Online-Befragung der beteiligten Organisationen und Interessengruppen

geführt. Unter Mitwirkung der Landespsychotherapeutenkammern und in enger Abstimmung mit Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Vertreterinnen der heutigen Ausbildungsinstitute, Psychotherapeutinnen in Ausbildung und Studierenden wird eine Musterweiterbildungsordnung entwickelt, die im Frühjahr 2021 verabschiedet werden kann. Mehr Informationen über den Stand des Projekts gibt es auf der Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer.

## Systemische Therapie endlich in der Regelversorgung

Ab dem 1. Juli 2020 steht die Systemische Therapie erwachsenen Patientinnen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung als weitere Behandlungsoption zur Verfügung. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Gebührenpositionen für die Systemische Therapie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die systemische Kurz- und Langzeittherapie im Einzel-, Mehrpersonen- und Gruppensetting wird auch der letzte Schritt vollzogen, damit gesetzlich Krankenversicherte in der ambulanten Versorgung Systemische Therapie erhalten können. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 22. November 2019, über zehn Jahre nach der berufsrechtlichen Aner-

kennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, die Systemische Therapie als viertes Psychotherapieverfahren zugelassen. Zum 1. März 2020 wurden in der Psychotherapie-Vereinbarung auch die Qualifikationsanforderungen festgelegt, die notwendig sind, um die Systemische Therapie bei Erwachsenen abrechnen zu können. Psychotherapeutinnen mit der entsprechenden Qualifikation konnten seither ihre Fachkunde in Systemischer Therapie in das Arztregister bei der Kassenärztlichen Vereinigung eintragen lassen.

Nach der Psychotherapie-Vereinbarung ist für den Fachkundenachweis in Systemischer Therapie erforderlich:

- eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit dem Vertiefungsverfahren Systemische Therapie oder
- ein Fachkundenachweis in Analytischer Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie sowie zusätzlich die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie.

Letztere Berechtigung ist durch ein Weiterbildungszertifikat der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer nachzuweisen. Wenn die Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer keine solche Zusatzweiterbildung in Systemischer Therapie vorsieht, kann diese Kammer übergangsweise bis zum 30. Juni 2026 bescheinigen, dass eine Gleichwertigkeit der Nachweise gemäß der Musterweiterbildungsordnung der BPTK besteht. Mit Stand Februar 2020 hatten etwa 200 Psychotherapeutinnen von ihrer Landespsychotherapeutenkammer die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie erhalten. Darüber hinaus haben bundesweit bislang circa 30 Psychologische Psychotherapeutinnen ihre Ausbildung mit dem Vertiefungsverfahren Systemische Therapie erfolgreich absolviert und können nunmehr einen Antrag auf Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung stellen. Bis 2023 werden voraussichtlich insgesamt fast 200 Psychologische Psychotherapeutinnen ihre Ausbildung mit dem Vertiefungsverfahren Systemische Therapie erfolgreich abschließen.

### Bundestag beschließt Gesetz zum Schutz vor Konversionsmaßnahmen

Der Bundestag hat am 7. Mai 2020 das Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen beschlossen. Mit dem Gesetz werden Maßnahmen, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität einer minderjährigen Person zu ändern oder zu unterdrücken, unter Strafe gestellt.

Das Gesetz ist aus Sicht der BPTK ein wichtiges gesellschaftspolitisches Signal dafür, dass die Diskriminierung und Stigmatisierung von Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit nicht toleriert wird und die betroffenen Menschen besser geschützt bzw. unterstützt werden müssen. Betroffene Personen weisen häufiger depressive Erkrankungen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch auf und haben insbesondere als Jugendliche und junge Erwachsene ein erhöhtes Suizidrisiko. Patientenbefragungen haben ergeben, dass es auch im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen zu Konversionsbehandlungen gekommen ist.

Wissenschaftlich ist heute unbestritten, dass Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit weder pathologische Fehlentwicklungen noch psychische Erkrankungen sind. Konversionsmaßnahmen stellen daher einen erheblichen Verstoß gegen das psychotherapeutische Berufsrecht dar, das sich im Unterschied zum strafrechtlichen Verbot nicht auf eine Altersgruppe beschränkt. Das Gesetz ist deshalb insbesondere auch zum Schutz vor der Vornahme von Konversionsmaßnahmen durch Personen bedeutsam, die nicht approbiert sind und keinen entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen unterliegen.

mische Therapie abgeschlossen haben.

Trotz der wissenschaftlichen Anerkennung bereits seit Dezember 2008 steht die Aufnahme der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren zur Be-

handlung von Kindern und Jugendlichen in die Psychotherapie-Richtlinie noch immer aus. Daher können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bisher auch keinen Antrag stellen, ihre Fachkunde in Systemischer Therapie in das Arztregister eintragen zu lassen.

Um das hierzu notwendige Verfahren beim G-BA in die Wege zu leiten, wurde von Frau Dr. Monika Lelgemann, Unparteiische Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses des G-BA, angekündigt, den erforderlichen Antrag auf Methodenbewertung zeitnah zu stellen.

## Komplexversorgung: BPtK-Konzept für ein ambulantes Versorgungsangebot

Der Gesetzgeber hat den G-BA damit beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 eine neue Richtlinie für ein komplexes, aufeinander abgestimmtes Angebot in der ambulanten Versorgung für psychisch schwerkranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen.

Aus Sicht der BPtK sollten Patientinnen, die Anspruch auf die Komplexbehandlung haben, nicht allein durch ihre Diagnose definiert werden. Zusätzlich ist insbesondere die Beeinträchtigung ihrer sozialen und beruflichen Teilhabe,

unter der sie aufgrund der psychischen Erkrankungen leiden, zu berücksichtigen. Im Bereich der Psychotherapie sind zusätzliche Leistungen wie Intensivpsychotherapie, Erhaltungstherapie, diagnose- und themenspezifische Psychoedukationsgruppen sowie Angehörigengruppen notwendig. Neben einer medikamentösen Behandlung können noch weitere zu veranlassende Leistungen wie beispielsweise Sozio- oder Ergotherapie die Komplexbehandlung ergänzen. Aus Sicht der BPtK sollte das Kernteam des Versorgungsverbundes für die ambulante Komplexbehandlung aus Psychotherapeutinnen und Psy-

chiaterrinnen bestehen. Kooperationsbeziehungen sollten ferner zu einem gemeindepsychiatrischen Verbund, einem psychiatrischen Krankenhaus oder der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses bestehen. Die Behandlungskoordination sollte entsprechend der Präferenz der Patientinnen und bereits bestehender Behandlungsbeziehungen durch ein Mitglied des Kernteams erfolgen. An die Versorgungsverbünde für ambulante Komplexbehandlungen sollten zudem strukturelle und prozedurale Anforderungen gestellt werden, unter anderem zum vorzuhaltenden Leistungsangebot, zum Eingangsassessments, zu gemeinsamen Dokumentationsstandards, zu Fallbesprechungen und zur Teilnahme an Qualitätszirkeln.

### BPtK-Prüfsteine für eine moderne Psychiatrie

Unter dem Titel „BPtK-Prüfsteine für eine moderne Psychiatrie“ hat die BPtK eine Information für angestellte Psychotherapeutinnen in den Kliniken veröffentlicht. Wie sollte die Klinik der Zukunft aussehen und welchen Stellenwert muss in ihr die Psychotherapie haben? Diese Frage stellt sich den Psychotherapeutinnen in den Kliniken wahrscheinlich häufig mit Blick auf ihre Patientinnen. Wichtige Aspekte sind aber gewiss auch die oft fehlenden Aufstiegschancen und eingeschränkten Verdienstmöglichkeiten. Wer als Psychotherapeutin in einer psychiatrischen Klinik bleibt, tut dies in der Regel aus der Überzeugung heraus, dass sich etwas bessern kann und wird. Eine solche Möglichkeit der Besserung könnte sich, trotz oft gegenteiliger Annahmen, durch die Mindestvorgaben für die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik des G-BA (PPP-Richtlinie) und den Auftrag des Gesetzgebers ergeben, die PPP-Richtlinie um bettenbezogene Mindestvorgaben für Psychotherapeutinnen zu ergänzen. Die BPtK kann sich an den Beratungen im G-BA beteiligen – mit welchen Argumenten sie dies tut, ist in der Mitgliederinfo nachzulesen. Dort wird auch analysiert, was das von einer Ärzteallianz promotete „Plattform-Modell“ bringen soll. Führt es zu mehr Psychotherapie? Werden Psychotherapeutinnen gemäß ihrem Aufgaben- und Kompetenzprofil in den Kliniken verankert? Oder geht es hier vorrangig um Berufspolitik? Weshalb verfolgt die BPtK einen anderen Kurs? Die Publikation, die in der neuen Reihe „BPtK-Zukunft“ erscheinen wird, kann demnächst auf der Homepage der BPtK heruntergeladen werden.

### Geschäftsstelle

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

# Nachruf auf Dr. Dieter Thomae

\* 23. Juni 1940 – † 14. März 2020

von Hans-Jochen Weidhaas

Mit dem Tod von Dr. Dieter Thomae haben wir einen Gesundheitspolitiker verloren, der maßgeblich am Zustandekommen des Psychotherapeutengesetzes von 1999 beteiligt war.

Dr. Dieter Thomae wurde am 23. Juni 1940 in Dahlem im Bitburger Land geboren. Der FDP trat Herr Thomae 1972 bei. Seit 1987 vertrat er den Wahlkreis Ahrweiler im Deutschen Bundestag, welchem er über fünf Wahlperioden bis zum Jahr 2005 angehörte.

Von 1987 bis 1991 war er Obmann im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, von 1991 bis 1998 Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags und anschließend bis 2005 gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion.

Ich lernte Herrn Thomae Ende der 1980er-Jahre im Landesfachausschuss „Gesundheitspolitik“ der FDP in Rheinland-Pfalz kennen. Von Anfang an hat er unser Bemühen um ein Psychotherapeutengesetz engagiert unterstützt. Als führender Gesundheitspolitiker der FDP hat er in der damaligen Regierungskoalition von CDU/CSU und FDP seinen Einfluss geltend gemacht. Seinem Wirken ist es zu verdanken, dass am Ende das sogenannte „Integrationsmodell“ von allen Parteien im Deutschen Bundestag mitgetragen wurde. Heute sind wir Psychotherapeutinnen neben den Haus- und Fachärztinnen gleichberechtigte Mitglieder im KV-System.

In einer der vielen Situationen, in welcher wir um das Zustandekommen des Psychotherapeutengesetzes bangen mussten, hatte Minister Seehofer die weitere Arbeit an dem Gesetz davon abhängig gemacht, dass es eine allseits akzeptierte Form der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen geben müsse. Den Forderungen der Ärzteschaft folgend, war im Gesetzentwurf zunächst vorgesehen, dass allein ärztliche Psychotherapeutinnen als Konsiliarärztinnen fungieren sollten – für uns eine fachlich nicht zu begründende, rein standespolitisch motivierte Regelung. Das Konsiliarverfahren in seiner heutigen Form erwies sich demgegenüber als ein letztlich für alle gangbarer Weg, den wir dem konsequenten Einsatz von Dr. Dieter Thomae verdanken:

Für ihn war klar, dass am Ende der Gesetzgebung ein freier und eigenständiger akademischer Heilberuf stehen musste, der weder fachlich noch wirtschaftlich von anderen akademischen Heilberufen abhängig sein durfte.

Dr. Dieter Thomae war ein ausgewiesener Experte für Gesundheits- und Sozialpolitik, fachlich wie menschlich über die Fraktionsgrenzen hinweg anerkannt und beliebt. Wir als Psychotherapeutenchaft wie nicht zuletzt auch unsere Patientinnen verdanken ihm ungemein viel.

Der Verstorbene wurde auf seinen Wunsch im engsten Angehörigenkreis in aller Stille beigesetzt. Wir trauern mit den Angehörigen von Dr. Dieter Thomae und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Coronavirus und die Maßnahmen zur Begrenzung der Pandemie beeinflussen nahezu alle Lebensbereiche und erschweren auch unsere Berufsausübung zum Teil erheblich, oft verbunden mit finanziellen Belastungen.

Für viele Menschen ist die aktuelle Situation vor allem durch Ängste, Isolation und nur noch eingeschränkte soziale Kontaktmöglichkeiten belastend. Aber auch beruflich bedingte Erschwernisse wie Kurzarbeit oder Homeoffice in beengter Wohnung können ebenso wie die verschärften Bedingungen durch Schutzmaßnahmen in Krankenhäusern oder Erkrankungen in Pflegeheimen psychische Herausforderungen sein. Viele der Menschen, die unter diesen Bedingungen leiden, sind nicht psychisch krank, bedürfen keiner Psychotherapie und sollten auch nicht „pathologisiert“ werden. Das war einer der wichtigsten Gründe, weshalb wir Initiativen unterstützt haben, die an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit der Bitte herantreten, Hilfesuchende mit unserer Kompetenz ehrenamtlich zu beraten. Gleichzeitig können wir einschätzen, ob sich bei Hilfe- und Ratsuchenden eine psychische Störung entwickelt oder schon besteht, und vor dem Hintergrund dieser Diagnose zu einer Psychotherapie motivieren oder diese vermitteln. Wir wissen, dass solche Beratungen anstrengend und belastend sein können. Deshalb danken wir allen, die mitmachen, herzlich für Ihr ehrenamtliches Engagement.

Einen Blick in die Zukunft zu wagen, ist immer schwierig. Wir sind jedoch gefordert, uns zu melden, wenn die wirtschaftlichen Folgen der ergrif-

fenen Schutzmaßnahmen oder auch die Lockerung der Einschränkungen dazu führen, dass gesellschaftliche Spannungen und damit verbundene psychische Belastungen größer werden. Wir wissen, dass mit sozial benachteiligten Lebensbedingungen die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, deutlich zunimmt. Dem gilt es entgegenzuwirken.

Wir dürfen auch nicht aus dem Blick verlieren, dass die nach übereinstimmender wissenschaftlicher Erkenntnis klar absehbare Klimaveränderung nicht nur die körperliche, sondern ebenso die psychische Gesundheit gefährden kann, weil damit bestimmte Ängste und soziale Brüche verbunden sein werden. Wir sehen auch unsere Berufsgruppe in der Verantwortung, dazu beizutragen, dass Maßnahmen akzeptiert werden, die die Erderwärmung begrenzen sollen, und diejenigen ernst genommen werden, die uns darauf hinweisen. Es geht um die Zukunft aller, um eine Welt, in der versucht wird, gesellschaftlich bedingte seelische Belastungen zu verringern – um psychischen Erkrankungen so weit wie möglich vorzubeugen.

Wir wünschen Ihnen trotz der aktuell schwierigen Alltagsbedingungen ebenso schöne wie hoffentlich erholsame Sommermonate und vor allem, dass Sie gesund durch diese Zeit kommen.

Ihr Kammervorstand

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

### Corona I: Aktuelle Praxisinformationen der LPK BW

Die Landespsychotherapeutenkammer hat eine Infoseite eingerichtet, die neben wichtigen Links fortlaufend aktualisierte Informationen zur Corona-Lage für Psychotherapeutinnen zur Verfügung stellt. Themen sind u. a. Melde- und Schweigepflicht, finanziel-

le Unterstützung und Kompensation, Kurzarbeit, freiwillige Praxisschließung, psychotherapeutische Behandlung über Telefon und Video, Kinderbetreuung für PP und KJP, Gruppentherapien, Fort- und Weiterbildung oder Regelungen zum Mund-Nasen-Schutz.

Die Praxisinfo finden Sie zum Download unter [www.lpk-bw.de/node/1199](http://www.lpk-bw.de/node/1199) (oder wählen Sie einfach auf der LPK-Startseite die erste aktuelle Meldung aus).

### Corona II: Hotline für Menschen mit psychischen Belastungen

Die Corona-Pandemie stellt für viele Menschen im Land eine große psychische Belastung dar. Zusätzlich zur situationsbedingten Einschränkung sozialer Kontakte und zu möglichen Konflikten

zuhause kommen häufig Fragen auf, wie es beruflich weitergeht. „Mit dieser Situation lassen wir die betroffenen Menschen im Land nicht allein – und bieten ihnen professionelle Hilfe und

Unterstützung“, so Gesundheitsminister Manne Lucha am 22. April 2020 in Stuttgart. Gemeinsam mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, der Landesärztekammer, der Landes-

psychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat das Land eigens eine spezielle Hotline zur psychosozialen Beratung eingerichtet. Die kostenfreie Nummer 0800 377 377 6 ist seit Mitte April freigeschaltet. Expertinnen stehen dort täglich von 8 bis 20 Uhr zur Verfügung. Ziel ist ein breites niederschwelliges Hilfsangebot.

„Ich bin froh, dass wir mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg starke Partner an unserer Seite haben. Ihnen allen danke ich ganz herzlich für Ihren Einsatz und Ihr Engagement – auch in Zeiten der Krise“, betonte Lucha.

Die Landespsychotherapeutenkammer hat ihre Mitglieder via E-Mail gebeten, an der Hotline mitzuwirken. Weitere Hinweise sowie der Link zur Anmeldung befinden sich in dem besagter Mail beigefügten Infomaterial.

Bislang haben sich landesweit ca. 750 Expertinnen registrieren lassen, davon

rund 500 ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen sowie auch über 100 PiA. Bis Mitte Mai wurden bereits um die 2.000 Anruferinnen vermittelt. Die bisherigen Gespräche dauerten im Durchschnitt ca. 22 Minuten, bei etwa 60 % weniger als 25 Minuten. Bei über 90 % der Anrufe handelte es sich um einmalige Gespräche, in den meisten Fällen um kurze Kriseninterventionen und/oder Verweise/Beratung bzgl. Behandlungsmöglichkeiten. Themen waren u. a. coronaspezifische Ängste oder Bewältigungsstrategien für die Quarantäne-Situation.

Verschiedentlich wurde von Mitgliedern auch Kritik am Angebot, v. a. an der ehrenamtlichen (und nicht vergüteten) Tätigkeit geäußert. Für den Kammervorstand war und ist wichtig, zu betonen, dass für viele Menschen die aktuelle Situation mit besonderen psychischen Belastungen verbunden ist und sie Rat bzw. Unterstützung brauchen, auch ohne psychisch krank zu sein. Mit unserer fachlichen Expertise können wir allen Hilfe anbieten, mit unserer diagnostischen Kompetenz können wir einschätzen, ob und wer psychisch erkrankt ist



*Internetauftritt zur Hotline des Sozialministeriums Baden-Württemberg*

und zu einer psychotherapeutischen Behandlung motiviert werden sollte.

Wichtig ist uns auch, dass wir als Profession zeigen, dass wir in dieser herausfordernden Situation ein solidarisches Angebot machen und uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst sind und unsere Profession so an Bedeutung und „Sichtbarkeit“ gewonnen hat.

## Corona III: Änderungen in der LPK-Geschäftsstelle

Nicht nur die politisch entschiedenen Maßnahmen zur Eingrenzung der Pandemie, sondern auch die Gesundheitsvorsorge der LPK BW gegenüber ihren Mitarbeiterinnen, Gremienmitgliedern und anderen gesundheitspolitischen Akteuren hat uns veranlasst, die Geschäftsstelle ab dem 17. März 2020 weitgehend zu schließen. Alle Mitarbeiterinnen sind im Homeoffice und am besten per E-Mail zu erreichen.

Die Mailadressen finden Sie auf unserer Homepage unter [www.lpk-bw.de/node/29/](http://www.lpk-bw.de/node/29/). Einzelne Mitarbeiterinnen erledigen an abgesprochenen Tagen Aufgaben in der Geschäftsstelle

Sämtliche Besprechungen wie auch Vorstands- und Ausschusssitzungen werden per Videokonferenz durchgeführt. Dies ist wie in anderen Betrieben oder Gesellschaftsbereichen für alle

Mitarbeiterinnen eine neue Erfahrung, die den persönlichen Kontakt keinesfalls ersetzt, aber die Geschäftsstelle kontinuierlich arbeitsfähig hält.

Wir sind sicher, dass Sie unter den gegebenen Umständen Verständnis für diese Maßnahmen haben. Wir freuen uns auf Ihre Nachrichten. Bleiben Sie gesund!

## Webinar zur Videobehandlung in Corona-Zeiten mit Mathias Heinicke

Am 13. Mai 2020 betrat auch die LPK BW Neuland in Sachen Digitalisierung und führte erstmals eine Fortbildungsveranstaltung als Webinar durch. Mathias Heinicke referierte über die seit Januar 2020 bestehende Möglichkeit der Psychotherapie per Video-Modul, deren Nutzung durch die Corona-Krise

sehr rasch in größerem Umfang erforderlich wurde. Die neue Gesprächssituation stellt Patientinnen und Psychotherapeutinnen vor besondere Herausforderungen.

Die Veranstaltung stellte die praktische Anwendung der Videobehandlung im

Sprechstundenalltag in den Vordergrund und richtete sich vor allem an Kolleginnen, die bislang noch nicht mit der Videobehandlung vertraut waren, diese aber in ihre Praxis integrieren wollten. Insgesamt beteiligten sich mehr als 100 LPK-Mitglieder an dem Webinar.

Inhaltlich berührte das Webinar u. a. Fragen zu Möglichkeiten und Grenzen der Videobehandlung, deren Wirksamkeit, zur Verantwortung der Psychotherapeutin, zu Abrechnungsmöglichkeiten, rechtlichen Zusammenhängen

(Berufsordnung, EBM/GOÄ, besondere Anforderungen an den Datenschutz, Gruppentherapie), technischen Voraussetzungen aufseiten der Patientinnen und Psychotherapeutinnen sowie zur konkreten Handhabung der Video-

sprechstunde am Beispiel zweier Anbieter. In der abschließenden Diskussion wurden Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet.

## Psychologists/Psychotherapists for Future im Austausch mit dem Vorstand

Am 20. April 2020 waren die baden-württembergischen Vertreterinnen der Psychologists/Psychotherapists for Future (Psy4F) Anke Hofmann, Stefanie Pausch und Laura Walz ihrem Wunsch nach einer stärkeren Vernetzung und Zusammenarbeit bzgl. gesundheitlicher – genauer: psychischer – Aspekte der anhaltenden Klimakrise nachkommend zur (virtuellen) Vorstandssitzung eingeladen.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz hielt fest, dass sich die LPK zu den Aspekten der Klimakrise äußert, die auf die psychische Gesundheit einwirken bzw. mit dieser in Zusammenhang stehen. Wolle sich die Kammer zu allgemeinen politischen Themen, wie z. B. dem Klimawandel, äußern, so könne das, wie gerichtlich festgestellt worden sei, nur nach einem Beschluss der Vertreterversammlung (VV) erfolgen. Es wurde besprochen, dass die Psy4F-Repräsentantinnen ihre Anliegen in einer der kommenden VVen vortragen und

dort für einen VV-Beschluss werben könnten. Unabhängig davon werde sich die LPK, so Dr. Munz, um Klimafreundlichkeit und Nachhaltigkeit im Rahmen ihrer allgemeinen Geschäftstätigkeiten bemühen.

Schließlich wurde vom LPK-Vorstand vorgeschlagen, sich zu umweltpolitischen Themen, die einen Bezug zur psychischen Gesundheit haben, weiter auszutauschen.



*Vorstandsmitglieder und Mitarbeiter der LPK im Online-Austausch mit Vertreterinnen der Psychologists/Psychotherapists for Future*

## Reflexive Veranstaltungen als Online-Veranstaltung / Fortbildungspflichten

### Reflexive Veranstaltungen online

Das Ressort Fortbildung teilt in Absprache mit dem Vorstand mit, dass es während der Corona-Krise möglich ist, akkreditierte Sitzungen von Supervisionen, Intervisionen und Qualitätszirkeln (sog. C2-Veranstaltungen) online durchzuführen (z. B. per Videokonferenz). Hierfür muss ein möglichst sicheres Medium bzw. ein „sicherer“ Anbieter gewählt werden. Es wird dabei der Verantwortung der Gruppe überlassen, welches Tool gewählt wird. In jedem Fall sind bei den Online-Sitzungen die Datenschutz-

bestimmungen einzuhalten (z. B. betreffend vorgestellter Behandlungsfälle). Bitte beachten: Eine Teilnehmerin sollte im Falle einer Online-Sitzung die Führung der obligatorischen Teilnehmerliste übernehmen, d. h. durch ihre Unterschrift wird die „Präsenz“ bzw. Teilnahme der einzelnen aufgelisteten Gruppenmitglieder bestätigt. Auf der Teilnehmerliste muss zudem vermerkt werden, über welchen Videodienst die Sitzung erfolgt ist. Diese Regelung gilt ab dem 25. März 2020 so lange, wie es die Gefährdungssituation erfordert, bzw. bis zu deren Aufhebung durch den Vorstand.

### Fortbildungspflichten

Vertragspsychotherapeutinnen, die in diesem Jahr gegenüber der KVBW die Erfüllung der Fortbildungspflicht nachweisen müssen, sollten die aktuelle Sonderregelung beachten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat dazu eine Sonderseite eingerichtet (unter [www.lpk-bw.de/node/1229](http://www.lpk-bw.de/node/1229)). In Zweifelsfällen sollten Vertragspsychotherapeutinnen rechtzeitig Kontakt mit der KVBW aufnehmen.

## Systemische Therapie – Voraussetzungen für Fachkundeeintrag und Abrechnungsgenehmigung in der GKV stehen nun fest

Die in mehreren Punkten geänderte Psychotherapie-Vereinbarung (PV) ist veröffentlicht. Ab dem 1. März 2020 sind die Änderungen in Kraft getreten. Die notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen, um die Systemische Therapie bei Erwachsenen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen zu können, sind in der PV nunmehr für PP geregelt (KJP können derzeit keine Abrechnungsgenehmigung für Systemische Therapie beantragen!):

Die fachliche Befähigung für Systemische Therapie gilt als nachgewiesen durch

- den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertief-

ten Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Systemischen Therapie bei Erwachsenen oder

- durch (a) einen Fachkundenachweis in Analytischer Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie und (b) zusätzlich der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie, aus der sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Systemischen Therapie bei Erwachsenen erworben wurden.

Punkt (b) kann durch die erteilte Zusatzbezeichnung Systemische Therapie der LPK nachgewiesen werden.

Für LPK-Mitglieder in Baden-Württemberg gilt somit: PP, welche die o. g. Zusatzbezeichnung erworben haben, können ab sofort die Eintragung der Fachkunde in Systemischer Therapie bei Erwachsenen bei der KVBW beantragen. Eine Abrechnungsgenehmigung kann derzeit aber nur erhalten, wer folgende drei Voraussetzungen erfüllt: 1) Approbation als PP, 2) Fachkundenachweis in einem bisherigen Richtlinien-Verfahren und 3) LPK-Zusatzbezeichnung Systemische Therapie.

Links mit weiterführenden Informationen unter: [www.lpk-bw.de/node/1265](http://www.lpk-bw.de/node/1265)

## Kostenfreies Telefon-Hilfsangebot für Pflegende

Beruflich Pflegende sind während der Corona-Pandemie vielfach ganz besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt. Dies betrifft u. a. Pflegekräfte, die in der stationären Versorgung von Covid-19-Patientinnen oder die in Altenpflegeheimen tätig sind. Die BPtK und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) haben deshalb unter der Schirmherrschaft des Deut-

schen Pflegerates (DPR) und der AG Bundespflegekammer eine Terminvermittlungsplattform für telefonische Beratung aufgebaut, um Pflegekräften in der Krise ein professionelles und niedrigschwelliges Hilfsangebot zur Verfügung zu stellen. Über einen Online-Ressourcenkalender können Psychotherapeutinnen ca. 30-minütige Telefonberatungstermine für beruflich

Pflegende anbieten. Hiermit können Pflegekräfte ab Mitte Mai 2020 unentgeltlich telefonische Beratungstermine in Anspruch nehmen. Das Angebot wird während der Corona-Krise bis zum Ausklingen des akuten Bedarfs vom DBfK online verwaltet und kostenfrei zur Verfügung gestellt. Weitere Infos unter: [www.lpk-bw.de/node/1298](http://www.lpk-bw.de/node/1298)

**BITTE VORMERKEN:** KJP-Fachtag zum Thema „Psychotherapie im Kontext von Trennung und Scheidung“ am 10. Oktober 2020 in Stuttgart.

### Geschäftsstelle

Jägerstr. 40  
70174 Stuttgart  
Mo.–Fr.: 9.00–12.00 Uhr,  
Mo.–Do.: zus. 13.00–15.30 Uhr  
Tel.: 0711/674470–0  
Fax: 0711/674470–15  
info@lpk-bw.de  
[www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)

## Auswirkungen der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie stellt uns alle vor eine nie dagewesene Ausnahmesituation mit gesundheitlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen. Die Auswirkungen der Pandemie betreffen dabei die verschiedensten Lebensbereiche, sowohl die privaten als auch die beruflichen, sowie die Vereinbarkeit dieser Bereiche in der aktuellen Situation. Psychotherapeutinnen kommt in dieser Ausnahmesituation eine besondere Verantwortung zu: Viele Menschen brauchen Psychotherapeutinnen in dieser Krisensituation noch mehr als sonst, da diese als besonders belastend erlebt wird. Durch die Ausgangsbeschränkungen oder etwa eine Quarantäne ist der Besuch einer psychotherapeutischen Praxis nur unter besonderen Voraussetzungen möglich. Die Ausnahmesituation stellt die Kammermitglieder in ihren vielen verschiedenen Tätigkeitsbereichen vor Herausforderungen, mit der neuen Situation umzugehen.

### Einsatz der PTK Bayern für die Anpassung der Regelungen zur Durchführung der Psychotherapie

Es wurde deutlich, dass einige der bestehenden Regelungen für die Durchführung der Psychotherapie in einer solchen Krisensituation aus fachlichen Gründen nur schwer umsetzbar sind. Die PTK Bayern setzt sich daher stetig dafür ein, dass Regelungen der aktuellen Situation angepasst und unbürokratische praktikable Lösungen gefunden werden. So wurden viele Gespräche mit dem Bayerischen Staatsministe-

rium für Gesundheit und Pflege, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und auch mit dem Bayerischen Staatsministerium der Finanzen und für Heimat bezüglich der Bayerischen Beihilfeverordnung geführt, um zu bewirken, dass Regelungen zur Durchführung der Psychotherapie, z. B. per Video oder Telefon, oder im Speziellen auch die Pflicht zum Tragen von Masken den besonderen Anforderungen psychotherapeutischer Berufsausübung angepasst werden. Wir haben uns zum einen dafür eingesetzt, dass mögliche Ausgleichszahlungen für Verdienstauffälle auch für Psychotherapeutinnen zur Verfügung stehen. Zum anderen haben wir daran mitgewirkt, dass möglicherweise vorübergehend freie Kapazitäten durch zusätzliche Beratungsangebote für Patientinnen in coronabedingten Belastungssituationen angeboten werden können.

In Bezug auf die besondere **Belastungssituation für die Ausbildungsteilnehmerinnen Psychotherapie** hat sich die Kammer auch dafür eingesetzt, dass erleichterte Bedingungen zur Ablegung der Prüfungen gewährt werden.

### Aktuelle Informationen für Kammermitglieder

Seit Beginn der Krise haben wir intensiv an der Weitergabe aller relevanten Informationen für die Mitglieder gearbeitet und sie auf der Homepage der Kammer sowie mit Nachrichtendienst-aussendungen per Mail veröffentlicht.

Weiterhin hat die Kammer eine Vielzahl von Anfragen per Mail oder per Telefon individuell beantwortet.

### Angebote der besonderen psychotherapeutischen Versorgung in Bayern

Die Corona-Pandemie hat dabei nicht nur Auswirkungen auf die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit, sondern auch auf Patientinnen und Hilfesuchende. Viele Menschen brauchen Psychotherapeutinnen in dieser Krisensituation noch mehr als sonst. Aus diesem Grund gibt es in Bayern mehrere Initiativen und Angebote der besonderen Versorgung, welche die PTK Bayern aktiv unterstützt. Die Kammer hat hier auch eine eigene Initiative zur Unterstützung der Versorgung gestartet: Die Psychotherapeuten-Suche auf der Homepage der PTK Bayern wurde um die Option „Ich suche aufgrund der Corona-Pandemie einen kurzfristigen Sprechstundentermin“ erweitert. Damit möchte die PTK Bayern Personen, die in der aktuellen Corona-Krise besonders belastet sind, eine einfache Möglichkeit bieten, Hilfe zu finden. Kammermitglieder haben mit der neuen Option die Möglichkeit, ihr aktuelles Angebot besser zu kennzeichnen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat nach einem Aufruf an Psychotherapeutinnen mit freien Kapazitäten eine umfangreiche Liste an Kolleginnen erstellen können, an die sich Hilfesuchende wenden können. Die PTK Bayern hatte den Aufruf bei ihren Mitgliedern ebenfalls

beworben. Die Kammer unterstützt auch die Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Diese bietet eine Hotline an, an die sich Pflegende auch bzgl. einer psychotherapeutischen Beratung aufgrund der Corona-Belastungen wenden können. Die PTK Bayern hilft hier unterstützend bei der Vermittlung von Kontakten zu Psychotherapeutinnen in der jeweiligen Region der Hilfesuchenden.

### Pressearbeit zur Corona-Krise

Im Rahmen mehrerer Presseinterviews für Fernsehen (Rundschau des Bayerischen Rundfunks), Radio (B5 Aktuell) und verschiedene Zeitungen hat Präsident Nikolaus Melcop über die möglichen psychischen Folgen der Krise informiert und die angepassten Hilfsangebote von Psychotherapeutinnen, wie z. B. die Videosprechstunde, vorgestellt.

### Herausforderungen auch in der Geschäftsstelle der PTK Bayern

Auch in der Kammergeschäftsstelle zeigte die Corona-Pandemie Auswirkungen. Seit Mitte März ist die Geschäftsstelle für Besucherinnen geschlossen – zum Schutz der Mitarbeiterinnen, zur Eindämmung der weiteren Ausbreitung des Virus und somit letztlich zu dem Zweck, dass die Verwaltung der Mitgliederanliegen weiterlaufen kann. Die PTK Bayern hat daher in kürzester Zeit ihre Arbeit auf eine virtuelle Verwaltung umgestellt. Neben den nötigen technischen Anschaffungen und Einrichtungen stellte es auch für die Mitarbeiterinnen eine Herausforderung dar, sich auf die neue Arbeitssituation im Homeoffice einzustellen – und das zu einer Zeit, in der viele Mitgliederanliegen zum Thema Corona zu bearbei-

ten waren. In Anbetracht der kurzen Umsetzungszeit verlief die Umstellung recht reibungslos. Die Mitarbeiterinnen sind weiterhin wie gewohnt telefonisch und per Mail erreichbar. In der Kammergeschäftsstelle läuft derzeit eine Art „Notbetrieb“, damit z. B. eingehende Post weiterhin bearbeitet werden kann.

### Danke!

Die PTK Bayern dankt allen Mitgliedern für ihren unermüdlichen Einsatz zur Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Versorgung in Bayern in dieser schweren Zeit! Wir wünschen Ihnen allen persönlich viel Kraft bei der Bewältigung der Herausforderungen.

## Kammermitglieder haben gewählt: Das Thema für den 9. Bayerischen Landespsychotherapeutentag steht fest!

Die Kammermitglieder hatten für den kommenden Bayerischen Landespsychotherapeutentag (LPT) wieder die Möglichkeit, aus verschiedenen Themen auszuwählen und abzustimmen. Das Ergebnis der Abstimmung zeigte eindeutig, für welches Thema sich die Mitglieder aktuell am meisten interessieren: Der 9. Landespsychotherapeutentag steht unter dem Leitthema „**Bindung und Beziehung**“:

Entstehung und Heilung psychischer Störungen sind aufs Engste mit Bindungen und Beziehungen verbunden. In den letzten Jahren hat es einen er-

heblichen Erkenntniszuwachs über die Auswirkungen von Bindungen und Beziehungen auf die biopsychosoziale Gesundheit gegeben. Es kann inzwischen als belegt gelten, dass frühe Beziehungserfahrungen in der Kindheit weichenstellend für die weitere Persönlichkeitsentwicklung und die spätere Stressverarbeitung sein können. Selbst für die Lebensdauer zeigen sich statistische Zusammenhänge mit Bindungen und Beziehungen. Aber nicht nur das Wissen über die Auswirkungen von Bindungen und Beziehungen, sondern auch die Beziehungen selbst unterliegen derzeit rasanten Entwicklungen

und Veränderungen. Der Wandel der Beziehungsmodelle wie auch die sozialen Medien schaffen neue und veränderte Beziehungswelten.

Die PTK Bayern hat mit der Planung des kommenden LPT begonnen. Aufgrund der Corona-Pandemie ist jedoch noch nicht absehbar, ab wann Großveranstaltungen wieder wie gewohnt durchgeführt werden können. Da ein LPT zum ursprünglich anvisierten Termin im Frühjahr 2021 wohl noch nicht in der üblichen Form durchführbar sein dürfte, wurde der Termin sicherheitshalber auf den 19. März 2022 verschoben.

## Gespräch zur Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes in Bayern

Das bayerische Gesundheitsministerium hatte Anfang des Jahres zu einer Besprechung des novellierten Psychotherapeutengesetzes und der zugehörigen neuen Approbationsordnung eingeladen, um die Umsetzung der geänderten Ausbildungsstruktur zu erörtern. Gegenstand waren dabei Fragen im Zusammenhang mit der Neukonzipierung der Studiengänge und der hierfür anvisierte Zeitplan.

Teilgenommen haben neben dem einladenden Ministerium und der PTK Bayern auch Vertreterinnen des Wissenschaftsministeriums und der Approbationsbehörde sowie die Professorinnen für Klinische Psychologie und Psychotherapie aller bayerischen Universitäten. Detailliert besprochen wurden u. a. der Prozess der Akkreditierung, die Finanzierung insbesondere der Master-

studiengänge sowie Fragen von Übergangsvorschriften, Anrechnung und Quereinstieg.

Das Psychotherapeutengesetz sieht die Mitwirkung einer Vertreterin der Berufspraxis im Akkreditierungsverfahren vor. In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, welche Qualifikation im Hinblick auf die vorgesehene Prüfung

der Einhaltung der berufsrechtlichen Voraussetzungen nötig ist. Für die Be-

rufung der Vertreterin der Berufspraxis hat die PTK Bayern gegenüber dem Mi-

nisterium Mitglieder des Kammervorstands vorgeschlagen.

## Berichte aus den Ausschüssen und Kommissionen der PTK Bayern

Die Delegiertenversammlung der PTK Bayern hat Ende 2017 die Ausschüsse und Kommissionen gewählt. Bereits in der Ausgabe PTJ 4/2019 haben zwei Ausschüsse über ihre Arbeit berichtet. In dieser Ausgabe informiert diesmal die Gleichstellungskommission über ihre bisherigen Ergebnisse und Arbeitsschritte.

### Bericht der Gleichstellungskommission

Auf der zweiten Delegiertenversammlung (November 2017) der vierten Amtsperiode wurde erstmals eine Gleichstellungskommission der PTK Bayern berufen mit dem Ziel, eine im Geschlechterverhältnis ausgewogene und angemessene Verteilung der Delegierten zu erreichen, sodass die Mitgliederstruktur in der Delegiertenversammlung und in Gremien besser abgebildet wird. Weitere wichtige Ziele sind die Schaffung einer verstärkten Gendersensibilität in der Kammer und bei den Mitgliedern, die Entwicklung einer frauen- und nachwuchsfreundlichen Arbeitskultur sowie die Unterstützung neuer Kolleginnen bei der Übernahme von Gremienaufgaben in der PTK Bayern.

Zur Erreichung dieser Ziele wurde in den vergangenen Sitzungen ein erster Konzeptentwurf erarbeitet. Bestandteile dieses Konzepts sind die Definition eines Indikators für die Erreichung der Kommissionsziele sowie die Entwicklung der hierfür benötigten Instrumente.

Als Indikator für eine gelungene gendersensible Arbeit wurde eine über die Zeit gestiegene Repräsentanz von Frauen und jungen Kolleginnen in allen Gremien sowie im Vorstand definiert. Aktuell bildet der Frauenanteil in den Gremien der PTK Bayern nicht das Mitglieder-verhältnis ab, denn während 70 % der Mitglieder weiblich sind, stellen Frauen nur 57 % der Ausschussmitglieder. Die Zahlen entsprechen somit in keinem Fall einer geschlechtergerechten Teilhabe. Zudem haben wir versucht, die vielfältigen und auf unterschiedlichen Ebenen auftretenden Barrieren für Frauen zu identifizieren und zu analysieren. Unsere Ergebnisse deckten sich zum Großteil mit der Arbeit der Gleichstellungskommission der Bundespsychotherapeutenkammer. Im Fokus unserer Diskussion standen insbesondere der geringere Bekanntheitsgrad von Kolleginnen, intrapsychische Faktoren (wie ein mangelndes Zutrauen von Frauen sowohl in die eigenen Fähigkeiten als auch in die Eignung potenzieller weiblicher Bewerberinnen für Ämter und

Funktionen), unterschiedliche Rollenbilder und -zuweisungen (Geschlechterstereotype, Identifikationen) sowie die Tendenz, bestehende Personalstrukturen in Organisationen und Institutionen zu sichern (Amtsinhabende werden wiedergewählt). In einem nächsten Schritt haben wir uns mit möglichen Maßnahmen beschäftigt, die ein der Mitgliederstruktur angemesseneres Geschlechterverhältnis herbeiführen könnten. Dabei haben wir uns für eine vertiefte Gendersensibilisierung durch einen reflektierten Sprachgebrauch und die Entwicklung eines Konzepts entschieden, wie speziell jüngere Mitglieder zur Kandidatur für die Delegiertenversammlung und zur verstärkten Mitarbeit in den Gremien der nächsten Wahlperiode ermuntert werden können.

**Gleichstellungskommission:**  
Susanne Berwanger, Rainer Cebulla,  
Stefanie Hermsdörfer, Lisa Koch,  
Anja Gottschalk, Maria Gavranidou,  
Roland Hartmann (bis 2019).  
Für den Vorstand: Anke Pielsticker

### Kurznachrichten

#### Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

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

+++ Am 5. Mai fand als Videokonferenz das **turnusmäßige Treffen der bayerischen Heilberufekammern** statt. Die teilnehmenden Kammervorteilerinnen tauschten sich über die

Auswirkungen der Corona-Krise auf die Berufsausübung ihrer jeweiligen Mitglieder und die von den Kammern getroffenen Maßnahmen aus. Beraten wurde über Konsequenzen aus dem akuten Mangel dringend benötigter Schutzausrüstung. Die vom Freistaat Bayern vorgenommenen Einschränkungen der Funktionen und Zuständigkeiten der Selbstverwaltung der Heilberufe wurden kritisch diskutiert. Es bestand Einigkeit darüber, dass diese Einschränkungen baldmöglichst wieder

zurückzunehmen sind. Schließlich wurden Probleme fixiert, die sich aus der in den letzten Jahren erweiterten berufsrechtlichen Zulassung von Fernbehandlungen (z. B. per Video) für die Frage der Zuständigkeit der Berufsaufsicht ergeben. Es fehlt bislang an einer klaren gesetzlichen Regelung, welche Kammer für die berufsrechtliche Überwachung einer aus der Ferne vorgenommenen Behandlung zuständig ist. +++

## Bevorstehende Veranstaltungen

Aufgrund der Corona-Pandemie mussten leider Präsenzveranstaltungen abgesagt werden. Die PTK Bayern plant bereits Nachholtermine bzw. prüft, ob die jeweilige Veranstaltung beispielsweise in Form eines Webinars angeboten werden kann. Für aktuelle Informationen zum Stand der Planungen besuchen Sie bitte unsere Homepage: [www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de). Danke!

## Mitglieder-Forum 2020

Die Vor-Ort-Termine der **Mitglieder-Foren** in **Nürnberg, Augsburg, Würzburg** und **München** mussten leider ebenfalls abgesagt werden. Stattdessen wird es ein Mitglieder-Forum in Form eines **Webinars** geben. **Termin: 15.07.2020**. Informationen zu Programm, Ablauf und Anmeldung finden Sie rechtzeitig auf unserer Homepage.

### 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](mailto:info@ptk-bayern.de)  
[www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir veröffentlichen in dieser Ausgabe zwei Beiträge, die mitten in der Corona-Zeit geschrieben wurden und Ihnen Gedanken zu wie auch Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit unter besonderen Bedingungen

nahebringen sollen. Beide Texte wurden in der Delegiertenversammlung am 21. April 2020 – einer Videokonferenz mit 45 Delegierten und Geschäftsstellenmitarbeiterinnen – als einleitende Redebeiträge gehalten und zur besseren Lesbarkeit leicht überarbeitet.

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen und eine weiterhin lebendige Diskussion, wie sie z. B. durch den hier abgedruckten Austausch zwischen Leserin und Autorin zu einem Artikel aus der letzten PTJ-Ausgabe dokumentiert ist.

Eine anregende Lektüre wünschen der Vorstand und die Redaktion der PTK Berlin.

## Psychotherapie und Psychotherapeutenschaft in Zeiten von Corona – ein Aufruf

Rede von Dipl.-Psych. Pilar Isaac-Can-deias, Vorstand und Delegierte der Psychotherapeutenkammer Berlin, auf der Delegiertenversammlung vom 21. April 2020:

„Wir führen heute zum ersten Mal seit Menschengedenken eine DV durch, bei der wir nicht leibhaftig anwesend sind. Wir tun dies, weil wir füreinander gefährlich sein könnten, weil Nähe neuerdings zur Bedrohung für unsere Gesundheit geworden ist. Und so wird mir nach dieser kurzen Rede keine von Euch beim Imbiss in der Pause oder bei der kurzen Begegnung auf dem Flur anerkennend auf die Schulter klopfen, ich werde nicht sehen können, wie jemand kritisch die Augenbrauen hochzieht und nicht hören, welche Gespräche beim Zusammenstehen entstehen.

Warum rede ich überhaupt? Weil ich den Gedanken nicht ertragen kann, dass wir eine DV durchführen und so tun, als wäre nichts, naja: nur so einige nervige Corona-Einschränkungen. Ich bin besorgt! Ich komme mir vor, wie mitten in einem dystopischen Roman. Die ganze Welt ist betroffen, fast acht Milliarden Menschen. Ich empfinde eine Bedrohung, eine Welle, die wie ein Tsunami auf uns zukommt und die wir mit aller Kraft verdrängen möchten. Wir starren täglich auf die Zahlen, arbeiten weiter an unseren Themen, freuen uns am Helikoptergeld, an der Hilfsbereitschaft, an den positiven Seiten des Still-

stands. Wir tun so, als würde das Leben nach Corona genauso weitergehen wie vorher. Wir sind ein reiches Land. Aber auch hier fallen viele Menschen durch die Maschen. Die, die schon immer arm waren und sich mit ein bisschen Schwarzarbeit über Wasser gehalten haben. Oder diejenigen, die ohne Papiere in diesem Land leben. Und was passiert in den Ländern um uns herum? In den Ländern, die deutlich mehr Probleme haben, wo viel mehr Menschen in die Armut stürzen? Was wird aus Europa, wenn wir es wieder nicht schaffen, solidarisch zu sein? Was werden die Menschen aus den Entwicklungsländern tun, um sich und ihre Familien zu ernähren? Zu welchen politischen und sozialen Verwerfungen wird das führen? Wir sind keine Insel.

Das macht mir große Sorgen. Und ich rede darüber, weil ich sie mit Euch teilen will und sie nur so weit verdrängen möchte, dass ich leben kann und handlungsfähig bleibe. Aber es gehört für mich zwingend zu unserem Beruf, die Ängste und das Nicht-Wissen zu benennen, es zu teilen und für unsere Patientinnen zu ‚containen‘. Ich halte es für falsch, nur zu beruhigen und Empfehlungen zur Strukturierung des Alltags auszusprechen. Das hat auch seine Berechtigung, aber nur dies ist zu wenig.

Und um es spezifischer zu machen, mich treibt auch die Frage um: Was wird aus unserem Beruf? Welche Sig-

nale senden wir in die Öffentlichkeit? Sind wir bereit, in Krisenzeiten einen substanziellen Beitrag zu leisten? Oder bleiben wir gefangen in unseren Egoismen, im Klein-Klein der Gebührenscheffeln, sicher unter dem Rettungsschirm, bequem in der Videosprechstunde vom häuslichen Sofa aus? Was, wenn sich das Ganze zu einer Katastrophe auch hier bei uns ausweitet? Die Szenarien werden bereits durchgespielt. Welche Rolle haben die PP und KJP darin? Damit sind wir im Vorstand schon beschäftigt.

Was müssen wir bewahren als Psychotherapeutinnen? Was kann sich verändern? Was für ein seltsamer Zufall, dass Berührungen in dieser Krise gefährlich sind und dass die Maschinen bereitstehen, um uns Surrogate zu liefern. Vielleicht ist Corona eine Erfindung der IT-Industrie? Aber im Ernst, wir alle (auch die Kinder) sind zunehmend angestöpselt, in Videokonferenzen, den sozialen Netzwerken, bei Netflix, im virtuell übertragenen Konzert. Mutieren wir zu Menschmaschinen? Sind wir mitten in einer Transformation? Ändert sich die Vorstellung von dem, was es bedeutet, ein Mensch zu sein?

Neulich las ich in einem PT-Newsletter:

Mehr als 700 Fachleute hatten an einem Webinar der Psychotherapeutenkammer Hessen teilgenommen – zum Thema: ‚Psychotherapie und Videobe-

handlung – Empfehlungen für Corona-Zeiten'. Hauptreferent Prof. Dr. Harald Baumeister (Universität Ulm) konnte mit Blick auf die Studienlage zeigen, dass ‚Videobehandlungen genauso wirksam sind wie Face-to-face-Therapien‘.

Hat Prof. Baumeister das wirklich so gesagt? Diese Studien würde ich gerne auf Herz und Nieren prüfen. Was wird mit einer solchen Aussage transportiert? Es gruselt mich, wenn ich das lese. Worauf steuern wir zu? Psychotherapie als Call-Center-Leistung? Das ist billig, das senkt die Kosten!

Aber was ist der Mensch? Spielt der Leib wirklich keine Rolle? Ist der physische Kontakt, der Händedruck, der Geruch, der Blick in die Augen des anderen, das angedeutete Lächeln oder eine Berührung wirklich entbehrlich in einer Psychotherapie? Das Ich ist in erster Linie ein körperliches, das sagte schon Freud. Menschen sind auf sozia-

len Kontakt angewiesene Wesen. Das ist die Basis unserer neurobiologischen Struktur. Wir wissen zum Beispiel, dass das menschliche Immunsystem schwächer wird, dass Menschen krank werden, wenn sie einsam sind oder sozial ausgegrenzt werden. Oder etwa nicht? Und das ist nur eine der vielen elementaren Grundlagen, die aktuell schnell vergessen werden in der Debatte um Zahlen und Schutzmaßnahmen. Haben die Psychotherapeutinnen dazu etwas zu sagen? Haben wir auch einen Deutungsrahmen anzubieten?

Unsere Werturteile bestimmen unsere Handlungen, sagte Erich Fromm. Das Schlimmste, was wir derzeit machen können, ist, nicht mehr zu fragen, den kritischen Blick aufzugeben, und – was noch wichtiger ist – das Mitgefühl für die Schwächeren und Benachteiligten zu verlieren. Der österreichische Schriftsteller Ernst Ferstl, dessen Aphorismen ich sehr empfehlen kann, formuliert es so:

„Solange uns die Menschlichkeit miteinander verbindet, ist egal, was uns trennt.“



Dipl.-Psych. Pilar Isaac-Candeais  
Psychologische Psychotherapeutin,  
Vorstandsmitglied und Delegierte der  
Psychotherapeutenkammer Berlin

## Corona und „lebendige Medizin“ – aus der Praxis einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

„Was meinst du, können wir Therapien machen? Wie sollen denn die Fünfjährigen das verstehen? Ich bleib‘ zu Hause, muss das mit meinen Kids hinkriegen“, sagt meine Kollegin. Ihr Über-Ich quält sie, weil ich versuche, am Praxisalltag nach Hygienebestimmungen festzuhalten. „Viel Kraft und guten Mut!“, schreiben Freunde. Das war im März, jetzt ist Mai. Hinter uns liegen Monate.

Eigentlich liebe ich Wellen über alles. Die echten und auch die in den Prozessen mit Kindern und Jugendlichen. Aber mittlerweile fühle ich, wie ein Staudamm droht, den Wassermassen nicht mehr standzuhalten. Aggressionen schießen auf mich ein. Und auch ich werde aggressiv und sinke im Strukturniveau:

In der Pause will ich rasch eine Blume kaufen, für LUCAS. Aber der maskierte Mann im Markt versteht nicht, dass ich keinen Wagen, sondern nur eine Minute

an der externen Kasse brauche. Aber v. a. versteht er eines nicht: Lucas braucht die Blume heute, denn er wird 12.

YARON, 17, auf internationalen Plattformen unterwegs, kam schon früh im März mit Tuch und Handschuhen, ich ordnete es seinen hypochondrischen Ängsten zu. Doch bald darauf biete ich eine sichere Ende-zu-Ende-verschlüsselte Sprechstunde an. „Lebendige Medizin“ heißt sie übersetzt – wirklich! Yaron besteht auf Videotherapie! Wir kämpfen um den Rahmen, das Setting, Abstinenz. „Das ist doch normal, Fr. E., Jugendliche sitzen im Bett. Bei meiner Freundin ist das WLAN fit!“ Yarons Körper ist von Narben übersät, vor Corona war er endlich stabil. Nach einem langwierigen Prozess wollten wir mit der Traumakonfrontation beginnen, der Gutachter stimmte zu. Nun versuche ich mit Yaron gegen die Trigger anzukommen, online. Er sitzt vor der weißen Wand und droht zu entgleisen.

„Zeigen Dir die Kids auch online ihre Hasen?“, fragt mein Kollege. Ich wünschte, es wäre so! In der Supervision sprechen wir darüber, dass sich die Kinder in diesen Zeiten nach Beziehung, symbiotischer Nähe sehnen und sie in alltäglichen, spannungsfreien Interaktionen besser lernen (Streeck-Fischer). Nur: Können wir ausreichend gut „containen“, wenn wir selbst unsere Abwehr hochfahren müssen?

Aber ich will Ihnen ja weiter von Lucas erzählen. Nach einer kräftezehrenden Zeit wurde er fremduntergebracht, endlich! (Zu rechtlichen Schachmatt-Partien bei sexuellem Missbrauch gäbe es auch eine Menge auszutauschen.) Die Heimbestimmungen in Corona-Zeiten sind Ihnen geläufig. Die Betreuerinnen und ich wollen wenigstens online die Beziehung unterstützen. In Traumatherapie (Benzel, Garbe) weitergebildet, schäme ich mich, nicht ausreichend nachgedacht zu haben.

Die Betreuerinnen hatten für Lucas den Link aktiviert, die Blume ist platziert, denn Lucas liebt Blumen, mit 12. Dann geht alles so schnell ... Lucas' Blick ist kalt. „Lu-c-as, ich bin es!“ Aber Lucas differenziert nicht mehr. VIEL ZU SPÄT kapiere ich, dass ihn dieses Setting in die falsche Richtung triggert. Er ist in seinem „Video-State“ und zieht sich wie programmiert aus ... Vom sexuellen Missbrauch in der Familie wusste ich, aber weiter hatten wir bisher nicht fühlen können. Gerade emotional vernachlässigte Kinder suchen im Netz nach allem, was ihnen fehlt (Jan van Loh). „Der virtuelle (T)Raum“ (Soziale Psychiatrie, DGSP) gestaltet unweigerlich das Ich/Es und Über-Ich und eröffnet mehr denn je Möglichkeiten für Missbrauch. All das muss ich mit Lucas besprechen, online.

MAJA, fünf Monate alt, schreit. „Bitte, helfen Sie uns, wir können nicht mehr!“ Majas Vater hat Nachtdienste im Krankenhaus, die Mama gibt ihr Bestes. Doch Maja überstreckt sich, läuft blau an. Blass und erschöpft sitzen die jungen Eltern am Bildschirm und motzen mich an. Ich fühle mich wie eine Voyeuristin, weiß aber, dass Videos in der

Säuglingstherapie hilfreich sind. Regulationsstörung online therapieren, ein Kraftakt für alle. Stellen Sie sich vor, wir haben es geschafft, die Intention und Affektivität des Babys zu teilen (Krause, Kächele, Kaiser). „Es brauchte den Körper!“ (Supervision, Ludwig-Körner).

Mit PIET und seiner Mutter entstehen wunderbare trianguläre Online-Stunden. LILLY spricht über vernichtende Blicke, die ihr „alles sagten“. Dank der „lebendigen Medizin“ kann ich ihre Mutter auf einem anderen Kontinent kennenlernen; und MAX hat seine Mama „endlich mal nah“.

Was wird bleiben – von alledem, was wir hier gerade versuchen? Damit ein Kind es selbst werden kann, braucht es das Somatische und das Psychische, die zirkulären Prozesse zwischen dem Intrapsychischen und dem Interpersonellen (Gast), das Ich entwickelt sich entlang guter, verlässlicher Objekte. Die angsteinflößenden Bilder der Medien jedoch hinterlassen ihre Wirkung. In Spanien trauen sich die Kinder auch nach den Lockerungen nicht einmal mehr mit den Eltern auf die Straße.

Für Lilly und Piet war die „lebendige Medizin“ eine gute Sache, sie kommen wieder. Yaron lief Gefahr, das Video zur Dauerabwehr zu nutzen. Lucas' neuronale Verknüpfungen und seine Bindung sind nachhaltig beeinträchtigt. Nächste Woche kann er aber immerhin seine Blume mitnehmen. Und Maja? Maja schläft, krabbelt und gluckst vergnüglich.

Die Wellen formen sich derweil weiter und die Fische im Wasser ziehen ihrer Wege, auf ganz natürliche Weise, als sei nichts gewesen. Liebe Kolleginnen, und wie geht es Ihnen?



Dipl.-Soz.päd. Carmen Eger  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TfP), Delegierte der Berliner Psychotherapeutenkammer, in eigener Praxis und an der IPU Berlin tätig

## Kinderwunsch oder Kindeswunsch – um wessen Wohl geht es?

**Leserbrief zu: G. Voß & K. Jeschke: Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin: Familiengründung nach medizinisch assistierter Reproduktion unter Kindeswohlperspektive. Psychotherapeutenjournal 1/2020, S. 61 f.**

Auf dem Weg zu den abschließend aufgestellten Forderungen hätte ich mir eine kritische Auseinandersetzung mit den zusammengetragenen Argumenten gewünscht.

Im öffentlichen Diskurs zur Reproduktionsmedizin ist es schwierig, auch kritische Fragen zu stellen, da die Erfüllung sehnlicher Wünsche mit intensiven Emotionen verbunden ist. Bereits die Wortwahl (z. B. Spender, Wunscheltern, Spendersamenbehandlung) gibt

Konzepte und Rollenerwartungen vor. In dem Beitrag stehen diesbezüglich unterschiedliche Konzepte nebeneinander (Samenspende vs. leibliche Vaterschaft, Kinderwunschbehandlung vs. Familiengeschichte). Wer in der Familie entscheidet, welches Konzept gilt? Was passiert, wenn sich die unterschiedlichen Konzepte in der Familie begegnen? Als zentrale Aufgabe von Psychotherapeutinnen sehe ich es an, diese Konzepte kritisch aus verschiedenen Perspektiven zu hinterfragen.

In den Forderungen am Ende des Beitrags berufen sich die Autorinnen auf das Kindeswohl. Das kann man jedoch hinterfragen:

1. Was bedeutet „eine zeitgemäße Gesetzgebung, die die bereits bestehende

Realität berücksichtigt“? Viele Spenderkinder möchten früher oder später ihren unbekanntem genetischen Elternteil kennenlernen. Es ist nicht im Interesse des Kindes, einen genetischen Elternteil zu wählen, der nur „Spender“ sein möchte und dem es völlig egal wäre, wenn er das Kind nie kennenlernt.

Sollte gemeint sein, den Willen zur Elternschaft als gleichberechtigt zu genetischer Verwandtschaft anzuerkennen, liegt dies nicht im Interesse des Kindes.<sup>1</sup>

2. Was ist mit „eine(r) Reform des Embryonenschutzgesetzes“ gemeint? Im Beitrag wird der Arzt Prof. Dr. Kentenich wiedergegeben, der sich wünsche, Embryonen selektieren zu dürfen, um risikobehaftete Zwillingschwangerschaften

zu verhindern. Bereits jetzt steht es Reproduktionsmedizinerinnen frei, nur einen Embryo einzusetzen. Den Wunsch, bessere Selektionsmöglichkeiten zu haben, könnte man kritisch diskutieren.

3. Bei der Forderung nach einer „öffentliche(n) Diskussion über Reproduktionsmedizin, damit sich Eltern trauen, darüber zu reden“, sollte der Fokus nicht auf die Eltern begrenzt werden. Wäre es nicht eine gesellschaftliche Aufgabe, sich damit auseinanderzusetzen, welche Entstehungsweisen von Menschen gesetzlich wie geregelt werden sollen und welche Bedeutung leiblichen Elternteilen beigemessen wird? Sollten vor dem Hintergrund der Kindeswohlperspektive sich nicht auch die Kinder trauen, darüber zu reden – möglicherweise auch darüber, dass sie nicht nur positive Gefühle gegenüber ihren Wunsch-/Nichtwunsch-Elternteilen haben? Welches Wissen gibt es dazu aus der Adoptionsforschung?

4. Dem Kindeswohl dient die vierte Forderung, „eine Verbesserung und Finanzierung der Beratung“. Zum Wohl des Kindes sollte der genetische Vater von Anfang an auf ein Kennenlernen vorbereitet werden und sollten nur solche Männer als genetische Väter ausgewählt werden, die zumindest zum Zeitpunkt der Samenabgabe selbst auch einem Kennenlernen positiv entgegensehen.

Dipl.-Psych. Anne Meier-Credner,  
Braunschweig

<sup>1</sup> [www.spenderkinder.de/spenderkinder-bei-oeffentlicher-anhoerung-im-rechtsausschuss-zu-abstammungsrecht/](http://www.spenderkinder.de/spenderkinder-bei-oeffentlicher-anhoerung-im-rechtsausschuss-zu-abstammungsrecht/) [27.4.2020]

## Antwort auf den Leserbrief von Anne Meier-Credner

Sehr geehrte Frau Meier-Credner,

wir danken Ihnen für Ihr kritisches Interesse an unserem Beitrag. Uns ging es darum, einen Bericht über einen Teil der interdisziplinären Berliner Fachtagung der Deutschen Liga für das Kind vom 25./26.10.2019 („Ein Kind und viele Eltern – Das Kindeswohl im Kontext genetischer, biologischer, rechtlicher und sozialer Elternschaft“) zu geben. Zu den Entwicklungen der Viel-Elternschaft tragen die Möglichkeiten der medizinisch assistierten Reproduktion maßgeblich bei. Die am Ende aufgezählten „Forderungen“ wurden als Wünsche von den Referentinnen vorgetragen.

Eine ausführliche Diskussion der genannten Wünsche war aus Platzgründen leider nicht möglich. „Eine zeitgemäße Gesetzgebung, die die bestehende Realität berücksichtigt“ – das meint insbesondere die Kinder, die es nach deutschem Recht nicht geben dürfte. Sie wurden im Ausland durch eine Eizell- oder Embryonenspende gezeugt oder von einer Leihmutter ausgetragen. Da diese Kinder nun aber bereits geboren sind, muss aus Kindeswohlperspektive ein gesetzlicher Rahmen für die Kinder und Eltern geschaffen werden (Familienrecht, Abstammungsrecht).

Ich stimme Ihnen zu, dass eine „öffentliche Diskussion über Reproduktionsmedizin“ nicht nur auf die Eltern begrenzt sein sollte, sondern auch die Kinder einbeziehen muss. Nur, müssen

nicht ebenso die Ängste und Sorgen der Wunscheltern bedacht werden, um das Kindeswohl berücksichtigen zu können? Sie sind es, die ihre Wunschkinder aufklären müssen. Neben der Vorbereitung des genetischen Spendervaters auf ein Kennenlernen des Kindes, muss dieses Thema gleichermaßen an die Wunscheltern und Solo-Mütter herangetragen werden.

Eine Finanzierung und Verbesserung der Beratungsmöglichkeiten für alle Beteiligten (Kinder, Eltern, Spendende) sehe ich aus Kindeswohlperspektive dringend gegeben. Es sollte auch darüber nachgedacht werden dürfen, ob es eine gesetzliche Verpflichtung zur Beratung, ähnlich wie bei der Schwangerschaftskonfliktberatung, geben sollte.

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn dieses sehr emotionale Thema in den Berufsverbänden gemeinsam mit den Nachbarwissenschaften in den Blick genommen werden würde und dabei die ethischen Fragen diskutiert würden.

Zur Vertiefung des Themas ist das Buch von Rita Marx und Ann Kathrin Scheerer (Hg.) zu empfehlen: „Auf neuen Wegen zum Kind“.

Dipl.-Soz.päd. Gudrun Voß (KJP), Berlin

## Geschäftsstelle

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

## Der Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer stellt sich vor – Teil 2

In dieser Ausgabe des PTJ setzen wir die Vorstellung der Vorstandsmitglieder der Bremer Psychotherapeutenkammer fort und geben weitere Einblicke in die Arbeitsweise der Psychotherapeutenkammer Bremen.

### Vorbemerkung: Vorstandsarbeit in Zeiten von Covid-19

Wie in so vielen anderen Bereichen beeinflussen die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie auch die Arbeit im Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer. Der Vorstand hat sich direkt zu Beginn der Pandemie dazu entschlossen, die regelmäßig ein- bis zweimal im Monat stattfindenden Vorstandssitzungen per Videokonferenz abzuhalten. Dank unserer Geschäftsstellenmitarbeiterinnen verlief die technische Umsetzung bis auf kleine Anfangsschwierigkeiten reibungslos, sodass der Vorstand weiterhin zusammenkommen kann – wenn auch nur virtuell. Dass dies auch seine Vorteile haben kann, zeigt das Foto einer unserer virtuellen Vorstandssitzungen, bei denen unsere Geschäftsstellenmitarbeiterin Frau Berger am Karibikstrand sitzt. Den Humor konnten wir uns trotz der widrigen Umstände bewahren.



V. l. o. n. r. u.: Regina Berger, Präsidentin  
Amelie Thobaben, Dr. Kim Sarah Hei-  
nemann, Johannes Lindner, stellvert.  
Präsidentin Eva John, Dr. Christoph Sülz,  
Anne-Lina Mörsberger, Dr. Rosa Steimke

Auch alle weiteren Termine werden in die digitale Welt verlagert. So finden beispielsweise Besprechungen mit Behördenvertreterinnen per Video statt, es werden vermehrt Telefonate, u. a. bei Interviewanfragen, geführt und so viel wie möglich per E-Mail geklärt. Der reguläre Publikumsverkehr in der Geschäftsstelle wurde eingestellt, um die Mitarbeiterinnen zu schützen, die abwechselnd weiterhin in der Geschäftsstelle tätig sind. Für das enorme Engagement und die hohe Bereitschaft zur Flexibilität ist der Vorstand den Mitarbeiterinnen sehr dankbar.

Gleichzeitig musste sichergestellt werden, dass unsere Mitglieder gerade in den noch sehr unsicheren Zeiten zu Beginn der Corona-Pandemie über die relevanten Entwicklungen für die psychotherapeutische Tätigkeit verlässlich und zeitnah informiert wurden. Bedauerlicherweise gelang das trotz intensiver Bemühungen nicht immer. Insbesondere bei vermeintlich uneinheitlichen Vorgaben brauchten Recherche und Klärung Zeit. Nur so konnte der Kammervorstand sicherstellen, dass ausreichend valide Auskünfte an die Mitglieder weitergeleitet wurden – auch um eine größtmögliche Rechtssicherheit herzustellen.

In diesem Zusammenhang kommt der Website der Psychotherapeutenkammer Bremen eine entscheidende Bedeutung zu. Die Aufbereitung der für die Mitglieder relevanten Informationen über unsere Homepage nimmt einen großen Teil der täglichen Vorstandsarbeit in Anspruch, wozu auch die nötigen Rücksprachen mit den verschiedenen Behörden und Entscheidungsträgern sowie dem Kammerjustiziar gehören. Alle Vorstandsmitglieder tragen je nach

ihren thematischen Schwerpunkten dazu bei, unsere Mitglieder auf diesem Wege auf dem Laufenden zu halten.

### Eva John, stellvertretende Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Bremen

1975 in Brake an der Unterweser geboren, machte Eva John am dortigen Gymnasium 1995 ihr Abitur und ging daraufhin in die USA. 2000 begann sie ihr Psychologiestudium in Bremen, in dem sie über die verhaltenstherapeutischen Lehrveranstaltungen hinaus auch an psychoanalytischen Seminaren bei Herrn Prof. Dr. Vogt und Herrn Prof. Dr. Wirth teilnahm. Letztere hatten nachhaltigen Einfluss auf ihre weitere Berufsausbildung. 2006 beendete sie ihr Studium mit einer Diplomarbeit zum Thema „Veränderungen in der Partnerschaft nach der Geburt des ersten Kindes“.



Stellvertretende Präsidentin Eva John

Aufgrund der entstandenen Faszination für Freuds Falldarstellungen und die analytische Denkweise bewarb sie sich

2008 an einem psychoanalytischen Institut für die sogenannte verklärte Ausbildung zur Psychotherapeutin. Nachdem sie angenommen worden war, begann sie Ende 2008 den psychiatrischen Teil ihrer Ausbildung im Klinikum Bremen-Ost, den sie als äußerst lehrreich empfand. 2015 erhielt sie die Approbation als Psychotherapeutin in einem analytischen Verfahren und arbeitete in Gemeinschaftspraxis mit Frau Dr. Junkers, von der sie im Anschluss an die dreijährige Zusammenarbeit die Praxis übernahm. Frau John ist Mitglied der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung und arbeitet sowohl analytisch als auch tiefenpsychologisch fundiert mit Erwachsenen.

Durch einen Kollegen kam Eva John Ende 2017 zur Berufspolitik. Sie wurde in den Vorstand des DGPT-Landesverbands Bremen gewählt und 2018 ordentliches Mitglied der DGPT. Im Rahmen dieser Funktion folgte sie im April 2018 einer Einladung der Psychotherapeutenkammer Bremen, wobei ein personeller Umbruch im Zuge der Neubesetzung der Vorstandschaft nach dem bevorstehenden Ausscheiden des langjährigen Präsidenten Karl Heinz Schrömgens und seines Stellvertreters Hans Schindler frühzeitig vorbereitet werden sollte. Bei daran anschließenden Treffen zum Thema „Zukunft der Kammer“ wurde deutlich, dass Engagement gefragt war, um die Kammerführung in psychotherapeutischer Hand zu behalten. Eva John kandidierte 2019 für das Amt der stellvertretenden Präsidentin, nachdem Hans Schindler sich doch noch dazu bereiterklärt hatte, eine Amtszeit als Präsident zu übernehmen, um dem neuen Vorstand die Möglichkeit zu geben, in die Kammerarbeit hineinzuwachsen. Sehr zum Bedauern des jungen Vorstands verstarb Hans Schindler überraschend kurz nach der Kammerwahl, sodass früh auf die geplante Hilfestellung verzichtet werden musste und es erneut das Problem der Neubesetzung des Präsidentenpostens gab. Mittlerweile ist Amelie Thobaben Präsidentin der Kammer in Bremen; verfügt sie doch von allen Vorstandsmitgliedern über die mit Abstand größte berufspolitische Erfahrung.

Eva John vertritt die Kammer u. a. in verschiedenen Gremien bei der senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, wo es ihr nicht nur um die entsprechende Repräsentanz des Berufsstands und die Vertretung der Interessen psychisch Kranker aus Sicht der Behandlerinnen geht, sondern vor allem auch um die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und Zusammenarbeit aller daran beteiligten Berufsgruppen. Gleiches gilt für den Aufgabenbereich der stationären Behandlung, bei welcher ihr das Ziel einer Qualitätssteigerung durch die stärkere Einbeziehung von Psychotherapie besonders am Herzen liegt. Sie ist zudem zuständig für den Bereich Beschwerde und Schlichtung, in dem sie mit der Prüfung der von Patientinnen vorgebrachten Anliegen betraut ist.

### Dr. Kim Sarah Heinemann, Beisitzerin im Vorstand

Dr. Kim Sarah Heinemann studierte von 2003 bis 2008 an der Friedrich-Schiller-Universität (FSU) Jena Psychologie im Diplom-Studiengang. Anschließend arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Forschungssynthese, Intervention und Evaluation an der FSU Jena und promovierte parallel. In ihrer Doktorarbeit untersuchte Kim Sarah Heinemann mittels einer Metaanalyse die verschiedenen Einflussfaktoren für die Vorurteilsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. 2012 schloss sie ihre Promotion ab und kehrte in ihre Heimatstadt Oldenburg zurück. Im selben Jahr begann sie ihre Ausbildung zur Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie am Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung (IPP) Bremen und approbierte im Herbst 2016. Seitdem arbeitet Kim Sarah Heinemann als angestellte Psychotherapeutin in der Ambulanz der Christoph-Dornier-Stiftung und behandelt privat versicherte Patienten. Zudem ist sie im Rahmen der Psychotherapieausbildung am IPP Bremen u. a. als Dozentin tätig.

Zur Berufspolitik kam Kim Sarah Heinemann eher durch Zufall. Während der Ausbildung erzählten Kolleginnen häufig von ihrer Arbeit in der Psychothe-

rapeutenkammer Bremen. Die beschriebenen Aktivitäten klangen interessant und spannend, aber auch nach einer Sache, die für sie damals noch in weiter Ferne läge. Zunächst nahm die Ausbildung alle Zeit in Anspruch. Mit dem Erwerb der Approbation wurde das Thema Kammerarbeit relevanter. Kim Sarah Heinemann nahm regelmäßig an den Kammerversammlungen teil, die in Bremen als Vollversammlung für alle Mitglieder offen sind. Sie unterstützte dadurch passiv die Arbeit des damaligen Vorstands, indem sie ihr Mitbestimmungsrecht als Kammermitglied wahrnahm.

2018 teilte der Vorstand mit, dass sich mehrere Vorstandsmitglieder aus der Vorstandsarbeit verabschieden wollen und neue Kandidatinnen gefunden werden müssen, die bereit sind, die Kammerarbeit fortzusetzen. Dafür wurde der Arbeitskreis „Zukunft der Kammer“ gebildet, an welchem sich Kim Sarah Heinemann von Anfang an aktiv beteiligte, da sie sich verpflichtet fühlte, an der Erhaltung der Selbstverwaltung der Psychotherapeutenkammer mitzuwirken. Durch den Arbeitskreis bekam sie erste Einblicke, was es bedeuten würde, sich im Vorstand der Psychotherapeutenkammer zu engagieren. Die damaligen Vorstandsmitglieder berichteten ihre persönlichen Eindrücke und ermöglichten eine Hospitation bei einer Vorstandssitzung. Dadurch wurde für Kim Sarah Heinemann greifbarer, was eine ehrenamtliche Mitarbeit im Vorstand bedeuten würde. Sie entschloss sich, für den Beisitz im Vorstand zu kandidieren und wurde auf der Kammerversammlung im Mai 2019 gewählt.



Dr. Kim Sarah Heinemann

Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit als Vorstandsmitglied stellt das Berufsrecht dar. Diesen Aufgabenbereich hat sich Kim Sarah Heinemann gezielt gewählt, da es für sie einen guten Anlass darstellte, sich intensiver mit diesem Bereich auseinanderzusetzen. Die Themen reichen dabei z. B. von Änderungen des Heilberufsgesetzes aufgrund der Umsetzung von EU-Richtlinien bis hin zur Einführung der elektronischen Patientenakte. Dabei ist sie froh, mit dem Justiziar der Psychotherapeutenkammer, Herrn Rasehorn, einen versierten Ansprechpartner in allen juristischen Belangen zu haben. Hier steht nicht nur die Prüfung nötiger Anpassungen der Ordnungen der Psychotherapeutenkammer im Mittelpunkt, sondern auch das Anliegen, die Mitglieder über entsprechende Änderungen per Info-Mails, Brief oder über die Homepage laufend zu informieren. Diesen Aspekt der Kommunikation mit der Mitgliedschaft im Blick zu behalten, gehört ebenfalls zum Aufgabenbereich von Kim Sarah Heinemann.

Der zweite Schwerpunkt ihrer Vorstandstätigkeit liegt beim Psychotherapeutenjournal (PTJ). Gemeinsam mit Christoph Sülz verantwortet sie die redaktionelle Bearbeitung der Bremer Länderseiten im PTJ. Dazu gehört, die Fristen für die Einreichung von Beiträgen im Blick zu behalten, Texte anzufragen und ggf. selbst zu verfassen. Zudem nimmt sie an den einmal im Quartal tagenden Redaktionssitzungen des PTJ teil, die abwechselnd in Frankfurt/Main und Hannover stattfinden, aktuell wie so viele andere Veranstaltungen per Videoschaltung.

### Dr. Christoph Sülz, Beisitzer im Vorstand

Nach dem Studium an der Universität Greifswald arbeitete Christoph Sülz zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter am dortigen Institut für Psychologie. Mit dem Umzug nach Bremen im Jahr 2010 begann er hier seine Psychotherapieausbildung (Verhaltenstherapie) und arbeitete in psychiatrischen Kliniken in Bad Zwischenahn und Bremen. Promotion und Approbation erfolgten 2015. Seitdem baute er seine ambulante psychotherapeutische Tätigkeit kontinuierlich aus, zunächst mit eigener Privatpraxis innerhalb einer Praxismgemeinschaft in der Bremer Neustadt, dann in Anstellung in einer Praxis in Bremerhaven, welche er Ende 2016 übernahm. Im Oktober 2018 folgte dann der Wechsel nach Bremen, wo Christoph Sülz mittlerweile mit einer angestellten Psychotherapeutin und einer weiteren Kollegin in einer Praxismgemeinschaft arbeitet.



Dr. Christoph Sülz

Das berufspolitische Engagement begann in der DPtV, bei der Christoph Sülz Mitglied im Landesvorstand ist und sich

u. a. für die Belange der jungen Psychotherapeutinnen einsetzt. In der Psychotherapeutenkammer Bremen arbeitete Christoph Sülz bis zu seiner Wahl in den Kammervorstand in den Ausschüssen für Finanzen sowie für Beschwerden und Schlichtung. In der KV Bremen ist er Mitglied im Zulassungsausschuss und stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss. So konnte er fortlaufend Einblicke in die berufs- und sozialrechtlichen Themenfelder von Kammerarbeit und Selbstverwaltung bekommen. Die in diesen Bereichen gesammelten Erfahrungen bewogen ihn dazu, sich in die Kammerarbeit stärker einzubringen und 2019 für die Position eines Beisitzers zu kandidieren. Im Kammervorstand engagiert er sich primär in den Themenfeldern Finanzen und KV. Weiterhin kümmert er sich kooperativ mit Johannes Lindner um die Öffentlichkeitsarbeit. Zudem vertritt er die Kammer im Bremer Bündnis gegen Depression. Christoph Sülz ist wie Kim Sarah Heinemann Mitglied im Redaktionsbeirat des PTJ und beteiligt sich dort rege an dessen Begutachtungstätigkeiten und Diskussionen. Neben der Wahrnehmung konkreter Termine, zum Beispiel für die Treffen mit dem Finanzausschuss, finden einige der übernommenen Aufgaben im Hintergrund statt und sind mit dem Lesen und Verfassen von Texten verbunden.

Christoph Sülz ist die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und berufspolitischem Engagement ein wichtiges Anliegen. Konkrete Maßnahmen wie die Erweiterung des Kammervorstandes durch die letzte Kammerversammlung oder auch die Terminierung der Vorstandssitzungen auf einen Vormittag begrüßt er als hilfreiche Entscheidungen für mehr Familienfreundlichkeit.

## Corona-Sprechstundenprojekt für medizinische und psychosoziale Fachkräfte

In einem gemeinsamen Projekt plant die Psychotherapeutenkammer Bremen mit der gesundheitssenatorischen Behörde, der Kassenärztlichen Vereinigung und der BG Ambulanz für Bremen die Vermittlung psychotherapeutischer Sprechstunden an bestimmte von der Corona-Pandemie beruflich besonders betroffene Men-

schen: Fachkräfte, die im medizinischen oder psychosozialen Bereich tätig sind. Psychisch belasteten Menschen soll es ermöglicht werden, unkompliziert und zeitnah im Rahmen einer Psychotherapeutischen Sprechstunde zunächst mit einer Psychotherapeutin den Unterstützungsbedarf und ggf.

auch die Zuständigkeit einer Kostenübernahme durch die Unfallversicherung abklären zu können sowie, falls nötig, weitere Versorgungsschritte zu planen. Beteiligt werden sollen sowohl Vertragspsychotherapeutinnen als auch Psychotherapeutinnen in Privatpraxen und im Psychotherapeutenverfahren der DGUV.

## Treffen zum kollegialen Austausch mit Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs

Auf Einladung des Kammervorstandes kam es im März zu einem Treffen mit Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs in den Räumen der Geschäftsstelle. Frau Heinrichs ist Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bremen und als Psychologische Psychotherapeutin ebenso Mitglied der Psychotherapeutenkammer Bremen. In einem freundlichen, kollegialen Austausch schilderte Frau Heinrichs die aktuelle Situation am Institut für Psychologie und berichtete über die bisherige Entwicklung bei der Vorbereitung auf den neuen Masterstudiengang Psychotherapie.

Am Institut sei die Umstrukturierung nach der 2014 drohenden Schließung sehr gut erfolgt. Die neuen Lehrstuhlinhaberinnen bildeten ein engagiertes Team. Der Fachbereich Psychologie an der Universität Bremen sehe sich jedenfalls gut aufgestellt. Verfahrensvielfalt in der Ausbildung sei Frau Heinrichs ein besonderes Anliegen.

Die Vorbereitungen im Rahmen der Ausbildungsreform seien so weit vorangeschritten, dass die im Rahmen



*Präsidentin Amelie Thobaben, links, beim kollegialen Austausch mit Prof. Dr. Nina Heinrichs*

der Akkreditierung vorgesehene Programmevaluation des neuen Masterstudienganges Klinische Psychologie und Psychotherapie im Sommer 2020 erfolgen könne. An diesem Prozess sind mindestens vier externe Expertinnen als Gutachterinnen beteiligt, unter denen sich neben zwei Hochschullehrerinnen und einer Studierenden auch eine Berufspraktikerin befindet. Auf Bitten der Fachbereichsleitung schlug die Psychotherapeutenkammer Bremen Herrn Dr. Christoph Sülz als Vertreter aus der Berufspraxis vor.

Frau Heinrichs betonte die zukünftige Bedeutung der Kammermitglieder für

die obligatorischen berufspraktischen Ausbildungsanteile sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudium. Insbesondere für die berufsqualifizierende Tätigkeit I (Einstieg in die Praxis der Psychotherapie) sowie für die berufsqualifizierende Tätigkeit III (Angewandte Praxis der Psychotherapie, BQT III) ist in der Approbationsordnung eine Einbeziehung der psychotherapeutischen Praxen vorgesehen. Hier werden Kammermitglieder – stärker als bisher bei der Praktischen Tätigkeit II – die Möglichkeit haben, sich in der Ausbildung einzubringen und dadurch die Verfahrensvielfalt zu unterstützen.

Amelie Thobaben zeigte sich über den aktuellen Stand und die rasche Umsetzung der Reform durch den Fachbereich sehr erfreut. Sie betonte, dass der Einsatz des damaligen Kammervorstandes und der Kammermitglieder für den Erhalt der Psychologie an der Universität Bremen sichtbare Früchte trage. Der Kammervorstand sicherte Frau Heinrichs und dem Institut seine weitere Unterstützung zu. Auf beiden Seiten bestehe die Absicht, den guten Austausch fortzuführen.

### Redaktion

Dr. Kim Sarah Heinemann, Dr. Christoph Sülz

### 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.: 10.00–14.00 Uhr  
Mi.: 13.00–17.00 Uhr

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie diese Ausgabe des Psychotherapeutenjournals in den Händen halten, werden sich die Bedingungen, unter denen wir leben und arbeiten, bereits wieder verändert haben. Lesen Sie dazu das Editorial der Kollegin Juliane Dürkop aus Schleswig-Holstein am Anfang des Psychotherapeutenjournals (PTJ).

Bisher informierten wir Sie im PTJ in der Regel über aktuelle Veranstaltungen, Aktivitäten sowie Initiativen der Psychotherapeutenkammer, des Vorstandes und der Geschäftsstelle. Von Veranstaltungen im Zeitraum März bis Mai 2020 können wir dieses Mal nicht berichten. Denn wegen der ab Mitte März 2020 erlassenen Beschränkungen mussten wir nicht nur feststehende Veranstaltungen absagen, sondern auch Vorbereitungen für geplante Veranstaltungen unterlassen.

Darüber hinaus ist die Geschäftsstelle seit 17. März 2020 zum Schutz der Belegschaft für den Publikumsverkehr geschlossen. In der Regel ist die Geschäftsstelle (Stand: Mai 2020) mit zwei Personen am Tag besetzt, die die telefonische Erreichbarkeit gewährleisten und Post erledigen. Alle anderen Mitarbeiterinnen arbeiten über sichere Verbindungen aus dem Homeoffice. Mittlerweile haben sich Prozeduren wie Video- und Telefonkonferenzen etabliert, sodass die Geschäftsstelle, der Vorstand und alle Ehrenamtlichen ihre Arbeit gut erledigen können.

In Zeiten des Lockdowns war und ist es für uns alle ein herausforderndes Abwägen, zwischen verunsichernden Nachrichten bzw. den zwischen Dramatisierung und Bagatellisierung wogenden Diskussionen einen vernunftgeleiteten Weg im Umgang mit der Corona-Krise zu finden. Wir waren gefordert, im Rahmen unserer Kammeraufgaben besonnen und verantwortungsvoll zu handeln. Denn trotz der Herausforderungen mussten viele laufende Aufgaben und Projekte weiterverfolgt werden. Da ist es gut, sich aufeinander verlassen zu können.

Im Kammervorstand und der Geschäftsstelle waren und sind wir alle bemüht, den schwierigen Balanceakt zwischen persönlicher Betroffen-

heit, familiärer Verpflichtung, der Verantwortung unseren Patientinnen gegenüber und den Anforderungen der Kammerarbeit zu bewältigen. Häufigere Kontakte und kurzfristigere Abstimmungen u. a. mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Heilberufekammern sowie der Aufsichtsbehörde waren notwendig, um die Anliegen unserer Profession zu klären. Der enge und kooperative Kontakt mit der Bundespsychotherapeutenkammer und den anderen Landespsychotherapeutenkammern erweist sich ebenfalls als äußerst hilfreich im Hinblick auf einen effizienten Informationsaustausch und gemeinsame Stellungnahmen bzw. Forderungen gegenüber der Politik.

Seit Beginn der Corona-Krise erreichte uns eine Vielzahl von Anfragen von Kammermitgliedern, die wir individuell beantwortet haben. Wir haben darüber hinaus Sonder-Newsletter veröffentlicht, über die wir Sie mit rechtssicheren Informationen für Ihre Arbeit versorgt haben. Alle Sonder-Newsletter sind auf der Website der Kammer einsehbar.

Beginnend mit diesem PTJ möchten wir Ihnen die Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitskreise aus der Sicht der Vorsitzenden bzw. Leiterinnen in Form von Interviews näherbringen und vorstellen. Wir beginnen mit dem Ausschuss für Fort- und Weiterbildung, der von Frau Dr. Helene Timmermann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Fachkunde sowie einer Ausbildung in Familientherapie, geleitet wird. Und wir stellen Ihnen den Arbeitskreis KJP vor, der von Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit tiefenpsychologisch fundierter Fachkunde, geleitet wird. Außerdem können Sie hier den Jahresbericht 2019 der Ethik-Kommission lesen.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre und hoffen, dass Sie gesund bleiben und in dieser herausfordernden Zeit Ruhe bewahren können.

TM

## Interview mit Dr. Helene Timmermann, Vorsitzende des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung

### Welche Aufgaben hat der Ausschuss?

Approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sind gesetzlich verpflichtet, sich fortzubilden. Für die Teilnahme an akkreditierten Veranstaltungen, Supervision und Inter-

visionsgruppen werden Fortbildungspunkte vergeben. Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung (AFW) prüft die eingehenden Anträge und Anfragen für Veranstaltungen und entscheidet über deren Akkreditierung. Grundlage für die Entscheidungen ist die Fortbildungsordnung der PTK Hamburg.

Außerdem befasst sich der Ausschuss mit der Entwicklung von Weiterbildungen und spezifischen inhaltlichen Fragen zur Fortbildung. Beispielsweise wurden die Kriterien für die Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie und Systemischer (Psycho-)Therapie erarbeitet, diskutiert und der Delegierten-

versammlung vorgelegt. Darüber hinaus berät der Ausschuss den Vorstand in allen Angelegenheiten psychotherapeutischer Fort- und Weiterbildung. Entwicklungen im Bereich psychotherapeutischer Methoden und Verfahren sollen beobachtet, diskutiert und bewertet werden.

**Wie viele Mitglieder hat der Ausschuss und wie sieht seine Zusammensetzung aus? Sind in dem Ausschuss verschiedene Perspektiven vertreten – wäre das wünschenswert? Hat sich die Gruppengröße bewährt? Wie oft tagt der Ausschuss?**

Der Ausschuss setzt sich aus sieben Mitgliedern zusammen. Dabei ist die Besetzung mit Mitgliedern aus den unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren sowie durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen grundlegend, um alle Altersgruppen und wissenschaftlichen Perspektiven miteinzubeziehen. So ist es uns wichtig, dass nach der Anerkennung der Systemischen (Psycho-)Therapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auch eine entsprechend qualifizierte Kollegin im AFW vertreten ist.

Wir treffen uns alle vier bis sechs Wochen in der Geschäftsstelle, momentan per Video. Die Akkreditierungen werden durch Zweierteams und eine Mitarbeiterin der Geschäftsstelle vorbereitet. Vor allem bei strittigen Fragen hat sich die Diskussion im gesamten Ausschuss als zielführend und hilfreich erwiesen.

**Wieso haben Sie sich für die ehrenamtliche Arbeit im Ausschuss entschieden?**

Ich halte die Fortbildung nach der Approbation für unbedingt notwendig für die psychotherapeutische Tätigkeit. Dazu zählt sowohl der fachliche Austausch mit Kolleginnen innerhalb von Intervisions- und Supervisionsgruppen als auch die theoretische Auseinandersetzung mit Literatur, durch Vorträge oder die Teilnahme an Kongressen.

**Was motiviert Sie? Was interessiert Sie an der Ausschussarbeit? Welche positiven und welche negativen Aspekte stecken in einem solchen Ehrenamt?**

Ich empfinde den fachlichen Austausch mit Kolleginnen aus anderen Psychotherapieverfahren als große Bereicherung. In der Gruppe entstehen dadurch spannende, teilweise auch kontroverse Diskussionen, bei denen das gemeinsame Ziel aber nicht aus dem Auge verloren wird.

Als negativ ist allenfalls die Verpflichtung zu einem zusätzlichen Sitzungsabend im Monat zu bezeichnen, was aber durch die Freude an der inhaltlichen Arbeit aufgewogen wird.

**Gibt es nachwuchsrelevante Fragen und Aspekte in dem Ausschuss, die eine Rolle spielen?**

Aus meiner Sicht gibt es keine Nachwuchssorgen.

**Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den Hauptamtlichen und den Ehrenamtlichen?**

Die Zusammenarbeit funktioniert sehr gut. Auch der Übergang von einem Ausschussmitglied, welches aus Altersgründen ausgeschieden ist, zu dessen

Nachfolgerin gestaltete sich problemlos.

**Mit welchen Themen beschäftigt sich der Ausschuss aktuell?**

Die Frage, welche Kriterien für die Akkreditierung von Supervisorinnen zugrunde gelegt werden sollen, wie auch die Überarbeitung der Fortbildungsordnung sind aktuelle Themen. Außerdem natürlich die spezifische Gestaltung von Webinaren und Online-Veranstaltungen, deren Zahl angesichts der aktuellen Situation deutlich zugenommen hat.

**Wie beeinflusst die Corona-Krise die Ausschussarbeit? Haben sich dadurch Arbeitsabläufe verändert (positiv/negativ)?**

Wie auch in anderen Arbeitsgruppen haben wir uns mit der entsprechenden Videotechnik vertraut gemacht. Dennoch hoffe ich, dass wir uns bald wieder in Präsenzsitzungen treffen können, da die Videokonferenzen die Möglichkeiten des persönlichen Austauschs doch eingrenzen und reduzieren.

**Und zum Abschluss: Welches Buch lesen Sie gerade?**

Ich lese gerade „Im Land der Träume – Mit Sigmund Freud in Italien“ von Jörg-Dieter Kogel. Auf dem Hintergrund der Kontaktbeschränkung und des Verzichts auf eigene Reisen in diesem Jahr macht es Freude, sich irgendwohin zu träumen. Als Nächstes steht „Blutsbande – Verwandtschaft als Kulturgeschichte“ von Christina von Braun auf der Leseliste. Damit werde ich vermutlich die Sommerferien verbringen.

TM

## Interview mit Gitta Tormin, der Leiterin des Arbeitskreises KJP

**Welche Aufgaben hat der Arbeitskreis (AK) und wie unterscheiden sich dessen Aufgaben von denjenigen eines Ausschusses?**

Der AK KJP ist ein internes Forum für Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachse-

nen sowie in sonstigen psychosozialen Hilfseinrichtungen für Kinder und Jugendliche arbeiten, und dient dem Austausch über fachliche und berufspolitische Inhalte. Seine Mitglieder verfügen über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder befinden sich in Ausbildung. Anders als bei einem Ausschuss, in dem

die Anzahl der Ausschussmitglieder per Satzung festgelegt ist und diese von der Delegiertenversammlung gewählt werden, handelt es sich um einen offenen Arbeitskreis ohne satzungsgemäße Aufgabe. Teilnehmerinnen erhalten deshalb auch kein Sitzungsgeld, was sich mitunter auf die Verbindlichkeit auswirken kann.

Die offene Struktur birgt zudem den Nachteil, dass wir manche Themen nicht abschließend behandeln können, da wir oft in unterschiedlicher Besetzung tagen. Positiv ist hingegen hervorzuheben, dass jedes Kammermitglied willkommen ist und wir gegenüber dem Vorstand oder der Delegiertenversammlung keine Rechenschaft ablegen müssen. Nach Abwägung des Für und Wider überwiegen bisher die Vorteile des Konzeptes.

### Wie viele Mitglieder hat der AK und wie ist die Zusammensetzung? Sind in dem AK verschiedene Perspektiven vertreten – wäre es wünschenswert?

Den Kern unseres Arbeitskreises bilden fünf „feste“ Teilnehmerinnen. Je nach Thema haben wir auch schon mit bis zu 15 KJP-Kolleginnen zusammengesessen. Sollte der AK in einen Ausschuss umgewandelt werden, würde ich im Sinne einer effektiven Zusammenarbeit eine Teilnehmerzahl von sieben Personen empfehlen.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungshintergründe kann aus vielfältigen Perspektiven auf die behandelten Themenfragen geschaut werden. Alle KJP-relevanten Psychotherapieverfahren sind vertreten, was ebenfalls gewinnbringend für die Diskussionen ist.

### Hat sich die Gruppengröße bewährt? Wie oft tagt der AK? Würden Sie es begrüßen, wenn der AK an verschiedenen Orten in den jeweiligen Bezirken tagt?

Die alle zwei Monate stattfindenden Treffen sind auf Freitag, 9.30 Uhr, fest-

gelegt. Die Erfahrung zeigt, dass viele interessierte Kolleginnen leider nicht kommen, da entweder die Uhrzeit, der Wochentag oder vor allem der Ort (derzeit in den Räumen der PTK-Geschäftsstelle) nicht passen. Wenn sie z. B. aus Harburg oder Bergedorf anreisen, wird der halbe Tag für die Teilnahme benötigt, was die Teilnahmemöglichkeit einschränkt. Insofern ist zu überlegen, ob die Treffen abwechselnd in den Bezirken stattfinden sollten.

### Wieso haben Sie sich für die ehrenamtliche Arbeit im AK entschieden? Was motiviert Sie? Was interessiert Sie an der AK-Arbeit? Welche positiven Aspekte und welche negativen stecken in einem solchen Ehrenamt?

Für die Arbeit im AK habe ich mich entschieden, weil ich nicht nur isoliert für mich arbeiten wollte. Ich war neugierig auf die Arbeitsweisen der Kolleginnen. So bin ich auf den AK KJP gestoßen und nahm anfangs erst sporadisch teil. An ein Ehrenamt habe ich dabei nicht gedacht. Es kamen mit der Zeit aber andere Gedanken dazu: Der halbe Vormittag ist weg, ich hätte in dieser Zeit gut Patientinnen behandeln und Geld verdienen können. Was habe ich von der Teilnahme? Hier bekommt die Aufwandsentschädigung für die AK-Leitung, die zwar gering ist, eine symbolische Bedeutung als Anerkennung des ehrenamtlichen Engagements. Darüber hinaus zeigt sich aber auch, wie bereichernd der Austausch und die Vernetzung mit anderen Kolleginnen über den AK ist.

### Gibt es nachwuchsrelevante Fragen und Aspekte in dem AK, die eine Rolle spielen?

Es gibt nachwuchsrelevante Fragen und Aspekte im AK KJP. Einige neuaprobierende Kolleginnen, die sich gerne niederlassen würden, haben es schwer, in das Versorgungssystem der KV zu kommen. Oft arbeiten sie angestellt für ein geringeres Entgelt.

### Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den Hauptamtlichen und den Ehrenamtlichen?

Die Zusammenarbeit funktioniert ganz hervorragend, sowohl in der Vorbereitung als auch in der Nachbearbeitung der Sitzungen. Die Mitglieder des AK KJP sind oft dankbar und überrascht von der guten Versorgung und Vorbereitung der Sitzungen durch die Geschäftsstelle und den menschlichen und wertschätzenden Umgang.

### Wie beeinflusst die Corona-Krise die Ausschussarbeit? Haben sich dadurch Arbeitsabläufe verändert?

Aktuell pausiert der AK. Der letzte Termin wurde wegen der Corona-Krise abgesagt. Ich versuche aus der Vorstandsarbeit heraus meine KJP-Kolleginnen mit den aktuell wichtigen Informationen über Newsletter und Mails zu versorgen.

### Und zum Abschluss: Welches Buch lesen Sie gerade?

Ich lese gerade den Roman „PATRIA“ von Fernando Aramburu über zwei ehemals miteinander befreundete Familien im Baskenland. Es ist ein Roman über Schuld, Vergebung, Liebe, Freundschaft und Terrorismus.

TM

## Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg

### Tätigkeitsbericht der Ethik-Kommission für das Jahr 2019

Im Jahr 2019 wurden der Ethik-Kommission insgesamt 14 Anträge zur Begutachtung vorgelegt. Im Vordergrund der Beratungen standen auch in diesem Jahr die Rückmeldungen an die Forschenden zu Formulierungen für die

Patienteninformation, zum Datenschutz und zur Schweigepflichtentbindung sowie zur Datenerhebung, -speicherung, -nutzung und -löschung.

Von der Kommission wurde eine Vorlage für eine Einwilligungserklärung für den Einsatz von bild- und tonerzeugenden Verfahren unter Berücksichtigung der ge-

setzlichen Vorgaben erarbeitet. Auf der Homepage der Kammer soll in Zukunft auf die Publikation der Forschungsergebnisse hingewiesen sowie um eine entsprechende Rückmeldung der Forschenden gebeten werden. Außerdem wurde die Gebührenordnung der Kammer überarbeitet und damit auch die Gebührensätze der Ethik-Kommission angepasst.

## Was genau ist die Aufgabe der Ethik-Kommission?

Die Ethik-Kommission ist eine Institution der PTK Hamburg, deren Einrichtung im Hamburgischen Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKGGH) vorgesehen ist. Danach hat sie die Aufgabe, die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sowie andere Wissenschaftlerinnen auf der Grundlage des geltenden Rechts und nach neuestem Stand der Wissenschaft hinsichtlich ethischer und fachrechtlicher Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben am Menschen zu beraten und eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in die klinischen Forschungen einbezogenen Patientinnen.

Die Arbeit der Ethik-Kommission basiert auf gesetzlichen Bestimmungen und allgemein anerkannten ethischen Grundsätzen, wie sie

- sich insbesondere aus den allgemeinen Menschenrechten gemäß der Charta der Vereinten Nationen und/oder aus Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ergeben,

- in der letztgültigen Fassung der Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes festgelegt sind,
- in der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg verankert sowie
- in Absatz C der ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) formuliert sind.

Die Kommission trifft sich quartalsweise und ist zuständig für alle psychotherapeutischen Forschungsvorhaben gemäß § 9 Absätze 2 und 5 HmbKGGH, die durch Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg verantwortlich durchgeführt werden, soweit nicht eine Zuständigkeit nach § 9 Absätze 3 und 4 HmbKGGH besteht. Die Kommission wird auf schriftlichen Antrag tätig. Die Anforderungen hierfür sind auf der Homepage beschrieben. Für das Tätigwerden der Ethik-Kommission werden Gebühren gemäß der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg erhoben.

Seit der konstituierenden Sitzung der Ethik-Kommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg im Jahr 2008 wurden bereits 142 Forschungsanträge durch die Kommission geprüft.

Der Kommission gehörten 2019 als ordentliche Mitglieder an:

- Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt (PP),
- Dr. Michael Wunder (PP),
- Prof. Dr. Gerhard Süß (KJP) und
- Dr. Rainer Stelling (Jurist).

Stellvertretende Mitglieder waren:

- Prof. Dr. Tania Lincoln (PP),
- Prof. Dr. Monika Bullinger (PP),
- Ph.D. Susanne Hommel (KJP) und
- Agnes Frfr. von Diepenbroick, LL. M. (Juristin).

Aus der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg nimmt Kathrin Zander, Vorstands- und Geschäfts-führungsassistentin, an den Sitzungen teil.

Für Kammermitglieder, die einen Antrag bei der Ethik-Kommission einreichen möchten, bietet die Kommission Vordrucke auf der Homepage an. Nähere Informationen finden Sie in der Ethik-satzung sowie auf der Homepage unter „Die Kammer“ > „Ausschüsse und Kommissionen“ > „Ethik-Kommission“.

HR

### Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Hertha Richter-Appelt und Kathrin Zander.

### Geschäftsstelle

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



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

## Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. Heike Winter  
(Foto: Mario Nägler)

wir alle lernen in dieser Corona-Krise enorm viel: Das Virus zwingt auch uns Psychotherapeutinnen zu einem anderen Leben und Arbeiten. Es ist beeindruckend, wie schnell wir in der Lage sind, uns an die neue Situation anzupassen: Sie erforderte quasi über Nacht, das digitale Arbeiten – Videokonferenzen oder Fernbehandlungen – zu erproben. Das gilt für den Arbeitsalltag in unseren Psychotherapiepraxen, in Kliniken und

Ausbildungsambulanzen sowie für unsere Gremien und die Geschäftsstelle. Die Corona-Krise macht deutlich, was Disruption bedeutet: Rasches Anpassen an eine neue Situation – das Nutzen neuer Wege und Techniken, um die Psychotherapie-Versorgung zu sichern und Patientinnen in dieser ungewöhnlichen Pandemiesituation weiterhin helfen zu können. Klar ist: Der Goldstandard bleibt die Face-to-face-Behandlung. Aber wo sie nicht ermöglicht werden kann, bildet die videobasierte Psychotherapie eine gute Alternative für Patientinnen, die ansonsten gar nicht versorgt werden könnten. Und: Wo auch diese nicht möglich ist, sollten Telefonsprechstunden erlaubt werden.

Glücklicherweise haben wir uns in Vorstand und Geschäftsstelle schon vor der Corona-Krise auf die neue, stärker digital ausgerichtete Arbeitswelt vorbereitet. So konnten wir rasch agieren: zum Beispiel nach den Mordanschlägen in Hanau und der Amokfahrt beim Rosenmontagszug in Volkmarshausen unverzüglich Hilfe für Opfer und Trauernde anbieten – verbunden mit kurzfristig organisierten Webinaren zum Thema psychotherapeutische Versorgung nach akuter Belastungsreaktion und Traumatisierung. Schon zu Beginn der Corona-Krise war die Kammer für die digitalisierte Zusammenarbeit und Kommunikation ohne Präsenz-Meetings sehr

gut ausgestattet: Webinare mit vielen hundert Teilnehmenden lieferten den Mitgliedern wertvolle Informationen zur veränderten Rechtslage und hilfreiche Anregungen für die Erweiterung des Versorgungsangebots auf dem Weg der Videosprechstunde. Ziel war es, die Kolleginnen bestmöglich zu unterstützen, damit die psychotherapeutische Versorgung gerade in diesen schwierigen Zeiten aufrechterhalten werden kann. Es geht weiter darum, Risiken für alle zu minimieren und Lösungen in der Psychotherapiepraxis und im stationären Bereich zu finden.

Einfache Wege gibt es da nicht. Wie lange es problematische Einschränkungen für unsere Arbeit gibt, ist unklar. Wir müssen die Unvorhersehbarkeit aushalten, können aber nicht abwarten, bis die Corona-Krise vorüber und ein Impfstoff verfügbar ist. Wir müssen handeln und sorgen so für möglichst viel Stabilität für unsere Patientinnen.

Wo etwas mehr Zeit bleibt als in der Vor-Corona-Phase, lohnen sich jetzt Investitionen in die Zukunft: weiterer Kompetenzerwerb im Umgang mit der digitalen Technik, Entwicklung von Differential- und Kontraindikationen für die Videosprechstunde wie auch Überlegungen zu einem weiteren digitalen Ausbau, z. B. bei der Organisation des Praxisalltags. Corona beschleunigt die Entwicklung. Die Psychotherapieversorgung wird in der Post-Corona-Ära vermutlich deutlich digitaler sein als heute.

Sie bei weiteren Schritten in diese Richtung verantwortungsbewusst zu begleiten und dabei auch die Grenzen der Digitalisierung auszuloten, betrachten wir als eine Pflicht: Damit die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Hessen auch weiterhin mit ihrer Professionalität und Qualifikation eine gute Versorgung psychisch erkrankter Menschen sichern können.

Herzliche Grüße

Ihre Dr. Heike Winter

## Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

### Webinar zu Präventionsstrategien in der Psychotherapiepraxis

Es ist der Albtraum aller Eltern: wenn Kinder oder Jugendliche sich das Leben nehmen. Rein statistisch passiert dies jeden Tag in Deutschland. Mobbing in der Schule, traumatische Erlebnisse, dysfunktionale Familiensituationen, Liebeskummer, das Gefühl des Versagens

oder Verlassenseins – immer wieder kann es bei jungen Menschen zu Krisen kommen. Insgesamt ist das Suizidrisiko bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen etwa zehnfach höher als bei nicht erkrankten Gleichaltrigen. Was können wir in Politik, Gesellschaft und Gesundheitswesen tun, damit Gefahrsignale frühzeitig erkannt werden

und möglichst vielen Kindern und Jugendlichen geholfen werden kann? In Zusammenarbeit mit dem hessischen Sozialministerium hat die Psychotherapeutenkammer Hessen dazu (am 25. April 2020) eine Fortbildung für Psychotherapeutinnen angeboten. Zielgruppe waren vor allem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen.

## Minister Kai Klose per Video

Was zunächst als Fortbildungsveranstaltung geplant war, wurde mit Blick auf die Corona-Risiken in ein Webinar verwandelt: So konnte die zunächst auf 200 begrenzte Zahl der Teilnehmenden erhöht und für fast 300 Fachleute eine praxisorientierte Fortbildung ermöglicht werden, die das präventive, diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Suizidalität im Kindes- und Jugendalter beleuchtete. Das Webinar, in das sich auch Minister Kai Klose mit einem Video einbrachte, gab einen spannenden Überblick über den Stand der Forschung und thematisierte vor allem die Möglichkeiten der Prävention bzw. Therapie, um Suizidgefahren bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren. Um den Bereich der Suizidprävention weiter auszubauen, plant die Psychotherapeutenkammer mit dem Sozialministerium, dem Kultusministerium sowie der Landeschülervertretung weitere Projekte.

### „Denkst Du daran, Dir das Leben zu nehmen?“

Die „Prävalenz und Diagnostik bei Suizidalität von Kindern und Jugendlichen“ beleuchtete Prof. Dr. med. Michael Kaess von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Bern. Er machte – mit Einblicken in Studien zur Epidemiologie – deutlich: Suizide sind die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 29 Jahren in Europa – Suizidideen gibt es bei ca. 10–19 %, Suizidpläne bei 6–15 % und Suizidversuche bei etwa 8 % der Jugendlichen. Zu den relevanten Risikoindikatoren zählen selbstverletzendes Verhalten und Mobbing. Zur Diagnostik machte Prof. Kaess deutlich: Es gibt keinen Hinweis in der Forschung darauf, dass es riskant sein könnte, Suizidalität anzusprechen. Eine Studie zeigt, dass lediglich ein kleiner Teil der Jugendlichen (18 %) nach einem Suizidversuch einen Arzt konsultierte und nur 12,7 % in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Prof. Kaess stellte das Projekt „Saving and Empowering Young Lives in Europe“ (SEYLE) sowie ein Notfall-Screening vor, bei dem alle Jugendli-

chen mit drängenden Suizidgedanken, -plänen und -versuchen in den zurückliegenden zwei Wochen als „Screeningfälle“ betrachtet wurden. Dabei zeigt sich: Wo Jugendliche an solchen Interviews teilnehmen, verbessert sich ihr Hilfesuchverhalten; das Suizidrisiko sinkt deutlich. Deshalb habe es enorme Bedeutung, wenn es bei Suizidgedanken oder -ankündigungen bzw. nach Suizidversuchen zu einer psychopathologischen Befunderhebung kommt mit Einschätzung der akuten Suizidalität und des Vorliegens von Risikofaktoren etc. Zum Explorieren von Suizidalität stellte der Experte eine Liste von zehn Fragen (nach Pöldinger) vor, die mit der direkten Konfrontation beginnt: „Denkst Du daran, Dir das Leben zu nehmen?“ Prof. Kaess differenziert zwischen Basissuizidalität (Wachsamkeit, ggf. Exploration), erhöhter Suizidgefahr (Non-Suizid-Commitment plus Therapie) und akuter Suizidgefahr (Sicherung in Klinik).

### Inhalte erfolgreicher Programme

„Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bei Suizidalität – kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen“ präsentierte Prof. Dr. Paul Plener von der Medizinischen Universität Wien. Mit Blick auf die Ergebnisse der Forschung zu suizidalem Verhalten sind für die Therapie wichtige Erkenntnisse mitzunehmen: Frühe Lebensereignisse spielen eine Rolle (belastende Kindheitserlebnisse, Umgang mit Problemen, Umgang mit Stress), bestehende soziale Kontakte zu anderen (Freunde/Familie) sind ein wesentlicher Schutzfaktor.

Sinnvolle therapeutische Interventionen können hier deshalb sein, Problemlösefertigkeiten zu trainieren, eine soziale Problembearbeitung zu adressieren, Unterstützung zu leisten und Isolation zu beenden. Die Studienlage zum Erfolg von Psychotherapie bei Suizidgedanken und -versuchen zeige eine hohe Heterogenität: So gelingt die Reduktion von Suizidgedanken (in 95,7 % der Fälle) im Mittel um 55 %, die Reduktion von Suizidversuchen (in 88,2 % der Fälle) im Mittel um 37,5 % (Mendez-Bustos et al., 2019). Was erfolgreiche Programme gemeinsam haben: den Einbezug

von Familien oder Bezugspersonen, Emotionsregulationsstrategien, Problemlösefertigkeiten und Kommunikationsfähigkeiten.

### Krisenplan mit klaren Absprachen

Mit Blick in die Leitlinien erläuterte Prof. Plener, unter welchen Bedingungen eine ambulante Behandlung ausreichend sein sollte: Absprachefähigkeit und ein ausreichend stabiles Umfeld, ein geringer Schweregrad der Suizidalität und eine Zukunftsperspektive des Jugendlichen müssen erkennbar sein. Oberstes Ziel sei die Sicherheit der Patientin, die bei akuter Suizidalität umgehend stationär behandelt werden muss. Eine psychotherapeutische Intervention sollte unter Einbezug der Familie erfolgen – wenn möglich bei Kontinuität der Psychotherapeutin und unter Erarbeitung eines Krisenplans mit klaren Absprachen. Wie Untersuchungen belegen, kann „Safety Planning“ suizidales Verhalten deutlich reduzieren.

### Ungelöste Sinnfragen – Vorbildsuche

Vizepräsidentin Else Döring führte nach der Mittagspause in den zweiten Teil des Webinars ein und übernahm die Moderation bei psychodynamischen Interventionen im Rahmen der Psychotherapie bei suizidalen Kindern und Jugendlichen. Der Vortrag von Christiane Lutz (Stuttgart), der auch als Buchautorin bekannten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, beleuchtete äußere und innere Ursachen von Suizidgedahren und benannte hierbei problematische Bindungserfahrungen, traumatische Erlebnisse, Über- bzw. Unterforderung, „Helikoptereltern“, mangelnde Frustrationstoleranz, ungelöste Sinnfragen und enttäuschte Vorbildsuche als mögliche Ursachen. Lösungen sieht Christiane Lutz in der Arbeit mit einer bestimmt und authentisch auftretenden Psychotherapeutin, die für mehr Lebensfreude sorgt – statt gegen die Fehleinstellung, Depression oder geringe Belastbarkeit zu argumentieren. Einfühlung seitens der Eltern und Lehrkräfte in die Situation des Kindes und Jugendlichen sei wichtig.

„Analytische Therapie stellt die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt. Dafür braucht es Geduld und ein Absehen von jedem Aktionismus inklusive Panik“, erläuterte Lutz. Die Verarbeitung und Lösung der innerpsychischen Konfliktsituationen nutze das symbolische Spiel, das heilende Kräfte in Gang setze: „Spiel, Verhalten und Übertragung werden von vorsichtigen interpretierenden Deutungen begleitet, die Selbsterkenntnis bewirken sollen.“ Auch das Malen von Gefühlssituationen könne hier zielführend sein. „Schließlich ist auch das symbolische Sandspiel eine wichtige Möglichkeit, sich nonverbal darzustellen, gerade weil Suizidfantasien oft große Schuldgefühle auslösen. Je nach Situation gibt es auch in Märchen und Mythen hilfreiche Parallelen.“ In der Beziehung zwischen Patientin und Psychotherapeutin sei Wahrhaftigkeit eine wichtige Haltung, die Vertrauen ermögliche: „Die Liebe zum Patienten ist eine Liebe zum Leben. Sie ist nicht besitzergreifend, sondern loslassend.“

### Hilfe für Eltern und Geschwister

Über „Psychische Belastungen und Versorgung von trauernden Eltern und Geschwistern nach einem Suizid“ referierte Prof. Dr. Birgit Wagner (Medical School Berlin). Sie stellte aktuelle Forschungsergebnisse zur anhaltenden Trauer bei Eltern nach einem Suizid ihres Kindes vor. Bei etwa 67 % (Bellini et al., 2018)\* der Angehörigen treten diese Symptome auf. Zudem ist belegt, dass trauernde Eltern und Geschwister eine höhere Trauerintensität als andere Trauergruppen (Morris et al., 2018) zeigen.

Eine kanadische bevölkerungsbasierte Studie (N = 415) zeigt, dass zwei Jahre nach dem Verlust eines Angehörigen oder nahen Freundes (Bolton et al., 2013) 45 % der Betroffenen mindestens eine psychische Erkrankung entwickelt haben (30 % eine Depression, 23 % eine Angststörung). Belegt ist auch die Häufigkeit von PTBS nach dem Verlust eines Kindes durch Suizid: Eine solche tritt bei 51 % auf (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003). Hin-

zu kommen somatische Erkrankungen – zwei Jahre nach dem Suizid eines ihrer Kinder zeigten 51 % der Eltern mindestens eine somatische Erkrankung: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder Diabetes.

### Thema Suizid immer noch tabuisiert

Prof. Wagner machte deutlich: Es gibt einen großen Bedarf an Forschung für niedrigschwellige Interventionen und für Psychotherapie, wenn Symptome einer verlängerten Trauerreaktion auftreten. Fest stehe, dass hinterbliebene Angehörige insbesondere in den ersten Jahren eine hohe psychosoziale Belastung aufweisen. „Das Thema Suizid wird in der Gesellschaft immer noch tabuisiert, und Hinterbliebene nach einem Suizid sind häufig Stigmatisierungen durch ihre soziale Umwelt ausgesetzt“, sagte Prof. Wagner. Sie forderte für Psychotherapeutinnen in der Aus- und Weiterbildung eine verbesserte Dissemination von Wissen im Umgang mit Hinterbliebenen nach einem Suizid. Postvention sei in Deutschland „wenig strukturell landesweit verankert und nicht auf Bundesebene gefördert“. Psychosoziale Unterstützung erfolge vor allem durch Verbände der Selbsthilfe (z. B. AGUS e. V., VEID e. V.).

### Weniger befristete Projekte – mehr flächendeckende Präventionsmaßnahmen

In einer von Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter moderierten Schlussrunde formulierten die Experten der Fachtagung Wünsche und Forderungen an Politik, Gesellschaft und die eigenen Berufsgruppen: Mehr Geld für Forschung und Prävention – im Vergleich zu anderen Erkrankungen mit deutlich geringeren Todeszahlen werde in den Kampf gegen Suizidalität von Kindern und Jugendlichen bisher erkennbar wenig investiert. Das kleine Luxemburg investiere mehr in Suizidprävention als Deutschland. Prof. Plener erklärte: „Suizidales Verhalten im Jugendalter ist gut psychotherapeutisch behandelbar und kann durch präventi-

ve Maßnahmen beeinflusst werden. Es bleibt die Frage: Wer trägt die Kosten und wie viel ist der Gesellschaft die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wert?“ Wichtig wäre, nicht nur immer wieder neue Suizidpräventionsprojekte zu initiieren, sondern die inzwischen vorliegenden Erkenntnisse in eine möglichst flächendeckende Präventionsmaßnahme umzusetzen. So ist es absurderweise nach wie vor leichter, Projektfördermittel für Suizidprävention zu erhalten als eine nachhaltig finanzierte Dissemination voranzubringen. Ein Faktor könnten dabei auch die Lehrerfortbildung sein: Lehrkräfte müssten gezielt geschult werden, genauer hinzuschauen. Zudem brauche es für eine wirksamere Suizidprävention eine bessere Vernetzung zwischen Pädagoginnen, Schulpsychologinnen und Psychotherapeutinnen.

### Stigma-Problem und Online-Therapie

Wie kann Suizidprävention – auch in der Medienarbeit (z. B. mit Filmen sowie im Bereich Social Media) – stärker enttabuisiert werden? Vor allem für schwer erreichbare Gruppen (wie z. B. junge Männer)? Studien belegen zudem, dass Psychotherapeutinnen nach wie vor ein „Stigma-Problem“ haben, das auch das Hilfesuchverhalten negativ beeinflusst: „Junge Menschen halten uns nicht für hilfreich. Sie denken nicht, dass wir ihre Probleme lösen können. Daran kann die Politik nichts ändern. Da müssen wir selbst daran arbeiten.“

So wurde bei dem Webinar auch thematisiert, wie die spezifische Kompetenz von Psychotherapeutinnen für junge Menschen besser sichtbar werden könnte. Dazu gab es auch die Expertenempfehlung an die Psychotherapeutenkammern, das Thema Online-Therapie weiter voranzutreiben. So gab das Webinar viele Denkanstöße, was auch in der Gesamtbewertung der Teilnehmenden zum Ausdruck kam: 93 % bewerteten die Fortbildung als „sehr gut“ bzw. „gut“.

Sabine Wald

## Videokonferenz der Delegiertenversammlung

Aufgrund der Corona-Krise und den damit verbundenen Einschränkungen gab es am 9. Mai 2020 anstelle der regulär geplanten Delegiertenversammlung erstmalig eine Videokonferenz der Delegierten. Insgesamt nahmen 30 Delegierte, der Justitiar der Kammer, Mitarbeiter der Geschäftsstelle sowie der Vorstandsbeauftragte für Psychotherapie der KV Hessen teil. Zuvor hatten sich alle Listensprecher klar für diesen Weg entschieden, um wichtige aktuelle Themen diskutieren zu können. Trotz anfänglicher Skepsis zeigte sich, dass das Format der Videokonferenz zwar nicht dasselbe wie eine Präsenz-Versammlung darstellt, es aber dennoch einen guten Austausch und intensive Diskussionen erlaubte. Die Rückkehr zu einer „richtigen“ Delegiertenversammlung soll hoffentlich schon im Herbst wieder möglich sein.

## Maskenpflicht: Wichtige Klarstellungen nach Rücksprache mit Staatsminister Klose

Große Einigkeit bestand bei den Delegierten, dass die Verordnung der hessischen Landesregierung zur sog. „Maskenpflicht“ während der therapeutischen Arbeit der Kammermitglieder einen tiefen Eingriff in die Berufsfreiheit bedeutet. Die Bedeckung von Mund und Nase kann in Einzelfällen die Durchführung einer fachgerechten Psychotherapie verhindern, etwa wenn dadurch die Einschätzung kritischer Entwicklungen und nonverbale Interventionen erschwert werden. Begrüßt wurde, dass die Kammer fortlaufend und aktuell über Reichweite und Ausnahmen bei der ersonnenen Maskenpflicht informierte. So konnten wichtige Klarstellungen bereits unmittelbar nach Veröffentlichung der Verordnung durch persönlichen Kontakt der Kammerpräsidentin mit Staatsminister Klose erreicht werden.

## Klares Signal für Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Schmerz“

Breiten Raum nahm die Vorstellung des Entwurfs der Weiterbildungsordnung „Spezielle Psychotherapie bei Schmerz“ ein. Prof. Dr. Christiane Herrmann, Professur für Klinische Psychologie an der Universität Gießen, wurde in die Videokonferenz zugeschaltet und stellte in einem Impulsvortrag die epidemiologischen Daten und Behandlungsansätze bei chronischem Schmerz dar. Sie konnte verdeutlichen, wie hoch der Bedarf an qualifizierten psychotherapeutischen Behandlungsangeboten ist. Anschließend erläuterte Vorstandsmitglied Birgit Wiesemüller den vom Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung auf der Grundlage der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) entwickelten und konsentierten Entwurf für eine hessische Weiterbildung im Bereich Psychotherapie bei Schmerz vor. Dank der guten Vorarbeit im Ausschuss zeigte das erhobene Meinungsbild dann auch eine breite Zustimmung mit mehr als 80 % der Delegierten. Damit wird der Entwurf der WBO auf der nächsten Delegiertenversammlung im Herbst voraussichtlich abgestimmt und verabschiedet werden können.

Dr. Heike Winter

Info-Kasten zu Ergebnissen der Frühjahrs-Delegiertenversammlung

## Starkes Interesse an Weiterbildung Schmerzpsychotherapie

In der Psychotherapeutenkammer Hessen reifen derzeit Überlegungen für eine Weiterbildungsordnung für Schmerzpsychotherapie. Deshalb wurde die renommierte Schmerzpsychotherapeutin Prof. Dr. Christiane Herrmann (Dekanin des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen) zu einem Vortrag eingeladen, weil es Kontroversen über die Notwendigkeit einer solchen Weiterbildung gegeben hatte. Der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) wollte sich deshalb mit diesem Thema intensiv auseinandersetzen, damit ein verfahrensübergreifendes Weiterbildungscurriculum entwickelt werden kann. Wie Rückmeldungen zeigen, besteht bei viele Kammermitgliedern ein starkes Interesse an einem solchen Curriculum. Prof. Herrmann erläuterte die Definition von Schmerz der International Association for the Study of Pain (IASP): „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Ge-

fühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebsschädigung verbunden ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP, 1994).\* In dieser Definition wird die somatische und psychische Beschreibung des Schmerzgeschehens deutlich. Wenn Schmerz lange andauert (etwa drei bis sechs Monate) und seine Warnfunktion (Schädigung eines Körperteils) verloren hat, wird er zu einer eigenständigen Erkrankung – nämlich zu einer chronischen Schmerzstörung.

Schmerzerkrankungen sind relativ häufig. Schmerzpatientinnen können in vier Gruppen eingeteilt werden (nach Frettlöh & Herrmann, 2011, 2017):

- psychisch unauffällige (Schmerz-)Patientinnen,
- infolge der Schmerzerkrankung psychisch belastete Patientinnen (ohne psychische Vorerkrankung),



Biopsychosoziales Schmerzmodell (nach Prof. Herrmann)

- Patientinnen mit parallel bestehender psychischer Komorbidität, z. B. affektive Störung, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung, und
- Patientinnen, bei denen sich die Schmerzsymptomatik in eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung integrieren lässt.

Schmerz lässt sich am besten auf Grundlage des sog. biopsychosozialen Schmerzmodells verstehen, das die verschiedenen relevanten Faktoren des Schmerzerlebens und deren Zusammenspiel veranschaulicht.

Als Behandlungsansatz der Wahl gilt die multimodale Schmerzpsychotherapie, die in interdisziplinären Teams (Ärztin, Psychologin, Physiotherapeutin, Ergotherapeutin, Pflegekraft) erfolgt.

PP müssen für Psychotherapie mit Schmerzpatientinnen speziell qualifiziert werden, da es spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten für die Behandlung zu erwerben gilt. So sollten Psychotherapeutinnen, die Schmerzpatientinnen behandeln, auch medizinische Kenntnisse über die verschiedenen Krankheitsbilder erwerben.

Um ein Weiterbildungscurriculum „Schmerzpsychotherapie“ zu entwi-

ckeln, muss sich die Psychotherapeutenkammer Hessen an der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) orientieren, die Inhalt und Umfang einer Weiterbildung in Schmerzpsychotherapie festgelegt hat. Aber auch das Curriculum aller Schmerzgesellschaften Deutschlands zu einer Qualifizierung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ kann hier herangezogen werden.

Prof. Herrmann hält eine kammereigene Weiterbildung in Schmerzpsychotherapie auch in Hessen für sinnvoll und notwendig. Gerade Schmerzpsychotherapeuten werden in vielen Einrichtungen händeringend gesucht. Dass Schmerz und Schmerzerkrankungen im Studium, aber auch in der Approbationsausbildung von PP und KJP entweder zu kurz kommen oder gar nicht auftauchen, obwohl bei den Ausbildungsteilnehmerinnen großes Interesse besteht, ergab eine von Prof. Herrmann durchgeführte

bundesweite Umfrage bei den Universitäten und Ausbildungsinstituten. Dies macht die Dringlichkeit der Einführung einer solchen Weiterbildung deutlich. Der Ausschuss konnte die Anregungen von Prof. Herrmann gut aufnehmen. Die Ausgestaltung einer Weiterbildung in Schmerzpsychotherapie war auch ein Thema der Frühjahrs-Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen (siehe Infokasten). Prof. Herrmann hatte die Daten über die Auseinandersetzung mit dem Thema Schmerz in der Approbationsausbildung mittels einer Umfrage erhoben.

Else Döring

\*) Ausführliche bibliographische Angaben zu der auf diesen Seiten zitierten Literatur finden Sie auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

## Änderung der Beitragsordnung

Am 26. Oktober 2019 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgende Änderung der Beitragsordnung beschlossen:

In § 5 Absatz 2 wird als zusätzlicher Satz 3 eingefügt:

„Bei nachträglicher Einstufung erfolgt der Einzug der ersten Rate spätestens vier Wochen nach dem Bescheid-Datum.“

Wiesbaden, den 9. März 2020  
gez. Dr. Heike Winter, Präsidentin

Diese Änderung der Beitragsordnung wurde vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (gemäß § 17 Absatz 2 Heilberufegesetz) am 8. Mai 2020 genehmigt.

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Gisela Gluding, Gau-Algesheim  
Gerhard Kugler, Bensheim  
Hannah Meillander, Erzhausen  
Karl Meister, Taunusstein

### Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

### Geschäftsstelle

Frankfurter Str. 8  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/53168-0  
Fax: 0611/53168-29  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de  
Twitter: PTK\_Hessen

## Kammerarbeit unter dem Zeichen der Pandemie

In den letzten Länderseiten schrieben wir:

„Beginnend mit der konstituierenden Sitzung der neuen Kammerversammlung am 25. April 2020 wird die neue Legislaturperiode eingeläutet.“

Zum damaligen Stand sind wir davon auch fest ausgegangen, jedoch wurden wir in der Zwischenzeit eines Besseren belehrt. Durch die im Rahmen der Corona-Pandemie verhängten Kontaktbeschränkungen war eine konstituierende Kammerversammlung nicht möglich. Im Folgenden möchten wir Ihnen die Wahlergebnisse, den derzeitigen Stand der Kammerarbeit und die nächsten Schritte präsentieren.

### Wahlergebnisse

In der folgenden Tabelle und den Grafiken sind die Ergebnisse der Kammerwahlen 2020 zusammengefasst.

Eine Besonderheit ist, dass ein Platz unbesetzt bleiben wird. Eine Liste hatte genügend Stimmen für zwei Sitze erhalten, bestand jedoch aus einer einzigen Kandidatin.

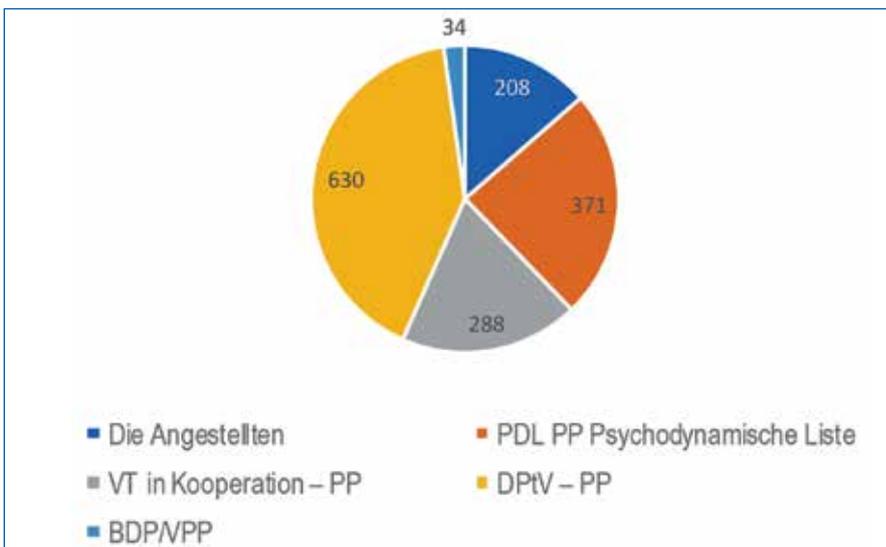
### Aktueller Stand

Eine konstituierende Kammerversammlung, inklusive Wahl des Kammervorstandes und Bildung der Ausschüsse, muss nach derzeitigen Regularien als Präsenzversammlung durchgeführt werden. Da dies bisher nicht möglich war, kann sich die neugewählte Kammerversammlung noch nicht konstituieren.

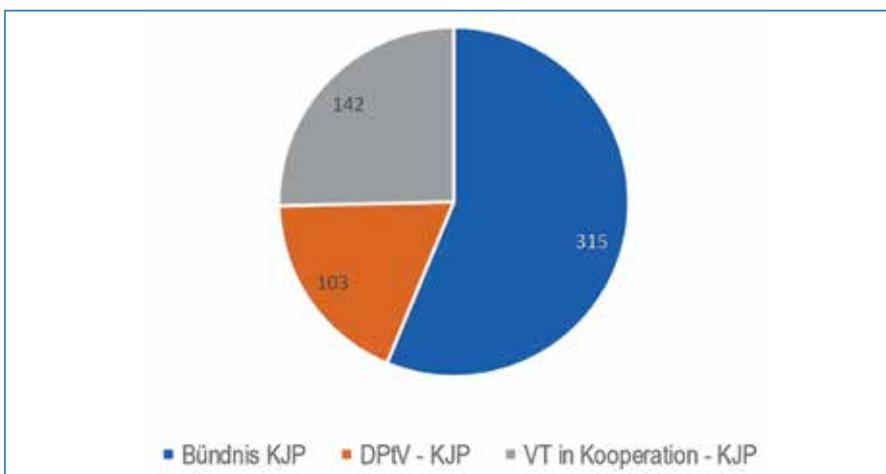
Nachzeitigem Stand verbleibt der bisherige Vorstand kommissarisch weiter im Amt, Gleiches gilt für die den Vorstand beratenden Ausschüsse.

|   | Psychologische Psychotherapeut*innen | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen |
|---|--------------------------------------|---|
| Wahlberechtigte                                   | 3371                                 | 1353  |
| Zahl der Wähler                                   | 1535                                 | 562   |
| Zahl der gültigen Stimmen                         | 1531                                 | 560   |
| Zahl der ungültigen Stimmen                       | 4                                    | 2   |
| Zahl der auf die Wahlvorschläge entfallenen Sitze | 29                                   | 11  |
| Zahl der unbesetzten Sitze                        | 0                                    | 1   |

Tabellarische Wahlergebnisse



Verteilung der Stimmen auf die Wahllisten im PP-Bereich



Verteilung der Stimmen auf die Wahllisten im KJP-Bereich

## Videokonferenz der neugewählten Kammerversammlung

Um dennoch einen Start zu machen, schalteten sich die Kammerversammlungsmitglieder am 25. April 2020 für zwei Stunden per Videokonferenz zusammen. Dies diente zum einen dem gegenseitigen Kennenlernen und zum anderen, um aktuelle Aufgaben der Kammerarbeit zu schildern und künftige zu besprechen. Insbesondere die Themen Videobehandlung und Maskenpflicht nahmen dabei viel Raum ein.

### Weitere Themen

Die besonders prekäre Situation der Ausbildungsinstitute und der Ausbil-

dungsteilnehmerinnen bot Anlass, sich darüber mit den Instituten zu beraten. Als Konsequenz trat die PKN an die Politik heran, um die für die Versorgung von psychisch Kranken so wichtigen Ausbildungsambulanzen der Institute unter den Rettungsschirm zu stellen.

### Ausblick

Es wird mit Hochdruck und gemeinsam mit den zuständigen Behörden nach Wegen gesucht, eine konstituierende Kammerversammlung unter den gegebenen Umständen baldmöglichst durchführen zu können. Sobald die Kammerversammlung wieder handlungsfähig ist, können ein neuer Vorstand gewählt und auch wieder Satzungen und Ord-

nungen verabschiedet werden. (Stand: Mitte Mai 2020)

In der Zwischenzeit hat die PKN die Frequenz ihrer Kammertelegramme deutlich erhöht, um die Informationsbedarfe zu decken und Orientierung in dieser herausfordernden Zeit zu bieten.



Hinter den Kulissen: Kammerpräsident Roman Rudyk

## Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Auch wenn Präsenzveranstaltungen nicht möglich sind, bietet die PKN mithilfe von Videokonferenztechnik weiterhin Fortbildungen an. Dabei liegt ein Augenmerk darauf, trotz des neuen Formates Interaktion und den ursprünglichen Charakter der Veranstaltungen beizubehalten. Wir sind dabei, weitere Angebote zu schaffen und die technischen Möglichkeiten kreativ und den Bedürfnissen angepasst zu nutzen.

### Stressbewältigung und die Corona-Pandemie

Für das erste Webinar der Kammer konnte Dr. Elisa Ewald von der Universität Hildesheim gewonnen werden. Sie stellte auf Basis stresstheoretischer Überlegungen dar, dass die Corona-Pandemie als lang anhaltende Belastung einzuschätzen ist – mit besonderen Implikationen für hochbelastete

Gruppen, wie Mitarbeiterinnen im ärztlichen und pflegerischen Dienst, Mitarbeiterinnen in (Alten-)/Pflegeeinrichtungen sowie Erkrankte/Risikopatientinnen bzw. deren Angehörige.

Es wurden theoriegeleitet Anreize gegeben, wie belasteten Personen ganz praktische Hilfen an die Hand gegeben werden können, um mit den derzeitigen Belastungen fertig zu werden.

Die PKN wird weitere Webinare zur aktuellen Lage anbieten.

### Berufsrecht für KJP

Auch dieser Klassiker der PKN-Veranstaltungen präsentierte sich in neuem Gewand. Rechtsanwalt Matthias Vestring schlug hier bewusst den Weg ein, sein bewährtes interaktives Format fortzuführen, und bot dieses Webinar

als Videokonferenz an. So konnten sich alle Teilnehmerinnen gegenseitig sehen und auf Basis im Vorfeld verteilter Unterlagen konnten fallorientiert verschiedene berufsrechtlichen Fragen aus dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie behandelt werden. Dieses Format hatte sich bereits in größeren Runden, wie beispielsweise dem Länderrat, bewährt und erwies sich auch in diesem Rahmen als effektiv.

### Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47  
30175 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
info@pknds.de  
www.pknds.de

## Kammeraktivitäten im Zusammenhang mit COVID-19

Seit Beginn der Coronavirus-Pandemie ist der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) intensiv mit diversen Aspekten im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Versorgung in der Corona-Krise befasst. Für die Kammerhomepage [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) wurde eine Sammlung mit für den Praxisalltag von Psychotherapeutinnen relevanten Informationen zusammengestellt. Sie wird angesichts der Dynamik des Geschehens fortlaufend aktualisiert, erweitert und mit Meldungen zu neuen Entwicklungen flankiert. Für die Bevölkerung wurden Hinweise für den Umgang mit der ungewohnten Situation online gestellt. Darin wurde betont, dass die regulären Zugangswege zur Psychotherapie in der Corona-Krise weiterhin bestehen.

Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, benannte in einem auf der Homepage der Kammer veröffentlichten Statement mit der Corona-Krise verbundene Herausforderungen und Aufgaben für die Profession. Den Psychotherapeutinnen sprach er seinen Dank aus, dass sie in allen Bereichen des Gesundheitssys-

tems ihrer Verantwortung den Patientinnen gegenüber auch in der außergewöhnlichen Lage gerecht würden. In den Regionen Nordrhein-Westfalens bemerke der Vorstand der Kammer eine rege Aktivität von Netzwerken zur psychotherapeutischen Versorgung. Diese Angebote könnten viel zur Bewältigung psychischer Belastungen der Bevölkerung während der Coronavirus-Pandemie beitragen.

In seiner berufspolitischen Arbeit setzte sich der Vorstand der PTK NRW dafür ein, dass psychotherapeutische Leistungen über Video und Telefon in erweitertem Umfang erbracht werden können und entsprechend vergütet werden. „Um die psychotherapeutische Versorgung auch bei dem zu erwartenden weiter steigenden Versorgungsdruck während der Corona-Krise zu sichern, sind zeitlich befristete Lösungen und Flexibilität aller beteiligten Akteurinnen und Akteure notwendig“, so Gerd Höhner. Der Kammervorstand wandte sich mit seinem Anliegen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztlichen Vereinigungen in

Nordrhein-Westfalen, die zuständigen Landesministerien und die Leitung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV). Auch mit weiteren Ansprechpartnerinnen im Gesundheitswesen befindet sich die Kammer im Austausch über aktuelle Herausforderungen und notwendige Maßnahmen im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Versorgung in Zeiten der Coronavirus-Pandemie.

### 3. Sitzung der Kammerversammlung verschoben

Die Gremienarbeit der PTK NRW erfolgt derzeit über Telefon- und Videokonferenzen. Die 3. Sitzung der Kammerversammlung musste angesichts der Coronavirus-Pandemie leider verschoben werden. Der Informationsaustausch mit den Mitgliedern der Kammerversammlung ist dem Vorstand ein großes Anliegen. Der Vorstand wird Vorsorge dafür treffen, dass die Kammerversammlung Ende Oktober 2020 auf jeden Fall stattfinden kann. „Wenn wir uns nicht persönlich treffen können, werden wir eine Möglichkeit der Kommunikation über Video finden!“

## Regionalversammlung im Regierungsbezirk Detmold

Rund 50 Kammermitglieder waren am 11. März 2020 zur Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Detmold nach Bielefeld gekommen. Die Regionalversammlungen sind ein Angebot des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW), die Kammerangehörigen über berufspolitische Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene sowie die Aktivitäten der Kammer zu informieren und Themen gemeinsam zu diskutieren.

Kammerpräsident Gerd Höhner blickte eingangs auf die Aktivitäten im Rahmen

der Reform der Psychotherapeutenausbildung und -weiterbildung. „Wir sind mit den Hochschulen und den zuständigen Landesministerien im Gespräch, wie die neuen Regelungen umgesetzt werden und die Kammer beteiligt wird.“ Man arbeite intensiv an der Musterweiterbildungsordnung und deren Umsetzung in Nordrhein-Westfalen. Dabei sei auch eine Struktur zu entwickeln, in der die jetzigen Ausbildungsinstitute als zukünftige Weiterbildungsinstitute weiterarbeiten können. Den Austausch mit den Universitäten bezeichnete der Kammerpräsident als ausgesprochen informativ.

„Wir registrieren unter anderem auch Interesse daran, die in den letzten 20 Jahren sehr auf Verhaltenstherapie konzentrierten Inhalte wieder auszuweiten. Das ist eine erfreuliche Entwicklung, denn die Breite unseres Fachs benötigen wir in der Ausbildung ebenso dringend wie in der Versorgung.“

PTK-NRW-Vizepräsident Andreas Pichler widmete sich Fragestellungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ein von der Kammer eingerichteter Ausschuss werde sich unter anderem damit befassen, welche



Gerd Höhner

Angebote die PTK NRW zur Fortbildung und zur politischen Meinungsbildung gestalten könne. „Inhaltlich befinden wir uns mitten in der Diskussion darüber, inwieweit die Digitalisierung in die Psychotherapie eingreift“, erklärte Andreas



Andreas Pichler

Pichler. „Datenschutz und Datensicherheit sind weiterhin wichtige Forderungen, die wir vehement vortragen müssen.“ Die benötigte Technik sei ebenfalls ein zentrales Themenfeld, auch für die Umsetzung von Aufgaben der Kammer.

So bereite sich die PTK NRW darauf vor, 2021 den elektronischen Heilberufsausweis ausgeben zu können. Darüber hinaus informierte der Vizepräsident die Kammermitglieder zu Haushaltsfragen und über interne Entwicklungsaufgaben der Kammer.

Abschließend skizzierte Gerd Höhner wesentliche Aufgaben in der psychotherapeutischen Versorgungsplanung. Der im Mai 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene bundesweite Zuwachs an Praxissitzen sei bei Weitem nicht ausreichend, insbesondere im Ruhrgebiet bestünden weiterhin Defizite, betonte er. „Erfreulich ist, dass wir bei unserem Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann mit unseren Anliegen auf offene Ohren stoßen. Sobald absehbar ist, wie sich die neuen Sitze in der Versorgung auswirken, werden wir dem Ministerium eine Analyse zur Situation in den verschiedenen Regionen vorlegen.“ Ein Schwerpunkt darin werde die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sein.

## Broschüren der PTK NRW neu aufgelegt

Die aktualisierten Broschüren „Wege zur Psychotherapie“ und „In den besten Jahren – Psychotherapie in der zweiten Lebenshälfte“ der PTK NRW beantworten Fragen rund um das Angebot von Psychotherapeutinnen und zeigen die Schritte zur ambulanten Psychotherapie auf. Auch die Broschüren „Wenn Kinder und Jugendliche psychisch erkranken“ und „Depressive Kinder und Jugend-

liche“ wurden neu aufgelegt. Sie bündeln Informationen für Eltern, die sich fragen, ob ihr Kind psychotherapeutische Hilfe benötigt, und wissen möchten, an wen sie sich wenden können.

Die Broschüren können auf [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) in der Rubrik „Patienten“ kostenlos als PDF heruntergeladen werden.



### Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211/522847-0  
Fax: 0211/522847-15  
[info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
[www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)

## Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die erste schwierige Phase der Corona-Pandemie haben wir – Sie hoffentlich eingeschlossen – einigermaßen gut überstanden. Die psychotherapeutische Versorgung funktioniert und passt sich neuen Gegebenheiten an. In den letzten Wochen rückten Themen rund um psychische Gesundheit und Psychotherapie sogar besonders deutlich in die öffentliche Wahrnehmung. Unsere Botschaft, dass Psychotherapie auch während der Pandemie notwendig und möglich ist, fand ein starkes Echo in Online- und Printmedien, Hörfunk und TV.

Welche Folgen und Nachwirkungen Pandemie und Gegenmaßnahmen für uns haben werden, lässt sich noch nicht abschätzen. Dass am 14. und 15. Mai 2020 eine Änderung des Psychotherapeutengesetzes völlig unbemerkt von der Profession Bundestag und Bundesrat passierte, versteckt in einem Omnibusgesetz zum Bevölkerungsschutz, zeigt die Gefahr der Erosion demokratischer Meinungsbildung.

Auch innerhalb unserer eigenen Berufspolitik erleben wir Einschränkungen und Verzögerungen. OPK-Kammerversammlung und Deutscher Psychotherapeutentag im ersten Halbjahr 2020 mussten abgesagt werden, Gremien tagen zumeist per Video, politische Gespräche wurden verschoben. Dies trifft uns in einer wichtigen Entwicklungsphase. An den Hochschulen beginnen in diesem Wintersemester die ersten Psy-

chotherapie-Studiengänge. In etwa zwei Jahren brauchen wir eine neue Weiterbildungsordnung, Weiterbildungsstätten usw.

Es gilt nun, für die zukünftigen Psychotherapeuten die Wege in den Beruf zu ebnen. D. Munz et al. haben in diesem Heft die Grundzüge der neuen Weiterbildung umrissen. Es wird deutlich, dass wesentliche Fragen noch unbeantwortet sind und gründlicher Diskussion bedürfen. Aus Sicht der OPK könnte es sich lohnen, auch über scheinbar bereits festgezurrte Regelungen noch einmal nachzudenken. Beispielsweise gibt es neben guten Argumenten für eine mindestens zweijährige stationäre Weiterbildung auch wichtige Gründe, an dieser Stelle nach anderen Lösungen zu suchen.

Der OPK-Vorstand möchte Mitgliedschaft und Kammerversammlung möglichst weitgehend an den anstehenden wichtigen Entscheidungen beteiligen. Deshalb haben wir uns entschieden, in diesen Mitteilungsseiten unseren Diskussionsstand zur Weiterbildung zu skizzieren. In den nächsten Wochen werden Kammerversammlung und Ausschüsse dazu weiterarbeiten. Wir möchten alle Kammermitglieder herzlich einladen, sich an dieser Diskussion rege zu beteiligen.

Gern können Sie uns an die E-Mail-Adresse [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de) Ihre Gedanken zur Weiterbildung mitteilen.

Ihr Gregor Peikert  
Präsident

## Erarbeitung der neuen Musterweiterbildungsordnung: OPK will Diskussionsprozess aktiv begleiten und mitgestalten

Die Musterweiterbildungsordnung regelt die Weiterbildung von Absolventinnen der neuen Psychotherapie-Studiengänge, die die psychotherapeutische Prüfung bestanden und damit die Heilerlaubnis erhalten haben. Weitergebildete Fachpsychotherapeutinnen sind selbstständig und eigenverantwortlich in allen Teilen der Versorgung psychisch kranker Menschen tätig. Vor diesem Hintergrund ist es das Hauptziel der Weiterbildungsordnung, das für die eigenverantwortliche heilkundliche Berufstätigkeit notwendige hohe Niveau der Fachpsychotherapeuten-Kompetenz zu sichern.

Der Vorstand der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) hat sich in den letzten Monaten intensiv zu den strategischen Zielen einer neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) beraten. Es ist uns ein Anliegen, aktiv am Diskussionsprozess bei der Erarbeitung einer neuen MWBO teilzunehmen. Dazu beraten wir uns mit unseren Gremien und Kammermitgliedern und wollen über unsere Positionen mit den anderen Landeskammern und der Bundeskammer frühzeitig ins Gespräch kommen.

Bei allen Überlegungen zur konkreten Ausgestaltung sollten wir uns bewusst machen, dass mit der Reform auch ein

neues Berufsbild entstanden ist. Wir haben die gewichtige Aufgabe, dafür die Weichen zu stellen. Die neuen Kolleginnen werden einen anderen Weg hin zu ihrem psychotherapeutischen Selbstverständnis nehmen. Wir sollten uns bei der Erarbeitung deshalb nicht scheuen, die grundlegenden Fragen aus ungewohnten und neuen Perspektiven zu betrachten und uns von unseren bisherigen Sichtweisen zu lösen.

Wir sollten die Weiterbildung von ihren Zielen her strategisch betrachten und, davon ausgehend, zunächst das Gerüst und dann die fachlichen Inhalte festlegen. Die Weiterbildung sollte grund-

sätzlich mit zumutbarem Aufwand absolviert werden können. Zugleich muss genügend Flexibilität und Gestaltungsspielraum bestehen. Dazu sollten wir nur die notwendigen Regelungen in Form von Mindestanforderungen festschreiben.

Im Folgenden gehen wir kurz auf die wichtigsten Themen ein, die wir in den nächsten Wochen in der OPK und mit allen Landeskammern und der BPtK anzugehen haben:

### Gebiete, Fachpsychotherapeuten-Kompetenz und Bereiche

Ein Gebiet stellt die Gesamtheit der psychotherapeutischen Tätigkeit dar und begrenzt diese. Vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten des Berufsstandes ist die an der Versorgung orientierte Unterteilung in die Weiterbildungsgebiete „Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ und „Psychotherapie mit Erwachsenen“ sinnvoll.

Die Begrenzung auf ein Gebiet bedeutet, dass künftige Psychotherapeutinnen entweder Erwachsene oder Kinder/Jugendliche behandeln können, nicht aber beide Altersgruppen, wie es heute für PP möglich ist. Unsere Aufgabe ist es, bspw. darüber zu diskutieren, wo die Grenzen der Altersbereiche liegen sollen. Im Gespräch sind sowohl ein breiter Übergangsbereich des Alters von 16 bis 27 Jahren als auch engere Varianten. Handlungsleitend sollten dabei fachliche Überlegungen und Erkenntnisse zu Besonderheiten der beiden Gebiete sein, aber auch Konsequenzen für die Versorgung. Ebenso scheint es ratsam, Erfahrungen aus der ärztlichen Weiterbildung in unsere Überlegungen einzubeziehen.

In den beiden Gebieten beinhaltet dann die Fachpsychotherapeuten-Kompetenz die Befähigung zur eigenverantwortlichen Anwendung mindestens eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens im entsprechenden Gebiet. Eine vertiefte Beschäftigung mit Möglichkeiten der sinnvollen Verschränkung von Verfahren und deren Anschlussfähigkeit muss jetzt erfolgen. Offen ist momentan noch, ob

bzw. wie in einer Gebietsweiterbildung mehr als ein Therapieverfahren erworben werden kann oder ob für ein zweites Therapieverfahren eine zusätzliche Bereichsweiterbildung zu absolvieren wäre. Wichtig ist dies besonders für die „verzahnte“ Weiterbildung in Psychoanalyse und tiefen-psychologisch fundierter Psychotherapie, die sich in der bisherigen Psychotherapeutenausbildung bewährt hat.

Außerdem sehen wir weitere offene Fragen. Diese betreffen in erster Linie die Verortung von Bereichen und heutiger curricularer Fortbildungen, aber genauso den Status der klinischen Neuropsychologie.

### Rahmenvorgaben und Abschnitte

Um eine fachlich ausreichend tiefgehende Qualifizierung sicherzustellen und außerdem die Äquivalenz zum Facharztstandard zu erhalten, muss die Weiterbildung mindestens fünf Jahre (60 Monate) dauern. Anders als die bisherige Ausbildung wird die gesamte Weiterbildungszeit in tariflich vergüteten Anstellungsverhältnissen geleistet.

Die neue MWBO dürfte zunächst einmal lange Jahre in ihrem Kern Bestand haben. Daher ist es an uns, gemeinsam sicherzustellen, dass sie machbare Vorgaben auch für verschiedene Lebensläufe und Lebensentwürfe festlegt. Auch sollten wir bedenken, dass regionale Besonderheiten und Gegebenheiten bestehen. So manche Entwicklung in der Versorgung können wir heute noch nicht absehen. Deshalb wollen wir vielmehr den Fokus auf den Erwerb von notwendigen Kompetenzen und Mindestforderungen an abzuleistende Inhalte legen als auf allzu starre Vorgaben in Bezug auf Zeiten und Settings. Damit einher geht die wichtige Frage, welche Vor- und Nachteile sich aus einer Mindestvorgabe einer zweijährigen Weiterbildung im stationären und ambulanten Sektor ergeben. Dabei sollten wir die Auswirkungen bedenken, die die Festlegung der Zeiträume auf den Arbeitsalltag der erfahrenen Kolleginnen hat, und den Patientenschutz beachten. Es sollte kein Anreiz geschaffen werden, dass Psychotherapie im stationären Set-

ting überwiegend von Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PiW) geleistet wird.

Zu diskutieren ist, ob die Festlegung auf mindestens 18 Monate Tätigkeit im ambulanten und stationären Setting auch ausreichend wäre. Vor allem für den Erwerb einer wissenschaftlichen Qualifikation entstünde so mehr Spielraum. Eine Schwerpunktsetzung wäre möglich. Generell sollte die Weiterbildung an verschiedenen Weiterbildungsstätten möglich sein.

### Anforderungen an Weiterbildungsstätten und -befugte

Die Weiterbildungsordnung muss Rahmenvorgaben zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten enthalten, die von den Landeskammern entsprechend ihrer Heilberufekammergesetze ausgestaltet und umgesetzt werden. Als Grundsatz kann in allen Teilen der Weiterbildung gelten, dass die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen durch (kammerangehörige) Psychotherapeutinnen zu erfolgen hat. Bedeutsam ist dies vor allem für die Weiterbildung an Krankenhäusern und ärztlich geleiteten Einrichtungen. Hier sind zukünftig Mitglieder der Psychotherapeutenkammern als Weiterbildungsbefugte einzusetzen. Dafür müssen wir neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und der Einbindung von Psychotherapeutinnen in die Organisationsstrukturen finden.

Es geht darum, die Vorgaben so auszugestalten, dass die Qualität der Weiterbildung sichergestellt ist und sich eine Struktur entwickeln kann, die die Weiterbildung von PiW in ausreichender Zahl leisten kann.

Wir stehen am Anfang eines Prozesses mit vielen Chancen, aber auch großen Herausforderungen. Nach dem Delegiertenworkshop der BPtK am 9. Juni 2020 werden wir diese Themen mit den Mitgliedern der Kammerversammlung diskutieren und dazu auch eine Sonderkammerversammlung einberufen. Wir freuen uns auf offene und kritische Gespräche in den nächsten Wochen.

## An einer OPK-Blitzumfrage im April beteiligten sich 1.200 Kolleginnen: Die Umfrage ergab, dass die Zahl der Therapieunterbrechungen oder gar -abbrüche in Corona-Zeiten stark gestiegen ist!

Die bisherigen elf Wochen mit Kontaktsperren und Einschränkungen im Leben der Menschen hinterlassen ihre Spuren in der psychischen Verfassung. Als Grundlage für ein Pressegespräch der OPK wurden die Mitglieder in einem Newsletter angeschrieben und in einer Blitzumfrage um Informationen ihrer gegenwärtigen Arbeitssituation gebeten. Zirka 1.200 Kolleginnen beteiligten sich und gaben uns ein recht umfassendes Bild. Daraus wurde deutlich, dass die gegenwärtige Corona-Situation auch massiv die psychotherapeutische Versorgung verändert. Patientinnen sagen aus Angst vor Ansteckung ihre Behandlungstermine bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen ab. Entstanden ist eine spannende Momentaufnahme der Versorgungssituation für den April 2020.

Ziel des Pressegespräches sollte die Information der Öffentlichkeit sein, dass psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen auch weiterhin in den psychotherapeutischen Praxen stattfinden. Die Behandlung einer psychischen Erkrankung gehört zur medizinisch dringend notwendigen Versorgung. Patientinnen können Termine für eine Behandlung von Angesicht zu Angesicht vereinbaren und bestehende Termine wahrnehmen.

Wie aus der Umfrage weiter hervorging, hatte das Gros der Psychotherapeutinnen ihre Arbeitsweise auf Videobehandlung umgestellt. Wenn dies aus verschiedensten Gründen nicht möglich war, wurde den Patientinnen der Kontakt per Telefon angeboten.

### Auswertung der Blitzumfrage

In den letzten Wochen haben uns ganz unterschiedliche Informationen aus Mitgliedschaft, Politik und Medien darüber erreicht, wie sich die psychotherapeutische Versorgung und die entsprechende Nachfrage während der Pandemie entwickelten. Deshalb wandten wir uns



OPK-Präsident Dr. Gregor Peikert im Pressegespräch zur psychotherapeutischen Versorgung in Corona-Zeiten.  
Foto: Nadine Mahnecke-Windhövel

an die Mitgliedschaft, um einen Überblick über die Situation im OPK-Gebiet zu gewinnen.

Am 16. April 2020 baten wir über 2.000 Abonnentinnen des OPK-Newsletters, die in der ambulanten Versorgung tätig sind, an der Blitzumfrage teilzunehmen. 1.143 Kolleginnen beantworteten die Fragen vollständig.

Eine der zentralen Herausforderungen in den letzten Wochen war der Ausbau des Angebots an Fernbehandlungen, vor allem der Videosprechstunden. Mehr als zwei Drittel der Psychotherapeutinnen haben sich dieser Herausforderung gestellt. Dies ist besonders bemerkenswert, weil psychotherapeutische Fernbehandlungen bisher sehr kontrovers diskutiert wurden und erst seit einem halben Jahr als Kassenleistung zugelassen sind. Diese Zahlen belegen die Umstellungs- und Innovationsfähigkeit der Psychotherapeutinnen. Es zeigt sich außerdem, dass eine deutliche Mehrheit derjenigen Kolleginnen, die Videobehandlungen anbieten, diese Behandlungsform nur fallweise oder recht begrenzt einsetzt. Nur wenige

steigen vollständig oder weitgehend auf Fernbehandlung um. Dieser Befund spricht dafür, dass Kolleginnen die Indikationsstellung differenziert handhaben und Behandlungen im persönlichen Kontakt die erste Wahl bleiben.

Mit größter Spannung erwarteten wir die Antworten auf unsere Frage nach der Entwicklung des Anfrageaufkommens von Patientinnen in den Praxen. Im Vorfeld bestanden Sorgen in beide Richtungen – einige Kolleginnen befürchteten einen sehr starken Rückgang, andere ein Überhandnehmen der Nachfrage.

Tatsächlich berichten nur 12 Prozent von einer gestiegenen Nachfrage, 58 Prozent dagegen von einem Rückgang. Dieses Ergebnis passt auch gut zu der in den vergangenen Wochen generell gesunkenen Nachfrage nach ambulanten und stationären medizinischen Behandlungen. Patientinnen nehmen offenbar Hürden wahr, sich an Psychotherapeutinnen wenden zu können. Ein Grund dafür könnte neben der Furcht vor Ansteckung die Informationspolitik von Medien und Behörden sein,

die zeitweise behauptet bzw. missverständlich formuliert hatten, nur „medizinisch notwendige“ Behandlungen seien erlaubt. Hindernisse für Terminvereinbarungen bei Psychotherapeutinnen waren sicherlich auch andere Faktoren, z. B. fehlende Kinderbetreuung oder reduzierte Verbindungen im öffentlichen Nahverkehr. Möglicherweise sind aber auch einige Menschen mit psychischen Erkrankungen während der Kontaktbeschränkungen von Stressfaktoren entlastet.

Erwartungsgemäß sind die Praxen, die Kinder und Jugendliche versorgen, stärker vom Rückgang der Nachfrage betroffen. Das dürfte zum einen daran liegen, dass insbesondere bei jüngeren Kindern die Videosprechstunde weni-

ger häufig einsetzbar ist. Außerdem dürften Familien durch die Einschränkungen während der Pandemie stärker belastet sein.

Die gesamten Ergebnisse und alle Grafiken der Umfrage können Sie unter [www.opk-magazin.de/das-muessen-sie-wissen/ergebnisse-der-opk-blitzumfrage/](http://www.opk-magazin.de/das-muessen-sie-wissen/ergebnisse-der-opk-blitzumfrage/) einsehen.

### Resonanz des OPK-Pressesgesprächs

„Psychotherapeuten: Weniger Anfragen in Corona-Krise“ titelten online schon kurz nach dem Pressegespräch Zeitungen wie die Berliner Morgenpost, die Süddeutsche Zeitung oder die Welt. Die Medien sahen die Kern-

information darin, „dass die Zahl der Anfragen in mehr als der Hälfte der Praxen gesunken ist. Zudem unterbrächen viele Patienten ihre Therapie oder brächen sie ab, sagte Kammer-Präsident Gregor Peikert in Leipzig. Er warnte: ‚Gesundheit ist mehr als Infektionsschutz.‘“

Gerade auf die schwierige Situation für Kinder und Jugendliche in den vergangenen Wochen machte Barbara Breuer-Radbruch, OPK-Vorstandsmitglied für den KJP-Bereich, aufmerksam. Vermehrt sei es in den Praxen zu Kontaktabbrüchen zu vorher schon belasteten Familien gekommen. Die OPK sah mit großer Besorgnis auf die Auswirkungen dieser Ereignisse – gerade für den Kinderschutz. Im Zuge der ersten Corona-Lockerungen werde sichtbar, was in manchen Familien eskaliert sei, so Barbara Breuer-Radbruch in den Medien.

### In eigener Sache

Alle Informationen der OPK werden über den OPK-Newsletter verschickt. Wenn Sie diesen noch nicht erhalten, aber abonnieren möchten, melden Sie sich dafür bitte eigenständig an. Unter dem Link [www.opk-info.de/newsletter/](http://www.opk-info.de/newsletter/) können Sie Ihre Daten eingeben und erhalten den Newsletter dann ab sofort regelmäßig. Natürlich können Sie den Newsletter auch jederzeit wieder kündigen.

### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341/462432-0  
Fax: 0341/462432-19  
[info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)  
[www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)

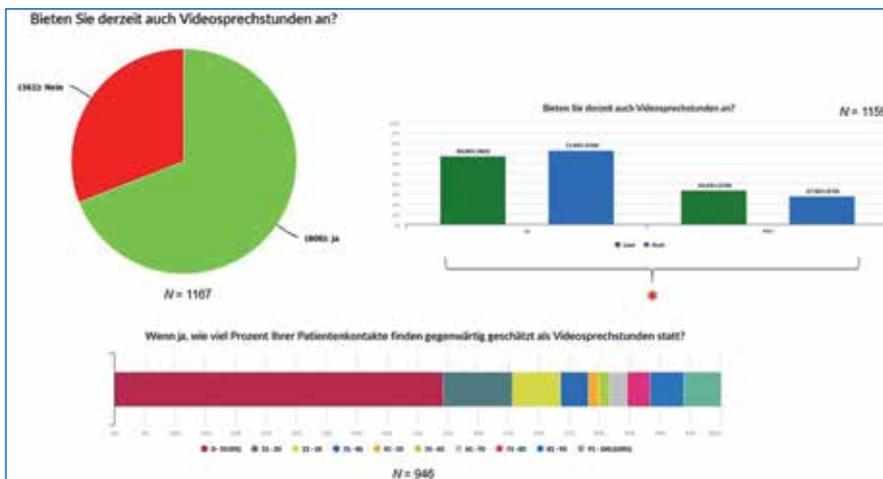


Abbildung: Ein Überblick der Ergebnisse zur Frage „Bieten Sie derzeit Videosprechstunden an und wenn ja, in welchem Umfang?“

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Es ist ernst. Nehmen Sie es auch ernst. Seit der Deutschen Einheit, nein, seit dem Zweiten Weltkrieg gab es keine Herausforderung an unser Land mehr, bei der es so sehr auf unser gemeinsames solidarisches Handeln ankommt.“

Spätestens diese Worte von Angela Merkel in ihrer Fernsehansprache am 18. März 2020 zur Corona-Pandemie machten deutlich, dass eine Zeit vor uns liegen wird, die mit weitreichenden Veränderungen in unserer Lebensführung einhergeht. Kontaktverbot, Abstand halten, Maskenpflicht, hohe Hygienestandards – wie diese Verhaltensregeln unseren privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Alltag beeinflussen sollten, hätte man sich vor einem halben Jahr noch nicht vorstellen können. Nun sind sie zu einer neuen Normalität geworden.

Die Umstellungsphase war in allen Lebensbereichen eine große Herausforderung und auch im beruflichen Alltag von Psychotherapeutinnen deutlich zu spüren. Als systemrelevanter Beruf waren und sind wir gefordert, die psychotherapeutische Versorgung aufrechtzuerhalten – immer in der Abwägung zwischen Verantwortung für die Patientinnen, dem gesellschaftlichen Wohl und der eigenen Sicherheit. Wo Face-to-Face-Psychotherapie nicht mehr möglich ist, bietet der Wechsel zur internetbasierten Psychotherapie eine gute Alternative, die mittlerweile zahlreiche Psychotherapeutinnen nutzen. Fortbildungen, Konferenzen und Sitzungen werden nun per Videodienstanbieter durchgeführt.

Die Voraussetzungen für die Umstellung waren nicht immer optimal und Nachbesserungen vielerorts nötig. Rechtliche Rahmenbedingungen und technisches Equipment mussten geprüft und angepasst werden. Eine Maßnahme, für die sich auch die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz stark gemacht hat, war beispielsweise die Aufhebung der mit der Videosprechstunde verbundenen Restriktion. Außerdem fordert die Kammer weiterhin die Zulassung der telefonischen Behandlung auch für Neuerkrankte.



*Ulrich Bestle, Mitglied des Vorstands der LPK RLP*

Das Fortbildungsangebot der Kammer wurde schnellstmöglich auf Webinare umgestellt, die von den Mitgliedern sehr gut angenommen wurden.

Es besteht nun die Chance, diese Neuerungen einzuordnen und einzuschätzen, wie sie in unsere Arbeit dauerhaft integrierbar sind. Deutlich ist jetzt schon, dass die Face-to-Face-Psychotherapie nicht dauerhaft durch andere Kommunikationswege ersetzt werden wird. Ebenso deutlich geworden ist aber auch die Relevanz eines digitalen Wandels in der Psychotherapie. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat sich in ihrem Projekt „Diskurs Digitalisierung“ intensiv mit dieser Thematik befasst und präsentiert in der daraus entstandenen Broschüre den aktuellen Stand der Digitalisierung sowie berufspolitische Aspekte und Forderungen. Das Projekt „Diskurs Digitalisierung“ und alle anderen relevanten Neuigkeiten aus unserer Kammerarbeit möchten wir Ihnen auf den folgenden Seiten gerne vorstellen.

Herzlich, Ihr Ulrich Bestle

## Fragen und Antworten zur psychotherapeutischen Versorgung während der Corona-Pandemie

Wir haben für Sie die häufigsten Fragen gesammelt, die uns zum Thema „psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Pandemie“ erreichen, und sie beantwortet. Die Liste wird laufend

ergänzt und aktualisiert. Sie finden die „Fragen und Antworten zur psychotherapeutischen Versorgung während der Corona-Pandemie“ auf unserer Homepage [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) direkt unter „Ak-

tuelles“. Zahlreiche weitere Meldungen zu diesem Thema finden Sie außerdem unter „Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP“.

## Neue LPK-Broschüre: „Diskurs Digitalisierung: Psychotherapie“



Die neue LPK-Broschüre steht zum Download auf unserer Homepage bereit

Die Versorgung von psychisch kranken Menschen wird in Zukunft auch digital erfolgen. Dazu braucht es entsprechend ausgebildete Behandlerinnen sowie eine tragfähige technische und rechtliche Infrastruktur im Gesundheitswesen.

Datenschutz und Ethik liefern dabei grundlegenden Rahmenbedingungen, die unabdingbar mitgestaltet und mitgedacht werden müssen. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat sich auf den Weg gemacht,

die digitale Landschaft im Hinblick auf die mögliche zukünftige Behandlung psychischer Erkrankungen zu erkunden. Damit interessierte Kolleginnen daran wie auch am daraus entstandenen Diskurs teilhaben können, werden in der neuen LPK-Broschüre die Recherche sowie die daraus entstehenden Fragen und Herausforderungen beschrieben. Die 54 Seiten starke Broschüre enthält außerdem die Ergebnisse einer Umfrage unter Psychotherapeutinnen zu digitalen Interventionen in der Psychotherapie und gibt Interviews wieder, die die LPK RLP mit Expertinnen für Digitalisierung im Gesundheitswesen geführt hat. Die Kammer möchte mit der vorliegenden Veröffentlichung „Diskurs Digitalisierung: Psychotherapie“ die Auseinandersetzung des Berufsstands der Psychotherapeutinnen mit digitalen Anforderungen und Chancen und den damit verbundenen vielfältigen gesundheitspolitischen und berufsethischen Fragestellungen konstruktiv intensivieren. Sie können die Broschüre auf unserer Homepage unter **Info-Portal/Diskurs Digitalisierung Psychotherapie** herunterladen.

## Spannende Podcasts: LPK im Gespräch mit Expertinnen für Digitalisierung

Die LPK RLP hat im Rahmen des Projekts „Diskurs Digitalisierung“ das Gespräch mit verschiedenen Expertinnen für Digitalisierung gesucht. Daraus sind spannende Podcasts entstanden, die wir auf unserer Homepage für Sie zum Nachhören bereitstellen.

So sprach die Kammer beispielsweise mit **Prof. Dr. Michael Witthöft** und **Dr. Severin Hennemann**. Beide sind Psychologische Psychotherapeuten und an der Universität Mainz tätig. Das Interview thematisiert unter anderem die „Internet-Nebenwirkung“ Cyberchondrie bei Menschen mit Krankheitsängsten.

Ein weiterer Gesprächspartner war **Prof. Dr. Wolfgang Lutz**, Psychologi-

scher Psychotherapeut und tätig an der Universität Trier. Im Interview geht es um ein digital gestütztes Rückmeldesystem zur Verbesserung von Psychotherapien, um die Selbsteinschätzung von Psychotherapeutinnen mittels Ecological Momentary Assessment (EMA) sowie um die zukünftigen digitalen Entwicklungen in der Psychotherapie.

Auch **Prof. Dr. Dieter Kugelmann**, seit 2015 Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Rheinland-Pfalz, stand als Interviewpartner zur Verfügung. Mit ihm sprach die Kammer darüber, was die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bisher im Gesundheitswesen gebracht hat, über das Digitale Versorgung Gesetz (DVG) und die elektronische Pati-

entenakte (ePA), über Datenschutzkontrolle bei digitalen Anwendungen (DigA) und natürlich über Daten-Hacks: Zahlen Userinnen mit ihren Daten?

Neben den bereits hier genannten hat die LPK RLP weitere interessante Gesprächspartner und -partnerinnen über die Digitalisierung in der psychotherapeutischen Versorgung interviewt: PD Dr. Sebastian Kuhn (Unimedizin Mainz), Prof. Dr. Harald Baumeister (Uni Ulm), Prof. Dr. Paul Lukowicz und Dr. Agnes Grünerbl (DFKI Kaiserslautern) sowie Dr. Rüdiger Zwerenz (Unimedizin Mainz). Weitere Interviews werden folgen. Alle Gespräche finden Sie als Podcast unter **Info-Portal/Diskurs Digitalisierung/Podcasts**.

## Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie zu Gast bei der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz



V. l. n. r.: Dr. Tanja Machalet, Kathrin Anklam-Trapp, Sabine Maur und Ulrich Bestle

Die LPK RLP hat den Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie des Landtages zu einem gesundheitspoliti-

schen Austausch eingeladen. Das vorgeschlagene Gesprächsthema lautete: „Werden Deutschlands Kinder immer

kränker? Was ist dran an der Zunahme von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die gesundheitliche Versorgung?“

Kammerpräsidentin Sabine Maur, die Vorstandsmitglieder Ulrich Bestle und Peter Andreas Staub sowie Geschäftsführerin Petra Regelin begrüßten am 12. März 2020 die Ausschussvorsitzende Hedi Thelen und ihre Kolleginnen in der Kammergeschäftsstelle.

Bei einem kleinen Mittagessen kam es zu angeregten Gesprächen, die um psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, die Sorge vor dem Coronavirus und dessen Folgen auf die psychotherapeutische Versorgung und um weitere gesundheitspolitisch relevante Themen kreisten.

## Landespsychotherapeutenkammer nimmt an Sitzung des Corona-Bündnisses Rheinland-Pfalz teil

Kammerpräsidentin Sabine Maur hat auf Einladung von Ministerpräsidentin Malu Dreyer für die LPK RLP an der digitalen Auftaktveranstaltung des Corona-Bündnisses Rheinland-Pfalz teilgenommen.

Das Bündnis traf sich das erste Mal am Donnerstag, 30. April 2020. Zur Teilnahme eingeladen waren die Spitzen aller für den Umgang mit der Pandemie und ihrer Folgen relevanten Verbände, Organisationen und Institutionen des Landes. In dem neuen Gremium sollen erforderliche Maßnahmen erläutert und das weitere Vorgehen miteinander besprochen werden. „Gemeinsam mit dem Corona-Bündnis entwirft die Landesregierung eine fachübergreifende Zukunftsstrategie für die erfolgreiche

Entwicklung des Landes mit Blick auf die Corona-Pandemie“, führten Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Staatsminister Dr. Volker Wissing, Staatsministerin Ulrike Höfken sowie Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler anlässlich des Auftakttreffens des Corona-Bündnisses weiter aus. Aus Gründen des Infektionsschutzes wurde die Sitzung des Corona-Bündnisses online abgehalten: Die Teilnehmenden waren per Videoschleife miteinander verbunden. Sabine Maur berichtete über Auswirkungen der momentanen Situation auf die psychische Gesundheit, erläuterte die Bedürfnisse besonders vulnerabler Gruppen und die nötigen Maßnahmen zu ihrer Unterstützung beim weiteren Vorgehen gegen die Pandemie. Die LPK RLP freut sich über die Einladung,



Sabine Maur während der Videositzung des Corona-Bündnisses

am Corona-Bündnis teilzunehmen und über die Tatsache, dass Psychotherapeutinnen zunehmend als Expertinnen für gesellschaftliche Entwicklungen anerkannt und als Ratgeberinnen hinzugezogen werden.

## Informationsveranstaltungen für Kammermitglieder: Erfolgreiche Umstellung von Präsenzveranstaltungen auf Webinare



Fortbildung während der Corona-Krise (Foto: Pixabay)

Während die Corona-Pandemie andauert, können aus Gründen des Infektionsschutzes keine Präsenzveranstaltungen durchgeführt werden. Die LPK RLP geht daher neue Wege: Innerhalb kürzester Zeit ist es gelungen, die geplanten Veranstaltungen in ein digitales Format zu überführen. Nun haben die Kammermitglieder die Möglichkeit, bequem von zuhause aus über das Internet an einer LPK-Veranstaltung teilzunehmen.

Thema des ersten Webinars am 9. April 2020 war „Die Corona-Krise – zum

Umgang mit Betroffenen sowie den eigenen Belastungen“. Dozentin war Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dr. Henricke Zellmann, Notfallpsychologin, Traumatherapeutin und u. a. langjährige Projektberaterin von Ärzten ohne Grenzen. Die Veranstaltung war schnell ausgebucht und fand großen Zuspruch, sodass das Webinar am 16. April 2020 mit 100 Teilnehmerinnen wiederholt wurde. Mittlerweile können Sie das Webinar auch als Video bei YouTube ansehen (Sie finden den Link auf unserer Homepage unter Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP, Meldung vom 22. April 2020).

Am 22. April 2020 hat die LPK RLP auch ihre bewährte Informationsveranstaltung „Allgemeines Berufsrecht in der Psychotherapie“ erstmals als Webinar angeboten. Am 7. Mai 2020 folgte ein Webinar zum Thema „Berufsrecht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, am 20. Mai 2020 das Webinar „Erfolgreiche Videosprechstunden mit Kindern und Jugendlichen“ mit Dozentin Mela-

nie Gäßer. Für den 18. Juni 2020 ist das Webinar „Berufsrecht für angestellte Psychotherapeut\*innen“ geplant. Thema werden die allgemeinen Grundlagen des Berufsrechts entsprechend der Berufsordnung sein, mit Blick auf die Besonderheiten im Anstellungsverhältnis.

**Die LPK RLP wird aufgrund der Corona-Pandemie im Jahr 2020 keine Präsenzveranstaltungen mehr anbieten, auch die Fachtagung im Herbst entfällt.** Stattdessen sollen ungefähr einmal im Monat Webinare zu verschiedenen Themen angeboten werden. Die Anmeldung findet wie gewohnt jeweils über unser Online-Anmeldeformular auf der Homepage statt. Sie erhalten rechtzeitig Einladungen zu den Webinaren per E-Mail. Außerdem finden Sie alle Informationen zu den Veranstaltungen und zur Anmeldung auf unserer Homepage unter Aktuelles/Veranstaltungen.

## Psychische Gesundheit von Pflegekräften: Kooperationsprojekt von Landespsychotherapeutenkammer und Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Um Pflegekräfte während der besonderen Belastungen in der Corona-Krise zu unterstützen, haben sich die LPK RLP und die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zu einem Kooperationsprojekt zusammengeschlossen.

Der ohnehin schon große Druck, der auf den Pflegekräften lastet, hat sich durch die Krise noch einmal deutlich erhöht. Zusätzlich zu einem oft zu hohen Arbeitspensum und Zeitmangel steigt durch die Corona-Pandemie die Patientenzahl an, spezielle Infektionsschutzvorschriften für den Umgang mit Corona-Patientinnen erhöhen zudem den Arbeitsaufwand. Pflegekräfte sind in besonderem Maße der Ansteckungsgefahr ausgesetzt und bekommen in vorderster Front die hohe Belastung

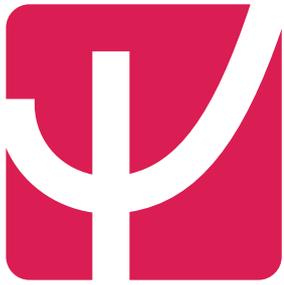
des Gesundheitssystems zu spüren. Psychische Folgen dieses hohen Drucks können erhöhte Anspannung, Nervosität, vermehrte Sorgen wie auch Schlafprobleme sein. Vor allem die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Krise kann zu Sorgen führen.

Dringend notwendig sind in dieser Situation Möglichkeiten der psychischen Unterstützung und der Stärkung der Resilienz. Psychotherapeutinnen als Expertinnen für die psychische Gesundheit der Menschen können hier wertvolle Unterstützung in der Krise bieten. Die beiden Kammern veröffentlichen daher gemeinsam Flyer und Plakate zur psychotherapeutischen ersten Hilfe, die in Kliniken und Pflegeeinrichtungen ausliegen werden und über weitergehende

Hilfsangebote bei psychischen Problemen informieren.

### 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

## PKS unterstützt Forschungsstudie an der Universität des Saarlandes

### Studie zur Wirksamkeit von Ausdauersport als adjuvantes Verfahren zur Narrativen Expositionstherapie (NET) bei traumatisierten Geflüchteten an der Universität des Saarlandes

Internationale Übersichtsarbeiten sowie Metaanalysen zeigen, dass im Mittel etwa 34 Prozent der Geflüchteten an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und zwischen 20 und 40 Prozent an depressiven Störungen leiden. Ein gemeinsames Auftreten beider Störungsbilder ist dabei sehr wahrscheinlich. Dies ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass die Mehrzahl aller Geflüchteten schwere, traumatisierende Erfahrungen vor oder während der Flucht erleidet. Die Notwendigkeit einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung dieser Patientengruppe erscheint aus diesem Grund umso relevanter.

Leider gestaltet sich die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mit psychischen Erkrankungen im Saarland zum

aktuellen Zeitpunkt bürokratisch aufwendig und in Großteilen unzureichend.

Im Rahmen einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Studie des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Univ.-Prof. Dr. Tanja Michael/PD Dr. Monika Equit) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sport und Präventivmedizin (Univ.-Prof. Tim Meyer) der Universität des Saarlandes (UdS) soll nun die Wirkung von Ausdauersport als adjuvantes Verfahren in Ergänzung zu Narrativer Expositionstherapie (NET) bei Geflüchteten mit komorbid auftretender PTBS- und Depressionssymptomatik untersucht werden. Der Studienbeginn wird im April 2020 sein. Weiteres unter dem Link: [www.uni-saarland.de/lehrstuhl/michael/forschung/NET-Studie.html](http://www.uni-saarland.de/lehrstuhl/michael/forschung/NET-Studie.html).

Zu weiteren Einzelheiten dieses Projekts haben wir bei Frau Univ.-Prof. Dr. Michael und Frau Dr. Equit nachgefragt:

#### Worum geht es in diesem aktuellen Projekt, wie ist es konzipiert?

In der Studie „Ausdauersport als adjuvantes Verfahren zu traumafokussierter Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen“ geht es um die Behandlung von geflüchteten Personen mit PTBS und depressiven Symptomen. Das Projekt stellt die klinischen Störungsbilder PTBS und Depression in den Vordergrund, da die Prävalenz und Komorbidität dieser beiden Störungen bei Geflüchteten, die vor, während oder nach der Flucht einfache oder multiple

Traumata erfahren haben, besonders hoch sind. Aufgrund der hohen Komorbidität sowie negativer Auswirkungen einer vorliegenden depressiven Symptomatik auf den Behandlungserfolg bei PTBS, sollte eine adäquate gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten die gleichzeitige Behandlung beider Symptomcluster ermöglichen.

Als psychotherapeutische Methoden der Wahl bei PTBS gelten traumafokussierte Konfrontationsverfahren wie z.B. Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Ein traumafokussiertes Konfrontationsverfahren, das sich insbesondere in der Behandlung von Kriegsflüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt bewährt hat, ist die NET. Die Wirksamkeit von Sport als alternativer Behandlungsansatz bei verschiedenen psychischen Störungen wurde in den letzten Jahren vielfach untersucht.

Insbesondere bei der Behandlung depressiver Störungen zeigen sich vielversprechende Behandlungserfolge.

Es fehlen bislang jedoch Studien, die den adjuvanten Effekt sportlicher Interventionen in Ergänzung zu traumafokussierten Konfrontationsverfahren überprüfen. Ziel der geplanten Studie ist es daher zu prüfen, ob sich eine Kombination aus NET und Ausdauersport zur gleichzeitigen Behandlung von PTBS- und Depressionssymptomatik bewährt und ob der zusätzliche Einsatz einer sportlichen Intervention ergänzend zur Psychotherapie mit NET die Effektivität



Univ.-Prof. Dr. Tanja Michael



PD Dr. Monika Equit

einer alleinigen Behandlung mit NET in Bezug auf die Behandlung depressiver und PTBS-Symptome übersteigt.

### Wie wird das Projekt gefördert?

Das Projekt wird durch die DFG gefördert und finanziert. Die traumafokussierte Psychotherapie mit NET wird von Psychotherapeutinnen der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz der UdS bzw. von Psychotherapeutinnen in Ausbildung des Weiterbildungsinstituts für Psychotherapie Saarbrücken (WIPS) durchgeführt. Die Durchführung der adjuvanten Sportintervention wird von psychotherapeutischem sowie sportmedizinischem Fachpersonal der UdS angeleitet, betreut und überwacht.

### Wie sieht der Zeitrahmen aus?

Insgesamt ist die Studie auf drei Jahre angelegt. Für die Datenerhebung (d. h. vom Screening der ersten Patientinnen bis zum Abschluss der Intervention und zur Katamnese) ist ein Zeitraum von ca. 21 Monaten vorgesehen. Offizieller Projektbeginn ist der 1. April 2020.

### Wie ist es aufgebaut?

Das Projekt gliedert sich grob in drei Phasen:

In der Screening- und Diagnostikphase werden wir potenzielle Probandinnen

unter Mitwirkung möglichst vieler Kooperationspartnerinnen rekrutieren. Dabei ist darauf zu achten, dass diese die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: Status als anerkannter Flüchtling, Verdachtsdiagnose einer PTBS, klinisch relevante Depressionssymptomatik und Mindestalter 18 Jahre. Ausgeschlossen werden Probandinnen, die bereits umfangreiche Erfahrung in ausdauersportlicher Tätigkeit besitzen, die an Abhängigkeitserkrankungen oder kardiovaskulären Erkrankungen leiden, welche eine Teilnahme an moderatem Ausdauertraining verbieten, wie auch solche Probandinnen, die zum aktuellen Zeitpunkt schwanger sind. Erfüllt eine Probandin alle entsprechenden Kriterien, durchläuft sie zunächst ein allgemeines Screening (Fragebögen in den entsprechenden Muttersprachen, ggf. unterstützt durch Dolmetscherinnen) in den Institutionen, in denen der Kontakt hergestellt wurde (z. B. Beratungsstellen, Wohlfahrtsverbände, Praxen niedergelassener Psychotherapeutinnen oder Ärztinnen). Im Anschluss an ein positives Screening erfolgt eine umfangreiche psychotherapeutische und sportmedizinische Diagnostik (Ruhe- und Belastungs-EKG, Herzfrequenzmessung, Laufbandergometrie, Spiroergometrie sowie eine körperliche Untersuchung) an der UdS (in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie am Institut für Sport- und Präventivmedizin).

Gewähren Screening sowie Diagnostik eine Teilnahme an der Studie, erfolgt die Behandlungsphase. Dabei werden die Probandinnen zunächst randomisiert in zwei Gruppen (NET vs. NET+Ausdauersport) zugeteilt. Alle Probandinnen werden mit NET behandelt (10 x 100 Minuten in wöchentlichen Abständen, ggf. mit Einbezug von Dolmetscherinnen). Die Probandinnen der „NET+Ausdauersport“-Gruppe führen zusätzlich dreimal wöchentlich Ausdauersport in Form von Jogging (jeweils 45 Minuten; in begleiteten Laufgruppen und alleine) durch.

Unmittelbar im Anschluss an die Behandlungsphase sowie sechs Monate nach Beendigung der Behandlung wird

erneut eine umfangreiche psychotherapeutische und sportmedizinische Diagnostik durchgeführt (Follow-up-Phase). Die Fahrtkosten zu allen Diagnostik- und Therapieterminen werden den Probandinnen erstattet.

### Was ist das Ziel?

Das primäre Ziel des Projekts ist es, die Wirksamkeit von Ausdauersport als adjuvantes Verfahren zu einer leitlinienkonformen traumafokussierten Psychotherapie bei Geflüchteten, die gleichzeitig an einer PTBS sowie an einer Depressionssymptomatik leiden, zu untersuchen.

Ergänzend zu den Studienzielen hoffen wir, durch die Studie einen Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge im Saarland zu leisten. Aus eigenen Erfahrungen in der Behandlung dieser Personengruppe wissen wir, wie hoch die bürokratischen Hürden hinsichtlich des Einbezugs von Dolmetscherinnen in die Psychotherapie sind, sodass eine adäquate Versorgung dieser Patientinnen häufig nur sehr unzureichend gelingt.

### Wie kann die Kammer unterstützen?

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) hilft uns bereits sehr, indem sie die Informationen zur Studie



B.Sc. Psych. Charina Lüder

weitergibt (oder wie hier abdruckt) und uns bei der Vernetzung mit potenziellen Kooperationspartnerinnen unterstützt.

Wir würden uns darüber hinaus sehr freuen, wenn sich niedergelassene Kolleginnen, die in anderen Institutionen Geflüchtete behandeln, die potenzi-

ell in die Studie eingeschlossen werden könnten, Kontakt zu uns aufnehmen würden.

Ansprechpartnerinnen sind: Univ.-Prof. Dr. Tanja Michael, PD Dr. Monika Equit, B.Sc. Psych. Charina Lüder.

#### Kontakt:

Universität des Saarlandes, Fachrichtung Psychologie, Klinische Psychologie & Psychotherapie, Campus A 1 3, 66123 Saarbrücken, E-Mail: charina.lueder@uni-saarland.de, Tel.: 0681-30271021

Susanne Münnich-Hessel

## Fachtagung „Systemsprenger“

Das preisgekrönte Film-Drama „Systemsprenger“ lenkte die öffentliche Aufmerksamkeit im vergangenen Jahr auf eine Problematik, deren Tragweite Expertinnen bereits seit Langem bekannt ist.



Susanne Münnich-Hessel moderierte die Fachtagung (Foto: DKSB Saarland mb)

Am Donnerstag, den 13. Februar 2020 fand von 08.30 bis 16.30 Uhr die Fachtagung „Systemsprenger“ mit dem Untertitel „Wenn Jugendliche und Hilfesysteme aneinander scheitern“ an der Neuberger Sportschule in Saarbrücken statt. Dies erfolgte auf Initiative und Einladung des Kinderschutzbundes in Kooperation mit dem Landesinstitut für Präventives Handeln, den SHG-Kliniken Sonnenberg, dem Institut für Lehrerfort- und -weiterbildung, dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes. Der 1. Vorsitzende des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB), Landesverband Saar,

Stefan Behr begrüßte die zahlreichen Teilnehmerinnen (mehr als 150) und Frau Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, moderierte die Fachtagung wie auch die anschließende Podiumsdiskussion „Systemsprenger – Über(?)Forderung der Systeme“.

Die Adoleszenz markiert den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter. Sie ist eine Periode tiefgreifender körperlicher, geistiger und seelischer Veränderungen, in der Jugendliche kritische Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen. Immer mehr Jugendliche

sind so extrem belastet, dass sie die konventionellen Hilfsangebote von Jugendhilfe, Schule oder Gesundheitssystem in dieser Phase nicht ausreichend unterstützen können.

Die Fachtagung beschäftigte sich mit der Frage, wie mit diesen hoch verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen, die durch systematischen Bruch von Regeln, konsequente Verweigerungshaltung und destruktive Handlungsweisen nach und nach durch sämtliche Raster der Kinder- und Jugendhilfe fallen, umzugehen ist. Es wurden systemübergreifende Maßnahmen, Angebote oder Einrichtungen erörtert, die diese Jugendlichen, sogenannte „Systemsprenger“, benötigen.

Die große Teilnehmerzahl untermauerte die gesellschaftliche Relevanz der Thematik. Zahlreiche Berichte aus der Praxis vermittelten in Form von vier Fachbeiträgen und im Rahmen mehrerer Workshops ein umfassendes Bild, zeigten Problemstellungen und Herausforderungen, aber auch Lösungsansätze auf.

Als bereichernd erwies sich dabei, dass sich die Tagung an viele unterschiedliche Zielgruppen richtete, insbesondere an Akteure aus Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderkliniken, Drogen- und Erziehungsberatungsstellen, Polizei- und Rettungsdienst, Schulen und Schulpsychologischen Dienst, aber auch an Selbsthilfeorganisationen.

Einrichtungen wie die Kinderklinik des Klinikums Saarbrücken, wo zunehmend gefährlich aggressive Jugendliche auftauchen, benötigen zudem dringend einen effektiven Sicherheitsdienst, der das Klinikpersonal sowie jüngere Patientinnen vor schweren Übergriffen zu schützen vermag. Dieser sollte gleichzeitig in der Lage sein, das Klinikpersonal dabei zu unterstützen, aggressive Jugendliche zu beruhigen, um eine angemessene Versorgung einleiten zu können. Dies führte Prof. Dr. Jens Möller in seinem Vortrag stellvertretend für die Problemlage der Kinderkliniken Saarbrücken aus.

In ihrem Vortrag „Ohne Gewissen und Reue – die Callous Unemotional Traits (CU)“ stellte Frau Dipl.-Psych. Dr. Pia Fuhrmann, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, für die Jugendpsychotherapie (stationär und niedergelassen) das Konzept der reduzierten prosozialen Emotionalität, den sogenannten CU-Eigenschaften, dar. Jugendliche mit CU-Eigenschaften zeigen geringe Schuldgefühle, geringe Empathie, geringe Reaktion auf das Leid anderer, geringe Reaktion auf Bestrafung sowie geringe Lernfähigkeit aus ihrem schädigenden Verhalten. Dieses Verhalten hat eine hohe Stabilität bis ins Erwachsenenalter und ist prognostisch ungünstig. Jugendliche mit CU-Eigenschaften sind besonders aggressiv, wobei die Aggression eher instrumentell und geplant ist.

Thomas Fey, Schulleiter der Wingertschule Neunkirchen, Förderschule soziale Entwicklung im Gebundenen Ganztage, beschrieb in seinem Vortrag „Systemsprenger – wenn Jugendliche und Hilfesysteme aneinander scheitern“ die Problemlage der Schulen. Anhand von Fallbeispielen aus der Schule zeigte er verschiedene Lösungsansätze



Die abschließende Podiumsdiskussion (Foto: DKSB Saarland mb)

zum Umgang mit „Systemsprengern“ auf. So seien Halten und Aushalten die Grundpfeiler der pädagogischen Arbeit. Bindung und Beziehung seien für einen Erfolg im Umgang mit „Systemsprengern“ unabdingbar.

In ihrem Vortrag „Systemsprenger – eine Herausforderung für die Jugendhilfe“ verdeutlichte Beate Brand, Abteilungsleiterin ASD des Jugendamtes des Regionalverbandes Saarbrücken, die Problemlage der Jugendhilfe.

„Im Laufe des Tages wurde deutlich, dass das Saarland etwa im Bereich der Frühen Hilfen durchaus bereits gut aufgestellt ist, hingegen existiert hierzulande jedoch keine Institution, die Jugendliche auffängt, die zuvor aus Regeleinrichtungen verwiesen wurden“, resümierte Stefan Behr im Anschluss an die Tagung. „Ein solches Hilfsangebot ist jedoch unabdingbar, da wir den Zugang zu diesen Kindern und Jugendlichen an-

sonsten endgültig zu verlieren drohen. Wie es gehen kann, haben zwei Jugendliche aus Baden-Württemberg, die in Schloss Stutensee, einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe, eine neue Heimat gefunden haben, eindrucksvoll geschildert.“

Die abschließende Podiumsdiskussion widmete sich der „Über(?)Forderung der Systeme“ und der Frage, wie betroffene Jugendliche über die konventionellen Hilfsangebote hinaus erreicht werden können.

„Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Unterstützern und Kooperationspartnern“, erklärte der saarländische DKSB-Vorsitzende Behr mit Blick auf die Psychotherapeutenkammer, das Landesinstitut Präventives Handeln, die SHG-Kliniken, das Institut für Lehrerfort- und -weiterbildung und das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Dr. Pia Fuhrmann

#### Redaktion:

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Dr. Pia Fuhrmann, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Tanja Pitzius

#### Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124  
66123 Saarbrücken  
Tel.: 0681/95455-56

Fax: 0681/95455-58  
kontakt@ptk-saar  
www.ptk-saar.de

## Liebe Kammermitglieder,



Corona hat unser aller Leben verändert und auf den Kopf gestellt. Unsere Arbeitssituation, sowohl bei den angestellten Kolleginnen als auch bei den selbstständig Tätigen, hatte sich von heute auf morgen total verändert. Wir mussten uns von vielen lieb gewonnenen Gewohnheiten verabschieden und uns mit neuen Regeln und Hygienestandards im Umgang mit Patientinnen arrangieren. Im privaten Bereich und im öffentlichen Leben hat es massive Einschränkungen gegeben, die zum Teil

immer noch gelten. Wegen Corona mussten wir unseren 6. Norddeutschen Psychotherapeutentag im April absagen. Auch die für Mai geplante Kammerversammlung konnte nicht stattfinden. Wir, der amtierende Vorstand der PKSH, berichten daher auf den folgenden Seiten über das,

was wir in unserer im Sommer auslaufenden Amtszeit bewegen und erreichen konnten. Wenn Sie das vorliegende Heft in Ihren Händen halten, beginnt zeitgleich auch die Wahl zur neuen Kammerversammlung. Bitte beteiligen Sie sich daran und nehmen durch Ihre Stimme Einfluss auf das, was die Kammer für Sie in den nächsten fünf Jahren tun kann. Einige Mitglieder der jetzigen Kammerversammlung treten nicht mehr zur Wahl an. In der neuen Kammerversammlung werden auch neue Gesichter vertreten sein. Den Ausscheidenden danke ich für die gute Zusammenarbeit und Diskussionsfreudigkeit in den vergangenen Jahren. Auch ich nehme hiermit Abschied von der Berufspolitik. Der neuen Kammerversammlung und dem neuen Vorstand wünsche ich viel Erfolg und ein geschicktes Händchen bei der Umsetzung der angestrebten Ziele.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner  
 Präsident

## Tätigkeitsbericht 2015–2020 des Vorstands der PKSH

Mit dem Beginn der Wahlzeit zur 5. Kammerwahl am 16. Juni 2020 endet die Wahlperiode des amtierenden Vorstands. Er möchte an dieser Stelle einen Überblick seiner Tätigkeit in den vergangenen viereinhalb Jahren geben.

### Einsatz für Angestellte

Die Forderung der facharztanalogen Vergütung war Schwerpunkt der politischen Arbeit. In zahlreichen Schreiben gegenüber dem Finanzministerium wurde dem Nachdruck verliehen. Resolutionen auf Bundes- und Landesebene folgten.

Wir haben eine Angestelltenbefragung initiiert mit dem Ziel, die tatsächliche Vergütung und die konkreten Arbeitsbedingungen unserer Kolleginnen in Schleswig-Holstein zu erfragen.

Als Fazit der Umfrage ließ sich festhalten, dass in vielen Arbeitsverträgen leider noch die korrekte Berufsbezeichnung fehlt. Dies sollte sich zukünftig

ändern. Frauen verdienen signifikant weniger als Männer, eine Tatsache die ebenfalls politisch nicht hinnehmbar ist. Einige Kolleginnen sind in der Verantwortung, Medikamente verschreiben oder empfehlen zu sollen. Dies entspricht nicht dem tatsächlichen Aufgabengebiet unserer Berufsgruppe. Die Verordnungen erfolgen jedoch unter Aufsicht, in nur einem Einzelfall eigenverantwortlich. Auch wenn es nur ein Einzelfall ist, sollte es diesen jedoch nicht geben. Der Bereitschaftsdienst wird von den Kolleginnen nachvollziehbar als überwiegend belastend empfunden. Daneben hat es über die Jahre zahlreiche Beratungen und Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der Psychotherapeutentage gegeben.

### Einsatz für Selbstständige

Viele Reformen und Veränderungen forderten die niedergelassenen Kolleginnen in den letzten Jahren heraus. Bei diesen neuen Anforderungen haben wir die Selbstständigen durch viele Veran-

staltungen und persönliche Beratungsgespräche begleitet. Diese umfangreiche Unterstützung war möglich, weil wir ebenfalls im Zulassungsausschuss, der Abgeordnetenversammlung und dem Fachausschuss der KV vertreten sind. Dadurch steht Fachkompetenz zur Verfügung.

Wir haben uns für die Schaffung halber Praxissitze eingesetzt, um auch jungen Kolleginnen die Niederlassung zu erleichtern. Wir haben seit Jahren für ein angemessenes Honorar in der Selbstständigkeit gekämpft und können gute Erfolge vorweisen.

### Außervertragliche Psychotherapie

Die Arbeit in der Kostenerstattung war für unsere Kolleginnen schon immer schwierig. Mit der Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie, über die wir auf zwei großen Infoveranstaltungen im Februar und März 2017 informiert haben, wurden keine neuen Psychothe-

rapieplätze geschaffen. Trotzdem wurde das Verhalten der Krankenkassen bei der Bewilligung zunehmend restriktiver. Bei allen politischen Veranstaltungen, wie z. B. auch bei der Podiumsdiskussion mit Krankenkassenvertreterinnen im Vorwege des Psychotherapeutentages 2018, die unter dem Motto „Ein Jahr Psychotherapie-Richtlinie – Fluch oder Segen?“ stand, wie auch bei vielen Treffen im Gesundheitsministerium haben wir auf die Notwendigkeit des Fortbestandes der Kostenerstattung hingewiesen.

### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Für uns als Vorstand war es selbstverständlich, dass wir immer die Interessen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen im Blick haben müssen. Dazu haben wir uns durchgehend im KJP-Ausschuss der BPTK engagiert und Impulse aus dem Ausschuss in unsere Arbeit als Vorstand einfließen lassen. Wir haben uns für eine facharztanaloge Vergütung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Institutionen stark gemacht. In der Ausarbeitung der neuen Bedarfsplanung haben wir von Anfang an darauf geachtet, dass eine stärkere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stattfindet. In der Beratung unserer Kolleginnen in Berufsrechtsfragen haben wir die spezifischen Belange und die besondere Situation der KJP-Kolleginnen verstärkt beachtet und versucht, sie bei ihren Anliegen so gut wie möglich zu unterstützen.

### Ausbildungsteilnehmende (PiA)

Es war von Anfang an sehr deutlich, dass sich dieser Vorstand für eine starke Einbindung der PiA in die Berufspolitik einsetzen wird. Denn mit der Wahl eines PiA in den Vorstand war ein Signal gesetzt, welches sich die ganze Wahlperiode hindurchgezogen hat. Es ging um die Einbindung des Nachwuchses in die Berufspolitik, um so die Interessen und Bedürfnisse dieser Mitgliedergruppe im Blick zu behalten.

Durch die Auswahl engagierter PiA als PiA-Sprecherinnen war ein weiterer



Veranstaltung zur neuen PT-Richtlinie 25.03.2017

Foto: Th. Faust

Schritt getan. Wir haben einen PiA-Stammtisch organisiert. So konnte ein direkter Kontakt zu den PiA aufgebaut werden und der Vorstand hat die Bedürfnisse in einem ungezwungenen Rahmen erfahren können. Die PiA-Sprecherinnen konnten ausnahmslos mit finanzieller Unterstützung an allen bundesweiten PiA-Veranstaltungen teilnehmen. Den Schwerpunkt bildeten dabei die PiA-Bundeskonferenzen, aber auch bei den Deutschen Psychotherapeutentagen haben die PiA als Delegierte partizipieren können. Dabei konnten die PiA die Interessen aus Schleswig-Holstein in die bundesweiten Veranstaltungen und Konferenzen tragen und ebenso auch Impulse aus den Veranstaltungen in den Vorstand und in die Kammerversammlung einbringen. Dazu wurden sie in die Kammerversammlung oder zu Vorstandssitzungen eingeladen. Bei den Norddeutschen Psychotherapeutentagen haben wir einen Infotisch für PiA organisiert, um an dem Beruf Psychotherapeutin interessierte Studierende zu erreichen, die mit dem Vorstand und den PiA-Sprecherinnen ihre Fragen klären konnten.

### Beratung für alle Kammermitglieder

Übergreifend nahm die Beratung unserer Kammermitglieder einen großen Raum ein. Niederlassungsberatung,

Honorarfragen, Fachfragen zu Dokumentation und Datenschutz und Fragen zur Eingruppierung bei Angestellten sind nur ein kleiner Ausschnitt der Beratungsthemen. Mit Beginn der Corona-Krise hat es auch zahlreiche Fragen zur Praxisorganisation und zum Umgang mit Patientinnen und zu den neuen Behandlungsangeboten per Telefon und Video gegeben. Informationen hierzu hat der Vorstand in diversen Sonderkammertelegrammen und in den FAQ auf seiner Homepage herausgegeben.

### Reform der Psychotherapieausbildung

Die Reform der Psychotherapieausbildung war in den letzten Jahren ein bedeutsames Thema der Kammerarbeit. In einer Arbeitsgruppe der BPTK, der sogenannten Bund-Länder-AG, trafen sich Vertreterinnen der einzelnen Landeskammern regelmäßig, um inhaltliche Aspekte der Ausbildungsreform zu diskutieren und politische Aktionen zu planen und die Reform der Psychotherapieausbildung voranzubringen. Auch auf den Sitzungen des Länderrats und auf den Deutschen Psychotherapeutentagen war die Ausbildungsreform in den letzten Jahren regelmäßig auf der Agenda.

Der Vorstand der PKSH war auf all diesen Sitzungen präsent und hat das Ge-

setzungsverfahren zur Reform des Psychotherapeutengesetzes auch auf Landesebene in zahlreichen Treffen mit Landespolitikerinnen und anderen Interessenvertreterinnen aktiv begleitet und vorangebracht.

Was konnte erreicht werden und was bringt die Ausbildungsreform? Das neue Psychotherapeutengesetz ist ein bedeutender Meilenstein für die Gleichstellung von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen. Es konnten Regelungen getroffen werden, nach denen der psychotherapeutische Nachwuchs mit einem angemessenen Einkommen in der Zeit der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin vergütet werden muss. Für die heutigen PiA konnte eine Mindestvergütung von 1.000,- € im sogenannten Psychiatriejahr erreicht werden. Die Ausbildungsreform bringt für die Absolventinnen des neuen Psychotherapie-Studiengangs eine deutliche Verbesserung im Hinblick auf ihre Arbeitsbedingungen und auf die Zukunftsaussichten des Berufsstandes der Psychotherapeutinnen insgesamt.

### Digitalisierung in der Psychotherapie

Am 17. Februar 2018 hat die Kammer eine Fortbildungsveranstaltung zu internetbasierten Angeboten in der Behandlung psychischer Störungen angeboten, in der es um rechtliche Rahmenbedingungen und Wirksamkeit von internetbasierten Behandlungsangeboten und praktische Beispiele ging.

Nach Diskussion im zuständigen Ausschuss ist die Berufsordnung erweitert worden, um den Einsatz elektronischer Medien bei der Behandlung zu ermöglichen und zu regeln. In Schleswig-Holstein besteht damit die bundesweit umfassendste Regelung, sodass in der Corona-Krise eine schnelle Umstellung auf Behandlung per Telefon und Video auch in der Kostenerstattung möglich war.

Die Kammer hat in zahlreichen Schreiben gegenüber der KVSH für die Behandlung von Patientinnen mittels Telefon und Video und zuletzt auch für den

Einbezug der Akuttherapie in die Videobehandlung gefordert. Zudem konnte mit der KVSH die Absprache erreicht werden, dass Mitglieder, welche von erkrankten Patientinnen als Kontaktperson benannt wurden und deshalb in behördlich angeordnete Quarantäne müssen, Behandlungen per Video oder Telefon auch von zu Hause aus durchführen können.

### Gleichstellung

Durch die gesamte Wahlperiode zog sich auch die Arbeit für die Gleichstellung von Frauen in der Berufspolitik. Der Vorstand engagierte sich für Schleswig-Holstein bereits an der Bund-Länder-AG, aus der heraus Genderquoten für viele Funktionen der BPtK entwickelt und beschlossen wurden. Die Gleichstellungskommission im Auftrag des Vorstandes der BPtK arbeitet nun seit Herbst 2018 und hat verschiedene Ergebnisse und Maßnahmen erarbeitet. So hat die PKSH etwa die Kostenübernahme für Kinderbetreuung und Angehörigenpflege seit Anfang 2020 in ihre Entschädigungsordnung aufgenommen. An der Gleichstellung der Geschlechter, aber auch im erweiterten Sinne an der Förderung von Vielfalt insgesamt in der Berufspolitik, wird sich die Kammer bzw. ihr Vorstand weiterhin aktiv beteiligen.

### Psycho-Soziale-Notfall-Versorgung (PSNV)

In der zurückliegenden Wahlperiode fanden zweimal jährlich Landeskongresse unter Federführung des Innenministeriums zur Organisation der Psycho-Sozialen-Notfall-Versorgung in Schleswig-Holstein statt. Die PKSH hat in diesem Gremium einen festen Platz und ist insbesondere für die Versorgung der Einsatzkräfte (vornehmlich von Polizei und Feuerwehr) in Schadenslagen aller Art und für deren Nachsorge hinsichtlich krisenhafter Entwicklungen zuständig. Der Pool der dafür zur Verfügung stehenden Kolleginnen konnte erweitert werden. Danke Ihnen/Euch dafür!

Die PSNV hat sich weiter professionalisiert, es wurde eine Stelle dafür ge-

schaffen, die Strukturen und Kooperationen der verschiedenen „Player“ optimiert, und nicht zuletzt die Ausbildung der Einsatzkräfte (freier Träger) stark verbessert, um die Zahl der schädlich Fehlmotivierten bzw. Störenden von Einsatzorten fernzuhalten. Zugang zum Einsatzort haben Personen erst nach umfangreicher modularer Ausbildung mit einem speziellen Ausweis.

### Lobbyarbeit

Die Kammer hat sich zu einer gefragten Partnerin der (Gesundheits-) Politik entwickelt und ist vielfach um Stellungnahmen angefragt worden. Als einige wichtige Bereiche seien genannt:

- Psychotherapie-Richtlinie,
- PsychHG,
- Landeskrankenhausgesetz,
- TSVG,
- Reform der Bedarfsplanung,
- Ausbildungsreform und Approbationsordnung.

### Beschwerdemanagement

Grundlage für die Bearbeitung von Beschwerdefällen ist die Berufsordnung der PKSH. Sie regelt die Berufsausübung und das Verhalten für die Mitglieder der Kammer und sichert damit auch die Qualität der Behandlung von Patientinnen. Es ist Aufgabe des Vorstandes der PKSH, die eingehenden Beschwerdefälle zu prüfen. Die Statistik der letzten Jahre zeigt bei einer Mitgliederanzahl von gut 2.200 eine durchschnittliche Beschwerdeanzahl von nur 11,5 Fällen im Jahr. Dies verdeutlicht, dass unsere angestellten und niedergelassenen Kolleginnen nach den hohen Standards unserer Berufsordnung arbeiten und damit zu einer sehr guten Versorgung der Patientinnen in Schleswig-Holstein beitragen.

In vielen Fällen ist bereits im Vorfeld der Prüfung kein Verstoß gegen die Berufsordnung erkennbar. Die weiteren Beschwerden von Patientinnen, die jedoch verfolgt werden müssen, beziehen sich z.B. auf fehlende Aktenein-

sicht, Verdacht auf Abrechnungsbetrug oder auch den Verstoß gegen das Absinenzgebot. Diese sexuellen Übergriffe in der Psychotherapie sind oft schwer zu belegen und müssen deshalb von der PKSH häufig eingestellt werden.

## Fortbildung

Wir haben die in ihren grundlegenden Aussagen seit fast 15 Jahren unveränderte Fortbildungsordnung der PKSH modernisiert und zeitgemäß gestaltet. So können jetzt auch mediengestützte und elektronische Fortbildungen absolviert und anerkannt werden. Als Ergänzung zur Fortbildungsordnung haben wir erstmals einheitlich gestaltete Durchführungsbestimmungen verab-

schiedet. Veranstaltende wie Mitglieder können sich jetzt über die Verfahren zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen genauestens informieren. Mit der KVSH konnte eine rechtlich sichere Vereinbarung über die Anerkennungszeiträume getroffen werden. Diese war dringend notwendig geworden, da sich vorherige Handhabungen als rechtlich bedenklich herausstellten.

Insgesamt gesehen befinden sich die Fortbildungen der Psychotherapeutinnen in Schleswig-Holstein an Menge und Qualität auf einem erfreulich hohen Niveau. Auch die PKSH hat hierzu in den zurückliegenden fünf Jahren mit vielen eigenen Fortbildungsangeboten einen wichtigen Beitrag geleistet.

Im Laufe der letzten fünf Jahre haben viele Kolleginnen die Ausstellung eines Fortbildungszertifikates bei der PKSH beantragt. Darunter waren in Kliniken angestellte Psychotherapeutinnen, um ihrer Nachweispflicht gemäß § 136b SGB V nachzukommen, sowie niedergelassene Vertragspsychotherapeutinnen oder dort Angestellte, um ihrer Nachweispflicht gemäß § 95d SGB V nachzukommen. Fast alle konnten unproblematisch den Nachweis darüber führen, dass sie in ihrem Fünfjahreszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen waren.

Dr. O. Rogner, Präsident  
Dr. A. Nierobisch, Vizepräsidentin  
Heiko Borchers, Haluk Mermer,  
Dagmar Schulz (Vorstandsmitglieder)

## Abschied von der Kammerarbeit – Interview mit dem scheidenden Präsidenten der PKSH, Dr. Oswald Rogner

Dr. Oswald Rogner war nach Kammergründung in der Zeit von 2003 bis 2007 der erste Präsident der PKSH. Seine erneute Wahl als Präsident erfolgte im Jahr 2015. Er ist niedergelassen in Kiel mit Fachkunde in VT für Erwachsene. Er hat die Kammergründung von Beginn an mitbegleitet und war Mitglied im Errichtungsausschuss der Kammer. Für die Kammerwahl im Sommer 2020 tritt er nicht erneut an.

### Wie kamst du ursprünglich zur Kammerarbeit? Gab es einen speziellen Grund, damit anzufangen?

Ich habe mich 1987 selbstständig gemacht. Damals gab es noch das Delegationsverfahren in der Psychotherapie, über das ich mich sehr geärgert habe, da damit eine totale Abhängigkeit von den sogenannten Delegationsärztinnen einherging. Ich hatte ja schließlich ein langjähriges wissenschaftliches Studium und eine qualifizierte Ausbildung in VT hinter mir und sollte dennoch wie eine „Heilhilfsperson“ arbeiten. Das empfand ich als unzumutbar, und ich wollte an diesem Zustand etwas ändern. Deshalb schloss ich mich der „Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten“ (später DPTV) an. Später habe ich dann als Landesvorsitzender der „Vereinigung“ die

Entstehung des Psychotherapeutengesetzes aktiv mit begleitet und auf Landesebene die Kammergesetzgebung seit den 90er-Jahren wesentlich mitbestimmt. Später war ich dann im Errichtungsausschuss der Kammer und wurde in der konstituierenden Kammersitzung zum ersten Präsidenten der PKSH gewählt. Mein Ziel war es immer, die Arbeitsbedingungen für alle Kolleginnen zu verbessern und damit das Credo der freiberuflichen Berufsausübung sowohl für angestellt als auch für selbstständig tätige Kammermitglieder voranzubringen.

### Gibt es einen oder mehrere Momente, die für dich besonders bedeutend waren, die „hängengeblieben“ sind?

Es gibt viele Ereignisse in meiner insgesamt neun Jahre dauernden Präsidentschaft für die Kammer, an die ich mich gerne erinnere und die für mich auch „besonders“ waren. Ich denke dabei an die sehr erfolgreichen Infotage und Fortbildungsveranstaltungen, die wir als Vorstand der Kammer in meiner ersten Amtszeit (2003 bis 2007) eingeführt und mit meiner erneuten Wahl als Kammerpräsident in 2015 schließlich auch wiederbelebt haben. Für mich besonders bedeutsam ist auch die jahrelange fruchtbare Lobbyarbeit in der IDH (der

Interessengemeinschaft der Heilberufe), die nicht nur zur Einführung eines jährlich stattfindenden gemeinsamen Parlamentarischen Abends geführt hat, sondern auch zu einer größeren Wertschätzung der Psychotherapeutinnen innerhalb der Heilberufe in Schleswig-Holstein und gegenüber der Landespolitik beigetragen hat. Auch die Verabschiedung der Reform des Psychotherapeutengesetzes im letzten Jahr war ein besonderer Moment und natürlich auch die zahlreichen Sitzungen im Rahmen der BPTK, die zwar immer sehr arbeitsintensiv waren, aus denen aber auch freundschaftliche Verbindungen entstanden sind.

Für mich persönlich besonders bedeutsam sind aber nicht nur diese großen Ereignisse, die alle auf einer vertrauensvollen und sehr erfolgreichen Teamarbeit im Vorstand der Kammer und auf der sehr engagierten Mitarbeit der Geschäftsstelle basieren. „Hängengeblieben“ sind bei mir auch die äußerst zahlreichen Beratungsgespräche der Mitglieder innerhalb meiner Präsidentsprechstunde. Hierbei hat sich immer wieder gezeigt, wie wichtig den Mitgliedern der persönliche Kontakt zur Kammer ist und dass das Serviceangebot einer persönlichen Beratung dankbar angenommen wird.

## Gibt es da ein Gespräch, an das du dich besonders gern erinnerst?

Ja, das gibt es. Das war eine telefonische Beratung eines angestellten Kollegen, der Fragen zu einer möglichen Höhergruppierung hatte und dem ich wichtige Informationen hierzu geben konnte. Als er am Ende unseres Gespräches erfuhr, dass er mich über mein Handy im Urlaub auf einer bayrischen Almwanderung erwischt hatte, hat er sich bei mir besonders herzlich für meine ausführliche Beratung bedankt.

## Worauf bist du besonders stolz, in welchem Bereich/zu welchem Thema hättest du gerne mehr erreicht?

In meiner ersten Amtszeit mussten diverse Ordnungen und Satzungen erarbeitet werden, die inzwischen zwar ständig aktualisiert und den veränderten Bedingungen angepasst wurden, in denen ich aber immer noch meine eigene „Handschrift“ wiedererkenne. Besonders am Herzen lag mir damals auch die Gründung unseres Versorgungswerkes. Es war einiges an persönlichem Einsatz und Aufwand notwendig, um die Kammerversammlung davon zu überzeugen, dass auch ein kleines Versorgungswerk existenzfähig sein und den Mitgliedern eine finanzielle Zukunftssicherheit geben kann. Es macht mich in der Tat stolz, dass sich diese Prognose selbst für Zeiten wirtschaftlicher Krisen als richtig herausgestellt hat und unser Versorgungswerk auch nach 15 Jahren noch sehr solide dasteht.

Ich empfinde auch einen gewissen Stolz darauf, dass gerade in den letzten fünf Jahren die Sichtweise der Kammer bei diversen Regelungswerken und Gesetzesvorlagen gefragt war und durch die zahlreichen Stellungnahmen der PKSH

im weiteren Gesetzgebungsprozess auch berücksichtigt wurden. Dabei hat es auch immer wieder konzertierte Aktionen mit der BPTK und anderen Landeskammern gegeben, über die wir u. a. die 2017 verabschiedete neue Psychotherapie-Richtlinie in wichtigen Bereichen mitgestalten und auch bei der Reform der Psychotherapieausbildung für uns bedeutsame Aspekte durchsetzen konnten.



M. Steinbrück und Dr. O. Rogner  
beim Videointerview *Foto: privat*

Bedauerlich finde ich, dass es mir nicht mehr möglich war, eine Richtlinie für die Anerkennung von Gutachterinnen in der Forensik umzusetzen, was Kolleginnen die Möglichkeit eröffnet hätte, sich in forensischen Fragen neben den ärztlichen Kolleginnen besser zu etablieren. In der für diesen Mai geplanten Kammerversammlung wollten wir diese Richtlinie verabschieden und ebenfalls eine Weiterbildungsordnung für die Systemische Therapie einbringen, die die Anerkennung der Fachkunde gegenüber der KV erleichtern würde. Leider hat uns hierbei die Corona-Krise einen Strich durch die Rechnung gemacht.

## Was wirst du an der Kammerarbeit vermissen?

Ich vermute, dass mir am meisten der Austausch über berufspolitische Belange mit anderen, allen voran dem Kammervorstand und den Kolleginnen der anderen Landeskammern, fehlen wird. Auch die persönliche Beratung der Mitglieder wird mir sicherlich fehlen. Und

natürlich auch das Arbeiterteam der Geschäftsstelle, das mir stets loyal, offen und vertrauensvoll begegnet ist.

## Inwiefern hat die Kammerarbeit dein sonstiges berufliches Wirken und/oder dein privates Leben verändert?

Meine Arbeit für die Kammer hat sehr viel Zeit in Anspruch genommen. Dies hatte natürlich Auswirkungen auf meine Praxistätigkeit insofern, als dass ich häufig Patiententermine absagen oder verschieben musste, weil kurzfristig eine wichtige Aufgabe oder ein außerplanmäßiger Termin für die Kammer dazwischengekommen ist. Noch mehr musste allerdings meine Familie darunter leiden, weil ich oftmals ganze Wochenenden und unzählige Abende an meinem Schreibtisch in meinem häuslichen Arbeitszimmer verbracht habe, um Stellungnahmen für die Kammer zu erarbeiten, oder anstehende Aufgaben für die Kammer erledigen musste. Meine Familie hat dies klaglos mitgetragen, mich unterstützt und mir den Rücken freigehalten, wofür ich meiner Frau und meiner Tochter sehr dankbar bin.

## Was machst du mit der nun freierwerdenden Zeit?

Worauf ich mich richtig freue, ist, ohne Termindruck in meiner freien Zeit wieder segeln zu können und dabei nicht das Gefühl zu haben, noch dringend irgendetwas erarbeiten zu müssen. Auch auf handwerkliche Arbeiten im Haus und Garten freue ich mich, weil das in den letzten Jahren stets zu kurz gekommen ist. Und natürlich auch auf meine Familie, die in der Vergangenheit allzu oft auf mich verzichten musste.

Das Interview führte Marie Steinbrück



## Gedenken

Wir gedenken des verstorbenen Kollegen:

Alf Gürtler, Rodenbek  
geb. 19.01.1955  
verst. 14.04.2020

## Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94  
24114 Kiel  
Tel.: 0431/661199–0  
Fax: 0431/661199–5  
Mo. bis Fr.: 09.00–12.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

## Baden-Württemberg

Jägerstr. 40  
70174 Stuttgart  
Tel. 0711/674470-0  
Fax 0711/674470-15  
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,  
13.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
info@lpk-bw.de  
www.lpk-bw.de

## Hamburg

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

Kickerlingsberg 16  
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 – 14.00 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), PD 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), Gertrud Corman-Bergau (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. Angelika Nierobisch (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.

19. Jahrgang, Ausgabe 2/2020

## Verlag

medhochzwei Verlag GmbH  
Alte Eppelheimer Str. 42/1  
69115 Heidelberg

## Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

## Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH  
97204 Höchberg

## Manuskripte

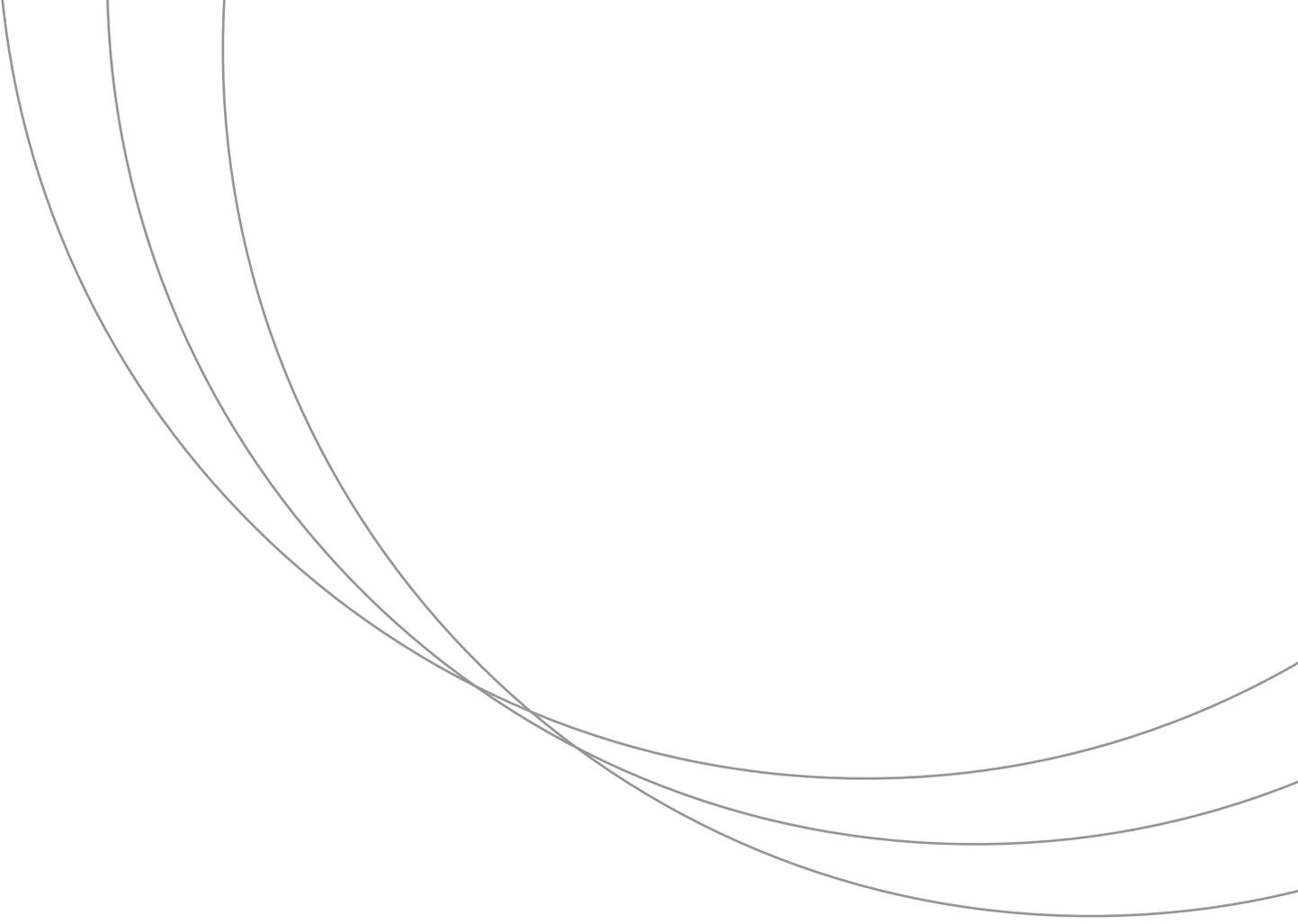
Einreichungsschluss für Ausgabe 3/2020 ist der 12. Juni 2020, für Ausgabe 4/2020 der 11. September 2020. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Mit jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern, eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) sowie eine Auflistung von ca. fünf thematischen Stichworten zu übermitteln. Der Titel, die Zusammenfassung und die Keywords sollten auch in englischer Übersetzung vorgelegt werden. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

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

