DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

# Psychotherapie Aktuell

13. Jahrgang | Ausgabe 3.2021

Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung

DPtV-Symposium – Psychotherapie und Sexualität: ein Update

Corona und Klima – Psychotherapeut*innen im Wandel

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

# Psychotherapeutenkalender 2022 jetzt bestellen!

Bestellen Sie jetzt schon den Praxiskalender für das nächste Jahr und sichern Sie sich Ihr Exemplar.

Der Kalender bietet ein übersichtliches Kalendarium für die Terminverwaltung in Ihrer Praxis. Zudem finden Sie hier für den täglichen Gebrauch griffbereit unsere aktuellen DPtV-Informationen, zum Beispiel zum EBM, zur ICD-10, zur Schweigepflicht und zum Datenschutz.

Der Kalender ist in den Farben **rot** und in kleiner Auflage auch in **anthrazit** erhältlich. Bitte beachten Sie, dass wir Bestellungen nur bearbeiten können, **solange der Vorrat reicht!**

Sie können den Kalender zum Preis von **19,90 Euro*** ganz einfach über unser Online-Formular auf **www.dptv.de > Informationen > Materialien** bestellen.

**Jetzt bestellen zum Preis von 19,90 Euro***

* zzgl. 2,50 Euro Porto- und Versandkosten pro Exemplar, bei Mehrfachbestellung einmalig 4,50 Euro.

www.dptv.de

Ihre Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung Ihrer Kalenderbestellung gespeichert und verwendet. Die Verwendung Ihrer freiwilligen Angaben können Sie jederzeit gegenüber der DPtV unter den genannten Kontaktdaten widerrufen.

# Das Internet – Fluch und Segen zugleich!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser Symposium „Psychotherapie und Sexualität: ein Update" wurde in dem diesjährigen Onlineformat von über 1.000 Menschen besucht. Das hat uns sehr positiv überrascht! Sicher, wir hatten ein drängendes Thema und sehr interessante Referent*innen. Doch gerade die Umstellung auf Onlineveranstaltungen – auch bei unseren CAMPUS-Workshops – ließ die Anzahl der Teilnehmer*innen gewaltig ansteigen. Dank der Notwendigkeit des Videoformats durch die besondere Pandemiesituation konnten wir deutlich mehr Menschen für die Wichtigkeit der Themen, hier unter anderem Sexualität und Pornografie, Geschlechtsentwicklung, Zugang von Kindern zu pornografischem Material und Pornografiesucht sensibilisieren. Ganz schön praktisch. Eigentlich.

Die Pandemie hat allerdings unser Leben auch insgesamt verändert. Oder? Wir haben mehr Zeit für Familien und Freunde, auch, weil wir nicht so viel reisen. Schnell kann mal zwischen Mittagessen und Abendbrot, zwischen Therapiesitzungen und dem abendlichem Yogakurs, neben der Betreuung der Kinder ein Symposium oder ein Workshop besucht werden. Der Computer wird danach ausgeschaltet, der Laptop zugklappt und der Alltag kann nahtlos weitergeführt werden.

Weder Reisekosten noch Reisezeit für kollegialen Austausch und Fortbildungen sind nötig. Doch wie viel bleibt bei Onlineveranstaltungen hängen? Wie viel Zeit zum Reflektieren geben wir uns danach? Irgendwie fehlt das „wirkliche" Kennenlernen der Sitznachbarin, der Austausch am Buffet, in der Pause, das persönliche Ansprechen der Referentin oder des Kollegen mit Privatsphäre. Der „echte" Kontakt. Auch fehlt die innere Vorbereitung auf die Veranstaltung und das Verdauen, das Nachsinnen auf der Rückfahrt. Mit einem Knopfdruck ist man wieder im bekanntem Alltäglichem.

Schaffen wir es, uns weiterhin gut abzugrenzen und zu prüfen, wie viel wir unser Leben verdichten können beziehungsweise wollen? Wenn wir unseren therapeutischen Alltag anschauen, dann kann es schnell passieren, dass Onlinezeiten mit Patient*innen oder Kolleg*innen auch nach der üblichen Arbeit und in der Pause eingeplant werden. Auch Intervision findet mehr und mehr online nach einem langen Arbeitstag statt. Hinterher fordert der Partner, die Partnerin, die Kinder noch die Aufmerksamkeit im Feierabend. Termine verdichten sich, die in Präsenz vielleicht gar nicht realisierbar gewesen wären und damit nicht stattgefunden hätten.

Fluch und Segen zugleich, diese „Präsenz auf Knopfdruck". Die vielfältigen Gespräche mit Kolleg*innen zeigen, dass wir selbst sehr darauf achten müssen, was wir unseren Patient*innen raten: uns abgrenzen, uns Freiräume erhalten und auch Möglichkeiten zum Abschalten finden.

Ich selbst freue mich zukünftig über hybride Formate und auch darauf, Sie alle wieder einmal persönlich bei einer Veranstaltung treffen zu können.

Am 4. November 2021 von 12:00 bis 14:00 Uhr laden wir Sie zunächst wieder zu unserem Online-LunchTalk zum Thema „Fakt und Fake: Meinungsbildung in der digitalen Welt" ein. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Herzlichst, auch im Namen des gesamten Bundesvorstandes

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

- ANZEIGE -

# Starkregen ist ein Wetterphänomen, das erst kürzlich wieder in verschiedenen Teilen des Landes zeigte, welches Schadenpotenzial es mit sich bringen kann…

Starkregen gab es schon immer. Historische Chroniken sind voll von Berichten aus dem ganzen Land. Gefühlt häufen sich Starkregenereignisse in den letzten Jahren aber. Dieses Wetterphänomen ist noch erstaunlich unerforscht. Dr. Andreas Becker, Leiter des Weltzentrums für Niederschlagsklimatologie beim Deutschen Wetterdienst, behandelte 2019 das Thema in einer sehr interessanten Präsentation.

Spoiler: In dieser zieht der Experte das Fazit, dass ausnahmslos jeder Ort in Deutschland ein vergleichbares Risiko hat, von einem Starkregenereignis betroffen zu sein.

**Was ist Starkregen?**

Der Deutsche Wetterdienst definiert Starkregen in zwei Stufen:

Starkregen-Stufe 1 / markantes Wetter
- mehr als 10 Liter pro Quadratmeter in einer Stunde oder
- mehr als 20 Liter pro Quadratmeter in sechs Stunden

Starkregen-Stufe 2 / Unwetter
- mehr als 25 Liter pro Quadratmeter in einer Stunde oder
- mehr als 35 Liter pro Quadratmeter in sechs Stunden

**Was kann passieren?**

Bei Starkregen fällt in kurzer Zeit so viel Wasser vom Himmel, dass der Boden es nicht mehr aufnehmen kann. Grundwasser kann an die Oberfläche und anschwellende Gewässer können über die Ufer treten. Kanalisationen können die Wassermengen nicht mehr wie gewohnt abtransportieren und es kommt zu einem Rückstau.

**Schäden an Haus, Hausrat, Praxiseinrichtung**

Egal ob durch Überschwemmung oder rückgestautes Abwasser: Kommt Wasser ins Haus, haben Sie einen Schaden – und meist keinen kleinen. Holz und Parket/Laminat quellen auf. Möbel werden unbrauchbar. Teppiche werden stockig. Elektronik stirbt den Kurzschlusstod. Und dann ist da noch die Nässe in der Bausubstanz und der ganze Schmutz.

**Lösung**

Das Gute: Mit dem Einschluss von Elementarschäden kann man sich grundsätzlich gegen niederschlagsbedingte Überschwemmung bzw. ebensolchen Rückstau absichern. Das sowohl in der Wohngebäude- wie auch in der Hausrat- bzw. Praxisinhaltsversicherung. Tut man das, kann man sich verhältnismäßig entspannt zurücklehnen, Firmen beauftragen, die alles wieder richten, und hat lediglich eine Selbstbeteiligung zu tragen. Diese beträgt in der Regel 10 % der Schadensumme. Es gibt aber auch immer einen Mindest-SB und einen maximalen.

Rückstau, Überschwemmung und Elementarschäden im Allgemeinen werden mit großer Sicherheit in den nächsten Jahren nicht seltener.

Sichern Sie sich jetzt ab, bevor der nächste große Regen Ihr Hab und Gut wegschwemmt!

**Gerne beraten wir Sie zu diesem Thema!**

WIRTSCHAFTSDIENST DER
DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Ihre
**Elron GmbH**

Menzelstraße 26
45147 Essen
Telefon 0201 7221544
Telefax 0201 7221505
info@elrongmbh.de
www.elrongmbh.de

**6** **„Sexualität und Geschlechtlichkeit haben viele Facetten und prägen das Leben der Menschen in unterschiedlicher Weise. Diese Vielfalt bildet sich in der psychotherapeutischen Arbeit ab.“**

## SYMPOSIUM

6 Psychotherapie und Sexualität: ein Update
10 Sexualität heute – alles easy?
14 Online-Pornografie – wenn virtuelle Leidenschaft Leiden schafft

## GESUNDHEITSPOLITIK

20 Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung
28 Corona und Klima – Psychotherapeut*innen im Wandel
32 Klimagerechtigkeit und Psychotherapie in Anstellung

## AUS DER PSYCHOTHERAPIE

36 Ergebnisse aus der Evaluation der Richtlinienreform
40 Psychotherapie von Angststörungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung
44 Diskriminierungserleben von LGBTQIA*-Menschen

## AUS DER PRAXIS

46 Bereicherung der Sexualität in der Paartherapie

## RECHT UND STEUER

50 Achtung: Steuerfalle – Pkw im gewillkürten Betriebsvermögen

## NEWS

53 Kurz gemeldet ...
53 Psychotherapie in Zeiten gesellschaftlichen Wandels

## REZENSIONEN

54 Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der Gruppe
55 Selbstregulation und Selbstkontrolle
56 Therapie-Tools Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie
57 Sexuelle Fantasien in der Therapie
58 Alles eine Frage der Zeit
59 Mentalisierungskompetenz für Paare
60 Die „innere lustvolle Frau“

61 Kleinanzeigen
62 Impressum
63 Adressen DPtV

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
SYM
POS
IUM
2021
16. Juni 2021

Hans Strömsdörfer

# Psychotherapie und Sexualität: ein Update

Mehr als 1.000 Teilnehmer*innen beim DPtV-Online-Symposium – DPtV-Master-Forschungspreis erstmals verliehen.

„Sexualität und Geschlechtlichkeit haben viele Facetten und prägen das Leben der Menschen in unterschiedlicher Weise. Diese Vielfalt bildet sich in der psychotherapeutischen Arbeit ab", eröffnete Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPtV das Online-Symposium „Psychotherapie und Sexualität: ein Update". Mit den Themen Intergeschlechtlichkeit, Transgeschlechtlichkeit und Pornografie-Sucht behandelte die Veranstaltung unterschiedliche Aspekte des Themas Sexualität. „Wir freuen uns, dass wir über 1.000 Teilnehmer*innen für unser Symposium interessieren konnten", sagt Hentschel.

## Masterpreis 2021 für David Braun

Zum ersten Mal verlieh die DPtV den mit 1.000 Euro dotierten Master-Forschungspreis. Preisträger 2021 ist David Braun (Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie Albert-Ludwigs-Universität Freiburg) für seine Arbeit „Konzeption eines Methodenkoffers für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung" (siehe Seite 34). Zum Aufbau seines Methodenkoffers erstellte er 34 Informations- und Arbeitsblätter unter Verwendung von leichter Sprache und Visualisierungen. In einer Laudatio unterstrich Barbara Lubisch, Stv. DPtV-Bundesvorsitzende und Sprecherin der Fachgruppe Wissenschaft und Forschung: „Sie haben mit der Entwicklung von Materialien zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung einer Patientengruppe beigetragen, die einen hohen Therapiebedarf hat, bislang aber ein deutliches Versorgungsdefizit aufweist."

David Braun hat mit der Entwicklung von Materialien zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung einer Patientengruppe beigetragen, die einen hohen Therapiebedarf hat, bislang aber ein deutliches Versorgungsdefizit aufweist.

## Vielfältige Themen

Prof. Dr. Rudolf Stark (Professur Psychotherapie und Systemneurowissenschaften Justus-Liebig-Universität Gießen) stellte den aktuellen Forschungsstand zu Sexualität und Pornografie vor und beschrieb die digital unterstützte zunehmende Entkoppelung von Sex und Intimität (siehe Seite 10). Zu Varianten der Geschlechtsentwicklung (VdG) und dem im Mai 2021 verabschiedeten „Gesetz zum Schutz von Kindern mit VdG" referierte Prof. Dr. Katinka Schweizer (Professur Klinische Psychologie und Psychotherapie Medical School Hamburg). Tabea Freitag, Psychologische Psychotherapeutin, (Gründerin/Co-Leiterin „return Fachstelle Mediensucht" Hannover) berichtete von den Auswirkungen eines ungeschützten Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu pornografischem Material im Internet und zur Pornografie-Sucht (siehe Seite 14).

**Safer Internet – Freiheit vs. Regulierung**

Eine Podiumsdiskussion mit Moderatorin Sabine Rieser stellte die Frage, wieviel Freiheit man beim Zugang und Konsum pornografischer Inhalte zulassen kann und wieviel gesetzliche Regulierung im Internet benötigt wird, um junge Menschen vor einem pathologischen Ausmaß der Nutzung zu schützen. MdB Dr. Wieland Schinnenburg (Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik, Verantwortlicher für Psychotherapie der FDP-Fraktion), Eckhard Schroll (Leiter Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Tabea Freitag, Prof. Dr. Stark und Gebhard Hentschel diskutierten kontrovers über die Wirkung von Pornografie und Maßnahmen zum Jugendschutz.

„Es ist der psychosexuellen Entwicklung sicher nicht zuträglich, wenn Menschen über Pornografie sozialisiert werden – wobei wir darüber grundsätzlich immer wenig Daten haben", erklärte Prof. Stark in der Diskussion. „Es muss viel mehr Forschung laufen, die aber in diesem Bereich sehr schwierig ist. Als Forscher bin ich immer sehr vorsichtig, kausale Zusammenhänge zu ziehen." Zu Beginn seiner Forschung 2005 habe er etwa erwartet, dass mit der immer einfacher verfügbaren Online-Pornografie (auch per Smartphone) die Prävalenz von Pornografie-Sucht „explodieren" werde. Dies sei ein Stück weit ausgeblieben. Zuverlässige Zahlen zeigten etwa fünf Prozent Betroffene. „Um diese muss man sich kümmern – aber den Pornografie-Konsum nicht komplett abschaffen."

„Pornografie soll nicht verboten werden – aber Kinder und Jugendliche müssen wirksam geschützt werden", forderte Tabea Freitag. Zwar verbiete § 184 StGB das Anbieten, Überlassen oder Zugänglichmachen pornografischen Materials an Unter-18-Jährige – im Internet fehle es jedoch an notwendiger Zugangskontrolle. Porno-Süchtige kommen erst nach vielen Jahren des Leidensdrucks in die Therapie. Oft haben sie durch die Sucht ihre Arbeit oder ihre Beziehung verloren. Die Zahl der Süchtigen ist schwer einzuschätzen, weil die Sucht stark im Verborgenen bleibt." Um die Definition der „Compulsive sexual behavior disorder" im ICD-11 habe man stark gestritten. Es sei befürchtet worden, dass sie liberale sexuelle Interessen einschränken könne. „Dieses Thema ist ideologisch stark umkämpft. Aber als Psychotherapeut*innen sind wir ja für die Patient*innen da." Es gebe sehr wohl experimentelle Studien zur Porno-Sucht, die man natürlich nur an Erwachsenen durchführen könne. Aber die Ergebnisse seien auch auf Kinder und Jugendliche übertragbar – etwa in Hinblick auf die Abwertung intimer Partnerschaften.

Eckhard Schroll plädierte dafür, die einfachen Wirkungsmechanismen in Frage zu stellen: „Wir haben kaum Wirkungsforschung. Was ist die Herausforderung dieser massiven Pornografie-Welle im Internet? Wir hatten immer Porno-Konsum, immer Neugierverhalten bei Jugendlichen. In den 50er/60er-Jahren waren es Hefte. Jetzt haben wir einen anderen Zugang – und der ist verboten. Der Gesetzgeber hat hier schon gehandelt. Unsere Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche bei Pornos sehr wohl zwischen Realität und Fiktion unterscheiden können. Sie verändern ihr Geschlechtsrollenverständnis nicht. Sie verhalten sich nicht anders in ihrer Sexualität. Bei vulnerablen Gruppen ist das anders. Aber das ist eine ganz andere Gruppe als die übrigen 95 Prozent."

Pornografie soll nicht verboten werden – aber Kinder und Jugendliche müssen wirksam geschützt werden.

**Hans Strömsdörfer**
Seit 2019 Pressesprecher und Leiter Kommunikation in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). Kontakt: presse@dptv.de

„Im öffentlich-rechtlichen Fernsehen gibt es pro Woche etwa 150 Tote – teilweise brutal ermordet. Trotzdem ist die Zahl der Morde in Deutschland zurückgegangen", sagte Dr. Schinnenburg. Man müsse daher wirklich sehr vorsichtig sein: „Korrelation und Kausalität sind zwei verschiedene Dinge."

DPtV-Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel betonte: „Es ist wichtig, uns Psychotherapeut*innen für diese Fragestellung zu sensibilisieren. Der Pornografie-Konsum muss bei der Therapie in Betracht gezogen werden, wenn eine sexualisierte Sprache vorrangig ist oder bei depressiven Entwicklungen." Durch die neue Definition im ICD-11 werde es leichter, diese Störung diagnostisch unterzubringen und bei den Krankenkassen abzurechnen. Dies sei ein wichtiger Schritt. „Auf jeden Fall brauchen wir mehr Prävention zum Schutz der Kinder und Jugendlichen und Unterstützung für Eltern und Lehrer."

Der Pornografie-Konsum muss bei der Therapie in Betracht gezogen werden.

Sie konnten das DPtV-Symposium nicht live verfolgen? Kein Problem. Videos und Vorträge gibt es hier: **www.dptv.de/symposium**

## Kurz gefasst

Gesellschaftliche Umwälzungen in den letzten 50 Jahren haben auch das Verständnis von und den Umgang mit Sexualität verändert. Eine zunehmend liberale gesellschaftliche Haltung erlaubt es mehr und mehr, dass Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung und Identität ihre Sexualität jenseits der Heteronormativität ausleben können. Ein immer größer werdendes Angebot an sexuellen Möglichkeiten führt aber möglicherweise auch zu neuen Herausforderungen: Eine auf schnelle und unkomplizierte Lustbefriedigung ausgerichtete, egozentrische Sexualität kann zu Problemen in Partnerschaften führen. Bedingt auch durch die zunehmenden Möglichkeiten im Bereich der virtuellen Realität und die technischen Weiterentwicklungen von Sexrobotern wird diese Entwicklung zu neuen Anforderungen an Psychotherapeut*innen führen.

Rudolf Stark

# Sexualität heute – alles easy?

Die Rahmenbedingungen unter denen Sexualität ausgelebt wird, haben sich in den letzten Jahrzehnten nachhaltig verändert, was auch zu neuen Herausforderungen in der Psychotherapie führt.

Die letzten Jahrzehnte waren von gravierenden gesellschaftlichen sowie technischen Veränderungen geprägt, die signifikante Auswirkungen auch auf die menschliche Sexualität haben. Der Verlust an Einfluss der christlichen Kirchen, die die sexualmoralischen Vorstellungen über Jahrhunderte geprägt haben, stellt eine der wichtigen Veränderungen dar. Christliche Sexualmoral war und ist auch heute teilweise noch davon geprägt, Sexualität dem Zweck der ehelichen Fortpflanzung unterzuordnen und Lust als eine Versuchung durch das Böse zu betrachten. Der nachlassende Einfluss der Kirchen dokumentiert sich darin, dass in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts noch circa 95 % der Bevölkerung einer der beiden großen christlichen Kirchen angehörten, 2019 jedoch nur noch knapp über 50 % (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020). Eine weitere wichtige Veränderung des letzten Jahrhunderts geht mit der „Entdeckung" der weiblichen Sexualität einher. Wissenschaftlich-empirische Untersuchungen konnten zeigten, dass Frauen durchaus ähnliche sexuelle Bedürfnisse haben wie Männer (siehe z. B. Kinsey, 1964 und Masters & Johnson, 1989). Im Zusammenhang mit den politischen und gesellschaftlichen Umbrüchen der 60er-Jahre wird auch von der sexuellen Revolution gesprochen, die tradierte Vorstellungen über Sexualität, zum Beispiel über das Primat der monogamen Beziehung, grundsätzlich in Frage stellte. Seitdem scheint erlaubt, was Spaß macht, solange es nicht die Rechte anderer beschneidet. Diese neue Haltung bringt immer neue Angebote (Pornografie, Sex Toys, Dating-Plattformen, …) hervor, die es erlauben, sexuelle Lust auf vielfältige Art auszuleben. Ein weiterer Meilenstein der gesellschaftlichen Veränderungen, die Einfluss auf die Sexualität genommen haben, betrifft die sexuelle Orientierung und Identität. Die Heteronormativität wird durch die LGBTQIA* (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersexual, Asexual und alle weiteren noch nicht eingeschlossenen)-Bewegung zunehmend hinterfragt. Inzwischen definieren sich nur noch 84 % der deutschen Bevölkerung als ausschließlich heterosexuell (Haversath et al., 2017). Eine weitere wichtige Veränderung ist die fortschreitende Digitalisierung. Über das Internet steht nun nicht nur Pornografie in nie gekanntem Ausmaß zur Verfügung, sondern das Internet bietet auch eine Vielzahl von interaktiven sexuellen Angeboten wie Chatrooms, Video-Live-Chats und sexuell ausgerichtete Dating-Plattformen. Waren diese Angebote anfangs nur auf Desktop-Computern verfügbar, bieten mobile Endgeräte wie Tablets und Smartphones heute die Möglichkeit überall und zu jeder Zeit auf diese Angebote zuzugreifen.

Die letzten Jahrzehnte waren von gravierenden gesellschaftlichen sowie technischen Veränderungen geprägt, die signifikante Auswirkungen auch auf die menschliche Sexualität haben.

Über das Internet steht nun nicht nur Pornografie in nie gekanntem Ausmaß zur Verfügung, sondern das Internet bietet auch eine Vielzahl von interaktiven sexuellen Angeboten.

All diese gesellschaftlichen und technischen Veränderungen haben Auswirkungen auf die Sexualität: Sowohl amerikanische (Ueda et al., 2020) als auch deutsche Studien (Beutel et al., 2018; Burghardt et al., 2020) legen nahe, dass sowohl die Häufigkeit als auch das Interesse an partnerschaftlicher Sexualität in den letzten 20 Jahren – trotz oder wegen der veränderten Rahmenbedingungen – gesunken ist. Vergleicht man aktuelle Prävalenzzahlen bezüglich sexueller Funktionsstörungen, wie sie zum Beispiel in einer repräsentativen Studie von Briken und Mitarbeitern (2020) berichtet werden, mit Zahlen aus einer internationalen Meta-Analyse von Simons und

Kollegen (2001) von vor zwanzig Jahren, so zeigen sich Verschiebungen in den Prävalenzzahlen für verschiedene sexuelle Funktionsstörungen. Bei Frauen scheint die Häufigkeit von Erregungsstörungen und Orgasmusstörungen zugenommen zu haben, bei Männern die der Appetenzstörungen und der Orgasmusstörungen.

Eine Erklärung für das nachlassende Interesse an (partnerschaftlicher) Sexualität und der Zunahme bestimmter sexueller Funktionsstörungen, besonders bei Männern, könnte in der permanenten Verfügbarkeit von Pornografie und anderen sexuellen Angeboten liegen. Möglicherweise führt dies vor allem bei Männern dazu, dass sie ihr sexuelles Verlangen eher mit Hilfe von Pornografie befriedigen als durch partnerschaftlichen Sex, da dies einfacher und bequemer erscheint. Dies kann in der Folge wiederum zu Frustrationen in der Partnerschaft und zu seelischem Leiden führen.

Die Nutzung von Pornografie ist heute keine Randerscheinung mehr: Circa 10 % des Gesamtdatenvolumens des Internets ist auf pornografisches Material zurückzuführen (Buchuk, 2013). Internationale Studien machen deutlich, dass der gelegentliche Konsum von Pornografie heute eher zur Regel statt zur Ausnahme gehört. Über verschiedenen Studien hinweg gaben circa 90 % der befragten Männer und 60 % der befragten Frauen an, in den letzten sechs Monaten Pornografie genutzt zu haben (Blais-Lecours et al., 2016; Hald, 2006). In einer von uns durchgeführten, bisher unveröffentlichten internetbasierten Studie (nicht repräsentativ, überwiegend Studierende) mit jungen Erwachsenen, wurden die immer wieder berichteten großen Geschlechtsunterschiede in der Nutzung von Pornografie repliziert: Während die meisten Männer (circa 70 %) eine positive Einstellung gegenüber Pornografie hatten, gaben die Frauen am häufigsten (circa 50 %) eine neutrale Einstellung an. Während für circa 35 % der Männer Pornografie „extrem oder sehr wichtig für ihr Leben ist", gaben dies nur 5 % der Frauen an. Befragt nach der Nutzungsdauer pro Monat ergab sich bei Männern ein Durchschnittswert von circa 14 Stunden pro Monat, bei Frauen nur einer von circa vier Stunden pro Monat, wobei circa 25 % der Frauen und 3 % der Männer angaben, im letzten Monat keine Pornografie genutzt zu haben.

Interessanterweise zeigt sich bezüglich der Geschlechter ein anderes Bild, wenn man die Wirkung von sexuellen Reizen, also auch pornografischen Reizen, auf Aufmerksamkeitsprozesse oder allgemein auf hirnphysiologische Prozesse untersucht: Hier zeigt sich, dass sexuelle Reize Aufmerksamkeit auf sich ziehen – und zwar weitestgehend geschlechtsunabhängig. Eine ähnliche Unabhängigkeit vom Geschlecht zeigt sich auch in bildgebenden Studien, zum Beispiel mittels der funktionellen Kernspintomographie. Hier wurde immer wieder gezeigt, dass die Präsentation sexueller Reize zu ausgedehnten neuronalen Aktivierungen in vielen Netzwerken führt, die auch das Belohnungssystem einschließen, wobei kaum Geschlechtsunterschiede sichtbar sind (Stoléru et al., 2012; Wehrum et al., 2013). Diese Befunde sprechen dafür, dass sexuelle Reize biologisch bedeutsame Reize sind, die weitgehend unabhängig von interindividuellen Unterschieden verarbeitet werden. Das wirft die Frage auf, ob die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Nutzungsverhalten von Pornografie auf geschlechtsspezifische soziokulturelle Einflüsse zurückzuführen sind. In diesem Falle ist damit zu rechnen, dass auch Frauen in dem Maße mehr auf die neuen sexuellen Möglichkeiten wie Pornografie zurückgreifen werden, wie sich die Bedeutung dieser normativen Einflüsse verringert.

Während für circa 35 % der Männer Pornografie „extrem oder sehr wichtig für ihr Leben ist", gaben dies nur 5 % der Frauen an.

Bei Frauen scheint die Häufigkeit von Erregungsstörungen und Orgasmusstörungen zugenommen zu haben, bei Männern die der Appetenzstörungen und der Orgasmusstörungen.

**Prof. Dr. Rudolf Stark**

Nach seinem Studium der Psychologie promovierte und habilitiert Rudolf Stark in Gießen. Seit 2013 ist er Professur für Psychotherapie und Neurowissenschaften an der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Dort ist er auch geschäftsführender Direktor des Bender Institute of Neuroimaging, einer Forschungsinstitution, in der die neuronale Korrelate von psychologischen Prozessen mit Hilfe der funktionellen Kernspintomographie untersucht werden. Darüber hinaus ist er Leiter des Weiterbildungsstudiengangs „Psychologische Psychotherapie" und den daran angeschlossenen verhaltenstherapeutischen Ambulanzen.

Es ist davon auszugehen, dass die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte nicht abgeschlossen sind. Weitere, insbesondere technische Entwicklungen gehen mit neuen Herausforderungen einher. Es wird bereits viel darüber diskutiert, welche schädliche Wirkung von Pornografie ausgehen kann (Stichworte: Störung der sexuellen Entwicklung von Jugendliche durch unrealistische und sexistische Rollenklischees in Pornos; Gefahr der sexuellen Sucht, Stark & Wehrum-Osinsky, 2016). Zukünftige Angebote, deren Verbreitung und Entwicklung noch am Anfang stehen, wie Virtual-Reality-Anwendungen oder Sexroboter (Überblick Bendel, 2020), werden interaktiver und mit einem höheren Immersions-Potenzial ausgestattet sein als bisherige Angebote. Dies wird möglicherweise zu einem weiteren Interessenverlust an partnerschaftlicher Sexualität führen. Schon heute bevorzugen einige Menschen digitale Angebote gegenüber partnerschaftlicher Sexualität für die Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse. McArthur und Twist (2017) sprechen in diesem Zusammenhang von Digisexuals, die ihre Sexualität über digitale Technologien definieren.

Unabhängig davon, wie man persönlich zu diesen Entwicklungen steht, muss man sich diesen neuen Realitäten stellen. Aus psychotherapeutischer Sicht ist es wichtig, die Gefahren für die psychische Gesundheit zu kennen, die sich aus den veränderten Bedingungen, unter denen heute Sexualität stattfindet, ergeben. Zum Beispiel können immer neue sexuelle Angebote Verhalten hervorbringen, das zwanghaft/süchtig ist. Nicht von ungefähr wird im zukünftigen ICD-11 die Compulsive Sexual Behavior Disorder (World Health Organization, 2019) definiert. Auf der anderen Seite werden Paare herausgefordert, ihre partnerschaftliche Sexualität gegenüber vielfältigen anderen Möglichkeiten des Auslebens sexueller Lust als etwas Besonderes zu verteidigen. Hier sind Psychotherapeut*innen gefordert, durch ihr offenes und unvoreingenommenes Ohr Alle zu ermutigen, ihres eigenen sexuellen Glückes Schmied zu werden.

Aus psychotherapeutischer Sicht ist es wichtig, die Gefahren für die psychische Gesundheit zu kennen, die sich aus den veränderten Bedingungen, unter denen heute Sexualität stattfindet, ergeben.

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

Foto © Gettyimages

**Unser Geschenk für Ihre Therapiestunden**

Emotionsregulation: Übungen und Infoblätter für mehr Selbstmitgefühl

**Gutscheincode*:** PT6-285186

**Hier kostenlos registrieren und Gutscheincode einlösen!**

*Der Code ist unter https://psychotherapie.tools/voucher/add einmalig einlösbar bis 30.09.2021.

**psychotherapie.tools bietet Ihnen**

- über 7000 evaluierte, in der Praxis bewährte Materialien, störungsspezifisch gegliedert nach ICD-10.
- den sofortigen Einsatz der Arbeits- und Infoblätter.
- den Weg zu erfolgreichen Therapien.

Es gibt Materialien zu den folgenden Verfahren und Methoden: KVT, ACT, CBASP, Systemische Therapie, Schematherapie, Metakognitive Therapie, lösungsorientiere Therapie, uvm.

PSYCHOTHERAPIE. TOOLS
Eine Marke von BELTZ

Tabea Freitag

# Online-Pornografie – wenn virtuelle Leidenschaft Leiden schafft

Pornografie wird im Zeitalter der Digitalisierung zunehmend als selbstverständliches Konsummittel betrachtet, auch bereits unter Kindern und Jugendlichen. Dynamik und Folgen einer virtuellen Leidenschaft.

„Große Leidenschaften sind wie Naturkräfte. Ob sie nutzen oder schaden, hängt nur von der Richtung ab, die sie nehmen" (Ludwig Börne). Feuer, eine solche Naturkraft, ist seit jeher Symbol für sexuelle Leidenschaft, für die gewaltige Brennkraft von Sexualität. Feuer ist heiß und inspirierend, es gibt Wärme, Licht und Energie, ist schön und geheimnisvoll. Aber es hat auch Zerstörungspotenzial, wenn es sich im Flächenbrand gierig und ohne Grenzen alles nimmt, was es bekommen kann. Manche sexuell traumatisierten Menschen drücken die Gier, mit der Täter sie sexuell benutzt und beraubt haben, als verbrannte Erde ihrer Identität aus: Nicht nur ihr Körper, auch ihre Gefühle, Bedürfnisse, ihr Vertrauen und vieles mehr wurden missbraucht und überrannt. Denn Sexualität betrifft den ganzen Menschen. „Ist doch nur Sex", „Man muss doch seinen Trieb befriedigen" oder „Wir haben doch nur nachgemacht, was wir in Pornos gesehen haben" äußern dagegen minderjährige Sexualstraftäter, deren sexuelle Sozialisation wesentlich durch den frühen Zugang zu harter Pornografie geprägt wurde. Die Frage nach dem Verständnis menschlicher Sexualität und der Richtung, in der dieses von Heranwachsenden gelernt wird, hat entscheidenden Einfluss auf die Bewertung und die Auswirkungen von Pornografiekonsum.

Obwohl jedes Zugänglichmachen von Pornografie an unter 18-Jährige strafbar ist (§ 184 StGB), ist ihre Verbreitung unter Minderjährigen durch die ständige Verfügbarkeit mobiler internetfähiger Endgeräte außer Kontrolle geraten. Mehr als die Hälfte der 11- bis 13-jährigen Kinder hat einer britischen Studie (BBFC, 2019) zufolge schon Pornografie im Internet gesehen, Mädchen fast genauso häufig wie Jungen.

WARNING
ADULTS ONLY

Durch Corona-Lockdown und beschleunigte Digitalisierung hat der Konsum harter Pornografie und seiner Steigerungsformen weiter zugenommen. Laut Europol ist allein im ersten Corona-Lockdown der Konsum von Kinderpornografie in Europa um rund 30 % gestiegen. Dabei hat sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die selbst Kinderpornografie erwarben, besaßen, weiterverbreiteten oder herstellten, laut BKA in Deutschland seit 2018 mehr als verfünffacht.

Doch Kinderpornografie und Cybergrooming sind nur die medial beleuchteten Spitzen des Eisbergs, unter dem sich die großflächige Desensibilisierung durch alltäglichen Pornokonsum verbirgt. Schon vor Corona haben mehr als 70 % der männlichen Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren täglich bis mehrmals wöchentlich Pornografie konsumiert (Mädchen 10 %), 21 % sogar täglich (WDR Quarks-Studie 2017).

Kinderpornografie und Cybergrooming sind nur die medial beleuchteten Spitzen des Eisbergs, unter dem sich die großflächige Desensibilisierung durch alltäglichen Pornokonsum verbirgt.

Auf dem smarten glatten Screen lässt sich mit wenigen Wischbewegungen ein Feuerwerk intensivster Gefühle und Adrenalinkicks hervorrufen. Dopamin sorgt für den Wiederholungsdrang. Auf der anderen Seite des Bildschirms, vor schonungslosen Kameras, ist brutaler Sex an Teenagern (Shor, 2018; Freitag, 2021) sowie Gewalt (Schlagen, Würgen, sadistische Praktiken et cetera) und die Demütigung von überwiegend (94 %) Frauen zum Standard der beliebtesten Mainstreampornografie geworden (u. a. Bridges et al., 2010). Die realen Schmerzen und Leiden der Dargestellten muss der/die Konsument*in nicht „wahrnehmen", die virtuelle Distanz schützt vor Mitgefühl und entfremdet. Bei der zunehmenden Härte beziehungsweise Gewalt der Inhalte und ihrer immer häufiger werdenden Umsetzung in die Tat (u. a. Wright et al., 2014, 2015; Stanley et al., 2016 u. v. m.) scheint die Toleranzentwicklung


Veranstaltungsreihe **PSYCHE UND GESELLSCHAFT**

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

# Fakt und Fake: Meinungsbildung in der digitalen Welt

**Online-Veranstaltung**
**4. November 2021**
**12:00–14:00 Uhr**

Unser demokratischer Diskurs wird zunehmend durch soziale Medien beeinflusst. Insbesondere in Krisen wird deutlich, wie schnell sich falsche Informationen verbreiten und verfestigen können. So spricht die WHO im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie von einer „Infodemie", von einer Flut von Falschbehauptungen. Desinformation stellt eine Bedrohung für unsere Demokratie dar und kann zur Spaltung unserer Gesellschaft beitragen.

Mit unserer Veranstaltung wollen wir betrachten, welchen Einfluss soziale Medien auf Meinungsbildungsprozesse haben, wie Verschwörungsmythen und Radikalisierungstendenzen entstehen, welche Phänomene hier wirken und wie sich das psychologisch erklären lässt. Auch der Frage, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wollen wir nachgehen.

*Podiumsgäste:*
**Prof. Dr. Nicole Krämer**, Leitung Fachgebiet Sozialpsychologie, Medien und Kommunikation, Universität Duisburg-Essen, und **Dr. Tobias Schmid**, Direktor Landesanstalt für Medien NRW, Europabeauftragter Direktorenkonferenz der Medienanstalten (DLM), Vorsitzender European Regulators Group for Audiovisual Media Services (ERGA). *Moderation:* **Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel**, Bundesvorsitzender der DPtV

Weitere Informationen und Anmeldung auf www.dptv.de/lunchtalk

DPtV Lunch Talk

und Desensibilisierung bei frühem und regelmäßigem Konsum eine entscheidende Rolle zu spielen: Auf der Suche nach dem gesteigerten Kick konsumieren tägliche Konsumenten – das sind mehr als 20 Prozent der männlichen Teens und Twens – dreimal so häufig Gewalt- und sechsmal so häufig auch Kinderpornografie und sind dreimal so häufig Täter von sexuellem Missbrauch wie seltenere Konsumenten (Priebe et al., 2007). Zahlreiche internationale Studien (inklusive experimentelle und Feldstudien, Längsschnittstudien und Regressionsanalysen) belegen, dass ein häufiger Pornografiekonsum die Toleranz für und die Ausübung von sexueller Gewalt fördert, sowohl in Beziehungen wie außerhalb[1].

In unserer Fachstelle Mediensucht return bekommen wir in den letzten Monaten vermehrt Anrufe aus Schulen und der Sozialarbeit, dass 10- bis 13-jährige Mädchen Nacktbilder und Sexfilme von sich an Männer verschickt haben und beteuern, sie täten das freiwillig. Mädchen nehmen sich durch Pornografie und sexualisierte Medien vermehrt als Sexobjekt wahr, lassen sich eher auf Sexting ein und werden häufiger Opfer von sexueller Gewalt. Sie entwickeln zudem häufiger Körperschema- und Essstörungen, Selbstwertprobleme und Depressionen (u. a. Lamb & Koven, 2019; APA, 2009; Stanley et al., 2016, Peter & Valkenburg, 2016). Die gesellschaftliche Normalisierung von harter Pornografie und ihren Standards lässt diese auch in Beziehungen eindringen, wo gewalttätige und nicht einvernehmliche Praktiken zunehmen (u. a. Wright et al., 2014, 2016; Brem et al., 2018; Sun et al., 2014; Marston & Lewis, 2014). Aus Angst, die Beziehung zu verlieren oder als prüde zu gelten, lassen viele Mädchen und junge Frauen sich auf pornonormierte Praktiken ein, die sie als schmerzhaft, eklig oder entwürdigend erleben.

Virtuelle Leidenschaft schafft in vielen Partnerschaften aber auch dadurch Leiden, dass sie die analoge Leidenschaft zunehmend ersetzt und das Interesse an partnerschaftlicher Sexualität erlischt. Die Konditionierung auf intensive, ständig wechselnde und sich vielfach steigernde audiovisuelle Schockstimuli verbunden mit Masturbation bewirkt mit der Zeit eine Reaktionshemmung auf natürliche Stimuli und hat zu einem starken Anstieg von erektiler Dysfunktion bei jungen Männern beigetragen (vgl. Melzer, 2019). Mit den extremen digitalen Stimulantien kann kein*e normale*r Partner*in mithalten. Sexuelle Unzufriedenheit sowie die Abwertung der Attraktiviät der Partnerin gehört ebenfalls zu den gut belegten Folgen eines häufigen Pornografiekonsums (u. a. Albright, 2009; Morgan, 2011; Zillmann & Bryant, 1988).

Die gesellschaftliche Normalisierung von harter Pornografie und ihren Standards lässt diese auch in Beziehungen eindringen, wo gewalttätige und nicht einvernehmliche Praktiken zunehmen.

[1] Studien und Übersichtsartikel finden sich in dem umfangreichen Literaturverzeichnis unter www.psychotherapieaktuell.de.

Während seit 2008 etliche hundert Betroffene und Angehörige in mittlerem Alter (35 bis 60 Jahre) unsere Fachstelle aufgesucht haben, die unter den Folgen eines jahre- oder jahrzehntelangen suchtartigen Porno- oder Cybersexkonsums litten, nehmen inzwischen Beratungsanfragen sehr junger Männer zu. Sogar Jugendliche melden sich, mit Anfragen wie dieser:

„Ich hab meinen ersten Porno mit 9 Jahren gesehen. Mit so 13 oder 14 habe ich gemerkt, dass ich irgendwie nicht mehr ohne Porno kann und versuche momentan mehr oder weniger erfolgreich, nicht mehr zu konsumieren. Ich werde immer wieder rückfällig und merk einfach, dass ich da nicht alleine rauskomme. Was mich besonders gefasst hat sind sehr gewalttätige Videos. Ich merke sehr, wie ich einfach keine Beziehung eingehen kann und auch nicht durch was anderes als Masturbieren kommen kann. Könnt Ihr mir helfen?" Marc[2], 17 Jahre

Zu den häufigsten Problemen im Zusammenhang mit einem exzessiven Pornografiekonsum, insbesondere bei frühem Beginn, zählen Beziehungsstörungen, sexuelle Gewalt oder eine Präferenzverschiebung in Richtung devianter Inhalte (Gewalt-, Tier- oder Kinderpornografie) und eine potenzielle Abhängigkeitsentwicklung. Wir erleben bei nicht wenigen Klient*innen das klassische Vollbild einer Suchterkrankung, mit Entzugssymptomatik, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und massiven negativen Konsequenzen wie polizeilichen Ermittlungen wegen illegaler Inhalte. Neben einer Zunahme von Quantität oder Härte der Inhalte vollzieht sich die Steigerung in vielen Fällen auch durch den Übergang von passivem Konsum zu interaktiveren Formen des Cybersex bis hin zu realen Affären oder Prostituiertenbesuchen, was die bestehenden Partnerschaften besonders belastet[3].

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

[2] Name geändert. Zitat in „Ein Klick zum Kick" Freitag, T. & E. (2020) unter www.return-mediensucht.de

[3] Vgl. „Online betrogen? Wenn Porno- oder Cybersexsucht die Beziehung belasten" unter www.return-mediensucht.de

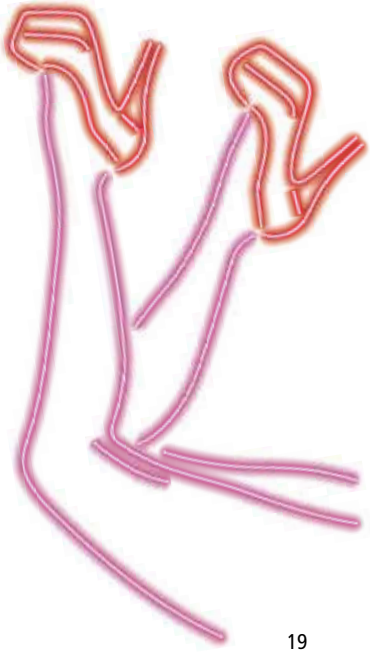
Zum Verständnis der Dynamik, die ein regelmäßiger und häufiger Pornografie- oder Cybersexkonsum entfalten kann, ist die Frage nach dem Verständnis menschlicher Sexualität und nach der individuellen sexuellen Lerngeschichte von zentraler Bedeutung. Wo Sexualität als eindimensionale Erregungssuche gelernt und auf den Lustaspekt reduziert wird, muss Pornografie konsequenterweise als nützlich und harmlos bewertet werden, auch in ihren Steigerungsformen, da sie in dieser instrumentellen Sicht ihre Funktion erfüllt. In dieser Weise argumentieren auch Vertreter*innen der Harmlosigkeit von jugendlichem Pornografiekonsum[4]. Wenn menschliche Sexualität jedoch in ihrer biopsychosozialen Bedingtheit, das heißt den ganzen Menschen betreffend, verstanden wird, führt gerade die Ausklammerung der psychischen und der Beziehungsdimension zu Problemen in diesen (psychosozialen) Bereichen, in denen keine Selbstwirksamkeit, keine Begegnung, Empathie, Intimität und Resonanz erlebt wird. Darunter leiden allerdings Partner*innen in der Regel mehr als Betroffene selbst: „Es ist, wie wenn er eine Schablone auf mich legt und sein Fantasiekino an mir abspult. Ich bin gar nicht gemeint."

Internetsex ist nicht zuletzt deshalb so attraktiv, weil der/die Konsument*in volle Kontrolle über die „Beziehung" hat und sich nicht auf die Gefühle und Bedürfnisse eines anderen Menschen einlassen muss. Pornografie kann narzisstische Größenfantasien und eine unreife Anspruchshaltung fördern: „Mir steht alles zu, jederzeit und ohne Anstrengung. Ich hab ein Recht auf perfekte Körper, kann über Alter, Ethnie, Körpermaße und Praktiken meiner Sexualobjekte verfügen. Es gibt keine Tabus und Grenzen. Nur meine Befriedigung zählt." Zu den häufigsten Folgen eines suchtartigen Konsums, die zu einer Inanspruchnahme von Psychotherapie führen, gehören daher massive Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme wie die Vermeidung von oder Unfähigkeit zu partnerschaftlicher Intimität.

Pornografie kann narzisstische Größenphantasien und eine unreife Anspruchshaltung fördern: „Mir steht alles zu, jederzeit und ohne Anstrengung. (...) Nur meine Befriedigung zählt."

Über die diagnostische Einordnung der Pornografie- beziehungsweise Internet-Sexsucht wird seit vielen Jahren diskutiert. Mit der Einführung des Diagnosemanuals ICD-11 der WHO wird ab dem Jahr 2022 die Diagnose: „compulsive sexual behaviour disorder" unter der Rubrik der Impulskontrollstörungen aufgenommen. Die Diagnosekriterien entsprechen im Wesentlichen denen einer Verhaltenssucht. Diese schließt auch exzessiven/suchtartigen Pornografie- und Cybersexkonsum ein.

Bei der Entwicklung einer Abhängigkeit von Online-Sexangeboten spielt sowohl die Gewöhnung an intensive digitale Stimulanzien mit sofortiger, starker Belohnungswirkung (Dopamin- und Opiatausschüttung) und die damit verbundenen Konditionierungsprozesse als auch die Breite und Vielfältigkeit der gefühlsregulierenden Wirkung bei gleichzeitiger Entfremdung und mangelnder Integration der Sexualität und Emotionalität in die eigene Persönlichkeit eine wichtige Rolle. Psychotherapie muss neben allgemeinen suchttherapeutischen Interventionen vor allem auch bei den besonderen Charakteristika und der Funktionalität dieser medienabhängigen Suchtform ansetzen. Eine besondere Herausforderung stellt unter anderem der Umgang mit den Rückfälle auslösenden, inneren Pornobildern (Kopfkino) dar. Die Arbeit an der Beziehungsfähigkeit und an der Wiederherstellung der partnerschaftlichen Intimität kann zentral sein.



[4] Auf die Argumente und Quellen der Vertreter*innen der Harmlosigkeitshypothese wird in „Fit for Love? Praxisbuch zur Prävention von Internet-Pornografiekonsum" (Freitag, 2015) auf den Seiten 46 bis 51 näher eingegangen.

**Tabea Freitag**

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis, Gründung und Co-Leitung return – Fachstelle Mediensucht in Hannover. Autorin des Buchs „Fit for Love? Praxisbuch zur Prävention von Internet-Pornografiekonsum." Weitere Veröffentlichungen unter www.tabea-freitag.de.

PAST
FUTURE

Markus Plantholz, Barbara Lubisch

# Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde ein Meilenstein geschaffen; die DPtV, die mit ihren Ideenwettbewerben eine wichtige Impulsgeberin für eine Reform war, hat damit eines ihrer großen Ziele erreichen können. Nun hat der 38. Deutsche Psychotherapeutentag am 24. April 2021 die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen. Im Folgenden sollen daher einzelne Fragen zur Umsetzung erörtert werden.

## Aufbau der Weiterbildung nach der MWBO

Durchgesetzt hat sich in der MWBO (wie in der MWBO der Bundesärztekammer) eine gemessen an einer Vollzeitbeschäftigung fünfjährige Dauer der Weiterbildung zum Erwerb einer der drei Gebietsbezeichnungen „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche", „Psychotherapie für Erwachsene" und „Neuropsychologische Psychotherapie". Mit der Berechtigung zur Führung einer Gebietsbezeichnung erwerben Fachpsychotherapeut*innen der ersten beiden Gebietsbezeichnungen mindestens eine Bereichs- oder Zusatzbezeichnung (der Paragrafenteil der MWBO verwendet diese Begriffe gegenwärtig synonym) eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens. Fachpsychotherapeut*innen können zusätzliche Bereichsbezeichnungen erwerben, wobei dies auch berufsbegleitend möglich ist. Die Weiterbildung in einem weiteren Gebiet darf nach § 3 Abs. 2 MWBO gemessen an einer Vollzeittätigkeit allerdings 2 ½ Jahre nicht unterschreiten. Die fünfjährige Gebietsweiterbildung setzt sich aus mindestens 24 Monaten ambulanter Tätigkeit und mindestens 24 Monaten stationärer Tätigkeit zusammen, wobei teilstationäre Einrichtungen (anders noch als in einem ersten Entwurf) richtigerweise zur stationären Tätigkeit rechnen. Die fehlenden 12 Monate können in ambulanter oder stationärer Weiterbildung, aber auch im institutionellen Bereich geleistet werden. Zu diesem gehören unter anderem Einrichtungen der somatischen Rehabilitation, des Justiz- und Maßregelvollzugs, der Suchthilfe, der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie, der Sozialpädiatrie und der Jugendhilfe, der ÖGD sowie psychosoziale Fachberatungsstellen und -dienste. Für die ambulante Tätigkeit werden insbesondere die bisherigen anerkannten Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG a.F. (alte Fassung) in Frage kommen, deren Teilnahmestatus an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 117 Abs. 3b SGB V fortbestehen wird, aber nicht nur: Ebenso ist natürlich die Weiterbildung in einer Praxis möglich.

Die fünfjährige Gebietsweiterbildung führt zum Erwerb einer der drei Gebietsbezeichnungen „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche", „Psychotherapie für Erwachsene" und „Neuropsychologische Psychotherapie".

Die MWBO der BPtK ist kein normativ verbindliches Recht. Die Regelung der Weiterbildung obliegt der Kompetenz der Bundesländer und in diesem durch die Heilberufekammergesetze der Länder vorgegebenen Rahmen den jeweiligen Psychotherapeutenkammern (PtK). Verbindliches Satzungsrecht wird daher erst durch einen Beschluss der satzungsgebenden Versammlung der einzelnen PtK geschaffen.

Nach § 9 Abs. 2 MWBO erfolgt die Weiterbildung in Hauptberuflichkeit; die MWBO definiert dies als eine entgeltliche Tätigkeit, die den überwiegenden Teil der Arbeitszeit beansprucht.

### Zeiteinteilung während der Weiterbildung – Flexibilisierung erwünscht

Nach § 9 Abs. 2 MWBO erfolgt die Weiterbildung in Hauptberuflichkeit; die MWBO definiert dies als eine entgeltliche Tätigkeit, die den überwiegenden Teil der Arbeitszeit beansprucht. Dabei zählen die Teilnahme an Theorieanteilen, die für die Weiterbildung notwendige Selbsterfahrung und Supervision zu der Arbeitszeit der Weiterbildung. Maßstab für den Begriff „überwiegend" sind also nicht alleine abrechnungsfähige Leistungen. Die Anforderung, dass es sich um eine entgeltliche Tätigkeit handelt, führt dazu, dass eine Tätigkeit mit einem Gaststatus nicht anerkannt werden kann; diese bereits aus den ärztlichen WBOen bekannte Konstruktion verhindert die Aushöhlung einer angemessenen Entlohnung der an der Weiterbildung Teilnehmenden. Nach § 9 Abs. 3 ist die Weiterbildung in einem Gebiet – also Psychotherapie für Erwachsene, Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und Neuropsychologische Psychotherapie – auch in Teilzeit möglich, wenn sie die hauptberufliche Tätigkeit darstellt. Dabei muss die Tätigkeit in der stationären und institutionellen Weiterbildung mindestens die Hälfte der üblichen Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit betragen. In der ambulanten Weiterbildung muss jede einzelne Teilzeittätigkeit mindestens ein Viertel der üblichen Wochenstunden einer Vollzeittätigkeit betragen. Speziell für die ambulante Tätigkeit wird damit ein hohes Maß an Flexibilität erreicht. Das ist zu begrüßen; sehr zu hoffen ist, dass eine entsprechende Umsetzung in verbindliches Satzungsrecht der einzelnen Psychotherapeutenkammern auch unbeanstandet bleibt. Da die Gebietsbezeichnungen statusbildend sind, ist seit der Facharztentscheidung des Bundesverfassungsgerichts (v. 09.05.1972, Az. 1 BvR 518/62) anerkannt, dass die wesentlichen Rahmenvorgaben für die Weiterbildung durch parlamentarische Gesetze der Bundesländer geschaffen werden müssen. Daher enthalten die Heilberufe(kammer)gesetze der Länder auch Regelungen zur Weiterbildung – und diese sind hinsichtlich ihrer Flexibilität durchaus nicht einheitlich. Allen Gesetzen ist gemein, dass die Weiterbildung in Teilzeit geleistet werden kann, wenn Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen; vielfach wird dabei aber mindestens eine Halbtagstätigkeit vorausgesetzt. Einzelne Gesetze enthalten eine Bestimmung, nach der eine Weiterbildung in Teilzeit mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit voraussetzt (z. B. § 35 Abs. 4 Satz 3 Heilberufekammergesetz Schleswig-Holstein). Wiederum andere Gesetze verlangen für die Weiterbildung in Teilzeit einen Rechtfertigungsgrund (vgl. sehr restriktiv z. B. § 36 Abs. 5 Satz 1 Heilberufekammergesetz Nordrhein-Westfalen: Eine Weiterbildung kann „in persönlich begründeten Fällen" in Teilzeit abgeleistet werden).

Anders als die bisherige Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach dem PsychThG a. F. sieht die MWBO keine bestimmte Abfolge der Weiterbildungsabschnitte vor. Das ist auch gut so. Denn es wird ein Maximum an Flexibilisierung ohne Gefährdung der Qualität der Weiterbildung brauchen, um in ausreichender Zahl Weiterbildungsplätze zu schaffen. Folglich muss auch die bisher für die Abrechnung durch die Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG a. F. enthaltene Vorgabe der Psychotherapie-Vereinbarung künftig entfallen, dass die von diesen Instituten abgerechneten Leistungen durch die Ausbildungsteilnehmenden frühestens nach Absolvierung der Hälfte der entsprechenden Ausbildung durchgeführt werden. Es ist also möglich, die Weiterbildung zum Beispiel im institutionellen oder ambulanten Bereich zu beginnen. Die MWBO sieht auch vor, dass die Weiterbildung bis zu einem Jahr in einem anderen Gebiet durchgeführt werden kann, was gebietsübergreifenden Kompetenzerwerb fördert und ebenfalls der Flexibilität dient.

### Erwerb mehrerer Bereichsbezeichnungen

Während der Abschnitt B der MWBO (Gebiete) erstellt ist, sind die Abschnitte C (Psychotherapieverfahren in den Gebieten) und D (Bereiche) noch „im Werden" begriffen. Dabei stellt sich weiterhin die Frage, ob im Rahmen der fünfjährigen Gebietsweiterbildung der Erwerb von zwei Zusatz- beziehungsweise Bereichsbezeichnungen für zwei Verfahren erworben werden können soll. Eine integrierte Weiterbildung für zwei unterschiedliche Richtlinienverfahren ist – unabhängig von der fachlichen Frage nach dem „common trunk" der Verfahren – jedenfalls rechtlich im Rahmen des Erwerbs der Gebietsbezeichnung möglich; hiervon ausgenommen ist die als Gebiet ausgestaltete Neuropsychologische Psychotherapie. Bei einer Gebietsweiterbildung von fünf Jahren gäbe es mehrere mögliche Ansätze, wie zusätzliche Weiterbildungsinhalte in einem zweiten Verfahren in dieser Zeitspanne „untergebracht" werden können. Denkbar wäre etwa, das fünfte Jahr der Weiterbildung für einen weiteren einjährigen ambulanten Weiterbildungsabschnitt zu nutzen, sodass sich die Weiterbildung in drei Jahre ambulanter und zwei Jahre stationärer Weiterbildungsabschnitte aufteilt. In diesem fünften Jahr könnte dann die Vertiefung in einem weiteren Richtlinienverfahren (auch mit dem Ziel des Erwerbs der Voraussetzungen für eine weitere sozialversicherungsrechtliche Abrechnungsgenehmigung nach der PTh-V) erfolgen beziehungsweise begonnen werden. Es bleibt abzuwarten, welche Regelungen Abschnitt C dazu am Ende vorsehen wird.

**Folgen des Führens einer Gebietsbezeichnung**

Im Vorfeld des Beschlusses des 38. DPT war Gegenstand der Diskussion unter anderem, ob die Gebiete „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche" und „Psychotherapie für Erwachsene" in derselben Weise abgegrenzt werden sollen wie bisher die Ausbildungen zu Psychologischen Psychotherapeut*innen beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Teilweise gab es Forderungen, dem Behandlungsbedarf bei verzögerter Adoleszenz zum Beispiel bis zum Alter von 24 oder 27 Jahren Rechnung zu tragen. Abschnitt B MWBO definiert nun das Gebiet „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche" als kurative, präventive und rehabilitative Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – wie bisher – im Transitionsalter bis 21 Jahre mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Einbezug von Bezugspersonen. Zur Fortsetzung begonnener Therapien können (ebenfalls wie bisher) auch ältere Patient*innen behandelt werden. Dies gilt aber auch – und das unterscheidet die Rechtslage nach der MWBO von der nach § 1 Abs. 2 PsychThG a. F. – bei einer entsprechenden Indikation etwa der verzögerten Adoleszenz. Mit Blick auf die Rechtsprechung ist dies auch konsequent.

Die Approbation entfaltet erst einmal eine ungeteilte Wirkung, das heißt eine approbierte Psychotherapeut*in kann alle Altersgruppen behandeln und sich dabei aller Verfahren und Methoden bedienen. Wer dann jedoch eine Gebietsbezeichnung führt, geht damit grundsätzlich auch die Verpflichtung ein, die durch die Gebietsdefinition bestimmten Grenzen für die Ausübung der fachpsychotherapeutischen Tätigkeit einzuhalten. Das entspricht der Rechtsprechung und ist ausdrücklich in § 4 Abs. 3 MWBO geregelt. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) allerdings hat sich mehrfach mit den Gebietsgrenzen befasst. In einem Beschluss vom 16.07.2004 (Az. 1 BvR 1127/01) hat es ausgeführt, es sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass das BSG zur Abgrenzung abrechnungsfähiger ärztlicher Leistungen auf die für das jeweilige Fachgebiet in der WBO genannten Inhalte und Ziele der Weiterbildung und die dort genannten Bereiche abstelle, in denen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden müssen. Das betraf aber die Frage der Begrenzung der Abrechnungsbefugnis im SGB V auf weiterbildungsrechtlich hergeleitete Gebietsgrenzen und damit das Sozialversicherungsrecht. Berufsrechtlich interessant ist die Entscheidung des BVerfG vom 01.02.2011 (Az. 1 BvR 2383/10). Hintergrund war, dass § 31 Abs. 3 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe normierte, dass ein Arzt, der eine Facharztbezeichnung führt, ebenfalls grundsätzlich nur in diesem Gebiet tätig werden darf. Dazu führte das BVerfG aus, dass inhaltliche Einwände gegen die Regelung, grundsätzlich nur in dem Gebiet der Gebietsbezeichnung tätig zu werden, nicht gegeben seien. Eine weitergehende Annahme, der Facharzt verstoße unabhängig vom Umfang einer gebietsfremden Tätigkeit gegen das durch § 31 Abs. 3 HmbKGH aufgestellte Gebot, sei jedoch mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unvereinbar, sofern er nur „systematisch" gebietsüberschreitend tätig werde. Konkret entschied das BVerfG, „dass das Verbot der Betätigung außerhalb des Fachgebiets, da es die Berufstätigkeit des Arztes empfindlich einschränkt, den verfassungsrechtlichen Anforderungen nur gerecht wird, wenn es lediglich als allgemeine Richtlinie, die Ausnahmen vorsieht, gilt, und keine zu enge Auslegung stattfindet". Der Patientenschutz erfordere „es nicht, einem bestimmten Fachgebiet zugeordnete Behandlungen nur durch Ärzte dieses Fachgebiets durchführen zu lassen", solange dieser Anteil geringfügig (im konkreten Fall: unter 5 %) sei. Soweit also kein ausdrückliches Behandlungsverbot von Patient*innen nach Vollendung des 21. Lebensjahres angeordnet ist, ist ihre gelegentliche Behandlung denkbar, und zwar selbst dann, wenn sie nicht mit den Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfolgt. Diese Rechtsprechung lässt aber die sozialversicherungsrechtlichen Abrechnungsbegrenzungen unberührt (vgl. BSG, Beschluss v. 28.10.2015, Az.: B 6 KA 12/15 B), ist also nicht auf das SGB V übertragbar.

Abschnitt B MWBO definiert nun das Gebiet „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche" als kurative, präventive und rehabilitative Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – wie bisher – im Transitionsalter bis 21 Jahre mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Einbezug von Bezugspersonen.

**Durchführung der ambulanten Weiterbildung in einer Praxis**

Die Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung der von der PtK befugten Psychotherapeut*innen in zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt. Wer die Weiterbildung durchführen möchte, benötigt also eine entsprechende Weiterbildungsbefugnis. Nach § 11 MWBO können für die Weiterbildung Kammermitglieder befugt werden, die selbst die Bezeichnung der entsprechenden Weiterbildung erworben haben, nach der Anerkennung als Fachpsychotherapeut*in mindestens fünf Jahre tätig waren, davon zwei Jahre in dem Versorgungsbereich, für den sie die Befugnis anstreben, sowie fachlich und persönlich geeignet sind. In einem Übergangszeitraum von zehn Jahren können bei entsprechender Eignung auch Kammermitglieder befugt werden, die nach der Anerkennung als Fachpsychotherapeut*in mindestens drei Jahre tätig waren. Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im Sinne des § 1 PsychThG a. F. sind hinsichtlich dieser Voraussetzungen gleichgestellt. Wer in eigener (privater) Praxis Psychotherapeut*innen in Weiterbildung beschäftigen will, benötigt ausschließlich diese Weiterbildungsbefugnis, die bei Erfüllung der Voraussetzungen befristet für sieben Jahre erteilt wird. Wer hingegen im Rahmen einer Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ als Gesellschafter*in oder angestellte Psychotherapeut*innen die Weiterbildung auch im Rahmen der Behandlung gesetzlich Versicherter verantwortet, braucht zusätzlich eine Assistenzgenehmigung nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV Satz 5 – 7 Ärzte-ZV der KV (nicht des Zulassungsausschusses). Wer nur mit hälftigem Versorgungsauftrag zugelassen ist, kann auch nur eine*n Weiterbildungsteilnehmende*n mit entsprechendem Teilzeitarbeitsverhältnis beschäftigen.

Die Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung der von der PtK befugten Psychotherapeut*innen in zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt. Wer die Weiterbildung durchführen möchte, benötigt also eine entsprechende Weiterbildungsbefugnis.

**Achtung:** Die Ärzte-ZV hat Stolperfallen, auf die nicht oft genug hingewiesen werden kann. Es entspricht ständiger Rechtsprechung des BSG und ist auch in § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV ausdrücklich so bestimmt, dass es einer vorherigen Genehmigung vor Beginn der Leitungserbringung bedarf. Diese ist naturgemäß zu befristen, weil die Weiterbildungsbefugnis und der ambulante Weiterbildungsabschnitt auch nur zeitlich begrenzt reichen. Aus eben diesem Grund liegt arbeitsrechtlich auch stets ein Sachgrund für eine Befristung des Arbeitsverhältnisses (dazu unten) vor. Weil die Genehmigung nach § 32 Ärzte-ZV eine sogenannte statusbegründende Genehmigung ist, die die Leistungserbringung im System der GKV überhaupt erst ermöglicht, ist die Rechtsprechung „beinhart": Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich, und zwar auch nicht auf den Zeitpunkt des vollständigen Antragseingangs bei der KV; vielmehr sollen sie immer nur mit Wirkung für die Zukunft erteilt werden können. Wird also vergessen, eine entsprechende Genehmigung einzuholen, erfolgt konsequent eine Neufestsetzung des Honorars, wobei die KV Schätzermessen hat, welche Anteile von der nicht genehmigten Teilnehmenden an der Weiterbildung erbracht wurden (das heißt entsprechende Honoraranteile werden von der KV zurückgefordert). Entsprechend verhält es sich, wenn eine befristet genehmigte Weiterbildung fortgeführt wird, etwa weil „unterwegs" von einer Vollzeit- auf eine Teilzeittätigkeit umgestellt wird. Es darf daher wirklich niemals der rechtzeitige vorangehende Antrag vergessen werden.

Trägergesellschaften von Praxisgemeinschaften können keine Weiterbildungsteilnehmenden beschäftigen; dies ist immer nur in der jeweiligen Praxis denkbar. Dies ergibt sich aus § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Eindeutig ist hingegen, dass Trägergesellschaften von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) Weiterbildungsteilnehmende anstellen dürfen. Dabei sind die arbeitsrechtliche und die vertragsarztrechtliche Situation zu unterscheiden. Wenn und soweit nicht alle Mitgesellschafter*innen der BAG die Befugnis zur Weiterbildung haben, wird die Genehmigung nach § 32 Ärzte-ZV gewöhnlich ad personam an die jeweiligen Gesellschafter*innen (oder Angestellten) mit Befugnis erteilt; die Leistungen werden dann unter der LANR der Weiterbildungsbefugten abgerechnet. Davon unabhängig ist die Gewinnverteilung in der BAG, und das Anstellungsverhältnis besteht normalerweise zur Gesellschaft als Trägerin der BAG.

Von einem verpflichtenden Weiterbildungsverbund aus den bisher nach § 6 anerkannten Ausbildungsstätten und künftigen Weiterbildungsinstituten einerseits sowie den Praxen, Krankenhäusern und Trägern der institutionellen Weiterbildung auf der anderen Seite sieht die MWBO ab. Es ist möglich, aber rechtlich nicht verpflichtend, dass die Weiterbildung durchgehend von einem Institut begleitet wird. Eine rechtliche Verpflichtung wäre (nur) haltbar, wenn die Notwendigkeit einer solchen verpflichtenden Begleitung dargelegt würde; zudem müsste die Finanzierung geklärt werden, denn die Kosten könnten nicht den Teilnehmenden an der Weiterbildung auferlegt werden.

Weiterbildungsbefugte können – so § 11 Abs. 6 MWBO – im Rahmen der unter ihrer Leitung durchgeführten Weiterbildung für einzelne Weiterbildungsinhalte externe Dozent*innen und Supervisor*innen hinzuziehen. Selbsterfahrungsleiter*innen müssen hinzugezogen werden. Die Hinzuziehung von Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen ist bei der Kammer zu beantragen und von dieser zu genehmigen. Die hinzuzuziehende Supervisor*in/Selbsterfahrungsleiter*in muss mindestens fünf Jahre im entsprechenden Bereich beziehungsweise Gebiet tätig gewesen und approbiert sein. Zudem muss sie fachlich und persönlich geeignet sein. Zu Selbsterfahrungsleiter*innen darf kein dienstliches Abhängigkeitsverhältnis bestehen. Dies alles leuchtet unmittelbar ein. Nicht Aufgabe der MWBO ist es, Aussagen zur Finanzierung zu treffen. Auftraggeber*innen der Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen sind nicht die an der Weiterbildung teilnehmenden Psychotherapeut*innen; da es Aufgabe der Weiterbildungsbefugten ist, für die notwendige Supervision und Selbsterfahrung zu sorgen, sind sie (beziehungsweise deren Gesellschaften oder, sofern die Weiterbildungsbefugten selbst angestellt sind, ihre Arbeitgeber) die Auftraggeber und gehen also das entsprechende Vertragsverhältnis mit den Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen ein. Die Teilnehmenden an der Weiterbildung selbst befinden sich in einem abhängigen sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnis und können daher nicht mit diesen Kosten belastet werden. Nicht nur, aber unter anderem deshalb ist für ein ausreichendes Maß an Weiterbildungsplätzen ganz entscheidend, ob die Refinanzierung der Weiterbildungskosten gelingen kann.

Eine Regelung in Arbeitsverträgen mit Weiterbildungsteilnehmenden, welche die Weitergabe von 40 % der Vergütung der jeweils persönlich erbrachten Leistungen der Weiterbildungsteilnehmenden vorsieht (wie es heute für die Institute gesetzlich vorgesehen ist), aber die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ausschließt, ist rechtswidrig.

**Sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auch im ambulanten Bereich**

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist (abermals) 2016 in einer Abstimmung mit den anderen Sozialversicherungsträgern zur Erkenntnis gelangt, dass die Tätigkeit der Ausbildungsteilnehmenden an den Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG a. F. keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung darstellt. Das ändert sich jedoch automatisch, wenn ein Vertrag über die Weiterbildung geschlossen wird. Verträge mit Weiterbildungsteilnehmenden stellen unstreitig stets sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse dar. Eindeutig sind auf Weiterbildungsverhältnisse auch die Bestimmungen des Arbeitsrechts anzuwenden. Dem Gesetzgeber stand dies auch vor Augen, denn mit Art. 3 des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 hat er ausdrücklich geregelt, dass das Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzt*innen in Weiterbildung angepasst wird, sodass es „auch für die Beschäftigung eines Psychotherapeuten im Rahmen einer zeitlich und inhaltlich strukturierten Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten" anwendbar wird. Ist Arbeitsrecht anwendbar, hat dies vor allem folgende Konsequenzen: Es gilt das Lohnfortzahlungsprinzip. Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall richtet sich nach § 4 EFZG. Sofern die Arbeitsverträge so gestaltet werden, dass ein Grundgehalt und ein von der erwirtschafteten Leistungsvergütung abhängiger Bonus gezahlt werden, umfasst die Entgeltfortzahlung auch die Boni als „regelmäßiges Arbeitsentgelt". Daraus folgt: eine Regelung in Arbeitsverträgen mit Weiterbildungsteilnehmenden, welche die Weitergabe von 40 % der Vergütung der jeweils persönlich erbrachten Leistungen der Weiterbildungsteilnehmenden vorsieht (wie es heute für die Institute gesetzlich vorgesehen ist), aber die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ausschließt, ist rechtswidrig. Damit müssen aber auch die Träger der Weiterbildung finanziell in die Lage versetzt werden, rechtmäßige Arbeitsverträge zu schließen. Die jetzige Vergütung von Leistungen in Instituten nach § 120 SGB V lässt dies nicht zu; es wird sich also bald etwas ändern müssen. Der Aufteilung zwischen Grundvergütung und von den eigenen Leistungen abhängigen variablen Vergütung der Weiterbildungsteilnehmenden sind Grenzen gesetzt. Eine rein variable, von den eigenen Leistungen abhängige Vergütung ohne Grundvergütung ist im Anstellungsverhältnis nicht zulässig und kann unter Umständen bereits gegen die Mindestlohnbestimmungen verstoßen. Die Entgeltabrede im Arbeitsvertrag darf auch nicht sittenwidrig sein. Das Bundesarbeitsgericht geht von einem auffälligen Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung aus, wenn die Arbeitsvergütung nicht einmal zwei Drittel eines in der betreffenden Branche und Wirtschaftsregion üblicherweise gezahlten Tariflohnes erreicht. Maßgebend ist der Vergleich mit der tariflichen Stunden- oder Monatsvergütung ohne Zulagen und Zuschläge, wobei auch die besonderen Umstände des Falles zu berücksichtigen sind. Eine bei Abschluss des Arbeitsvertrags danach nicht zu beanstandende Vergütung kann durch die Entwicklung des Tariflohns wucherisch werden (BAG, Urteil vom 22.04.2009 – 5 AZR 436/08 – ständige Rechtsprechung). Auch wenn im Einzelfall über die weiteren Voraussetzungen des Lohnwuchers nach § 138 Abs. 2 BGB befunden werden muss, versteht sich, dass entsprechende Löhne – und darüber hinaus nach Möglichkeit auch Tariflöhne – refinanzierbar sein müssen.

Verträge mit Weiterbildungsteilnehmenden stellen unstreitig stets sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse dar.

**Zur weiteren Umsetzung und Refinanzierung im Sozialversicherungsrecht**

Die Rechtsprechung geht von einer grundsätzlichen Bindung an weiterbildungsrechtlich anerkannte Qualifikationsnachweise und das daraus abgeleitete Grundrecht von Psychotherapeut*innen mit abgeschlossener Weiterbildung aus Art. 12 GG auf freie Berufsausübung in dem betreffenden Gebiet aus (z. B. BSG, Urt. v. 27.11.2014, Az. B 3 KR 1/13 R). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Weiterbildungsabschluss mit der vorangehenden Ausbildung eine insgesamt zehnjährige psychotherapeutisch ausgerichtete Aus- und Weiterbildung erfordert; die Verweigerung einer auf dieser Grundlage erworbenen Qualifikation käme einem Eingriff in die Berufswahl gleich. Daraus folgt dann zunächst, dass die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister und damit die Zulassungsvoraussetzung ohne weitere Prüfungskompetenz der KVen damit erlangt ist, dass eine Psychotherapeut*in eine Gebietsbezeichnung zu führen berechtigt ist. Dies entspricht § 95c Abs. 1 SGB V. Die Psychotherapie-Vereinbarung ist dergestalt anzupassen, dass die Abrechnungsberechtigung in einem Richtlinienverfahren dann zu erteilen ist, wenn eine sich auf dieses Verfahren erstreckende weiterbildungsrechtlich anerkannte Bereichsbezeichnung geführt werden darf. Dieser Teil der Umsetzung ist also vergleichsweise klar.

Noch breiter zu erörtern ist die Frage, ob die jetzigen Regelungen die Refinanzierung der Weiterbildung tragen; ist dies nicht der Fall, droht perspektivisch ein Sicherstellungsproblem.

Noch breiter zu erörtern ist die Frage, ob die jetzigen Regelungen die Refinanzierung der Weiterbildung tragen; ist dies nicht der Fall, droht perspektivisch ein Sicherstellungsproblem. Eine – zugegeben holzschnittartig vergröberte – Überschlagsrechnung zeigt das Problem für den ambulanten Bereich: Geht man von einer Vergütung nach Gruppe E 14, Stufe I des TV-L aus, beträgt der Brutto-Arbeitgeberaufwand unter Einschluss der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung für eine Vollzeittätigkeit circa 64.000 Euro pro Jahr. Hinzu treten jetzt die Kosten für externe Dozent*innen, Supervisor*innen und für Selbsterfahrungsleiter*innen sowie die Sachkosten der Beschäftigung. Es verträgt sich mit dem Zweck der Weiterbildung nicht, wenn zum Beispiel eine Praxisinhaberin und eine Weiterbildungsteilnehmende zeitlich versetzt in einem Schichtkonzept tätig werden; also wird es auch nicht möglich sein, sich einen Therapieraum zu teilen. Es wird auch zusätzliche Logistik wie weitere Hardware, Softwarelizenzen und so weiter brauchen. Geht man einmal ganz moderat von einem Kostenaufwand von insgesamt 90.000 Euro pro Jahr aus (dabei mag der Aufwand an Sachkosten auch höher sein, und ein fiktiver Lohn für die Übernahme der Anleitung in der Weiterbildung durch die Praxisinhaber*in ist ebenfalls nicht eingerechnet), dann bräuchte es bei einem Orientierungspunktwert von derzeit 11,1244 Cent circa 809.000 Punkte pro Jahr, die die Weiterbildungsteilnehmende erwirtschaftet.

**Dr. Markus Plantholz**

Justiziar der DPtV, seit 1996 Rechtsanwalt in der Kanzlei DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater, Fachanwalt für Medizinrecht und ausschließlich mit dem Recht der Leistungserbringer im Gesundheitswesen befasst, er ist Mitherausgeber und Autor vieler Publikationen im Gesundheitsrecht.

**Barbara Lubisch**

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen, stellv. Bundesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und der VV der KBV, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.

Für sich gesehen mag dies machbar sein. Aber: § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV bestimmt, dass die Beschäftigung weder der Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis noch deren Ausweitung dienen darf. Das BSG hat zwar gesehen, dass die Beschäftigung von Weiterbildungsteilnehmenden immer mit einem gewissen Zuwachs verbunden sein muss und billigt deshalb einen Fallzahlzuwachs von circa 25 %, ohne dass daraus ein Verstoß gegen die Ärzte-ZV hergeleitet werden darf (BSG, Urt. v. 17.03.2010 – B 6 KA 13/09 R). Wenn im Beispiel 809.000 Punkte aber ein Wachstum von höchstens 25 % darstellen dürfen, hieße dies, dass die weiterbildungsbefugte Praxisinhaberin vorher 3.236.000 Punkte erzielt haben müsste. Das ist dann ungefähr das doppelte der Maximalauslastungshypothese einer vollen Zulassung. Es geht hier nicht darum, eine möglichst präzise Rechnung aufzumachen, sondern um die Verdeutlichung: Angesichts der jetzigen Konzeption der Ärzte-ZV wäre es praktisch unmöglich, eine Vollzeitstelle für die Weiterbildung in einer Praxis mit nur einer Weiterbildungsbefugten zu schaffen. Denkbar wären schon rein rechnerisch nur – die im ambulanten Bereich nach der MWBO immerhin möglichen – Stellen mit einem Umfang von ein Viertel oder aber die Beschäftigung in Praxen mit mehreren Weiterbildungsbefugten. Dieses Problem wird man angehen müssen, um für eine ausreichende Zahl von Weiterbildungsplätzen zu sorgen.

Handlungsbedarf besteht ebenso im Rahmen des § 117 Abs. 3c SGB V, der die aus den bisherigen Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG hervorgehenden Weiterbildungsinstitute betrifft. Der Gesetzgeber hat dem bislang aber nicht Rechnung getragen, sondern sowohl nach Art. 2 des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung als auch in der durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung modifizierten Fassung des § 117 Abs. 3c SGB V Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmende einfach gleichgesetzt. Wie gezeigt setzt aber mit der Umstellung von Aus- auf Weiterbildung ein Paradigmenwechsel ein, weil Sozialversicherungspflicht besteht und das Arbeitsrecht anwendbar wird. Es gibt zwei grundlegende Ansätze, wie das Problem geregelt werden kann, nämlich durch eine andere Leistungsvergütung oder durch Förderung. Die DPtV hat bereits vor geraumer Zeit ein Konzept zur Regelung einer Förderung vorgelegt („Diskussion zur normativen Verankerung der Finanzierung der Weiterbildung nach dem PsychThGAusbRefG", https://tinyurl.com/83aattew). Zu diesem Teil der Umsetzung steht jedoch noch viel Arbeit bevor.

CGM SOUL
Informationssystem für Psychotherapeuten

CGM SOUL:
GKV-konforme Praxissoftware für Psychotherapeuten
Jetzt 30 Tage kostenlos testen:
**cgm.com**/soul-demo

Unsere Praxissoftware CGM SOUL wird allen Ansprüchen Ihres psychotherapeutischen Alltags gerecht. Mit ihr können Sie neben Privat- auch GKV-Leistungen abrechnen. Profitieren Sie bei der Behandlung Ihrer gesetzlich versicherten Patienten von der übersichtlichen Darstellung und automatischen Aktualisierung aller Therapiedaten. CGM SOUL unterstützt Sie dabei zusätzlich durch Ausfüllhilfen, Erinnerungsfunktionen und automatische Prüfungen. Informieren Sie sich gleich weiter über die vielfältigen Funktionen unserer Praxissoftware von Psychotherapeuten für Psychotherapeuten.

CGMCOM-11999_SOL_0721_RRH

CGM CompuGroup Medical

Lea Dohm

# Corona und Klima – Psychotherapeut*innen im Wandel

Bei der Klimakrise können alle etwas tun. Als Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen stehen wir dabei in mehrfacher Hinsicht in besonderer Verantwortung.

Umweltthemen sind zugleich Gesundheitsthemen, und die Klimakrise ist auch eine Gesundheitskrise. Der Zusammenhang zwischen Klimakrise und einer Zunahme psychischer Erkrankungen und sozialer Verwerfungen (wiederum mit Auswirkungen auf die psychische Gesundheit) ist empirisch bestens belegt und darf auch von unserem der Neutralität verpflichteten Berufsstand deutlich kommuniziert werden. So beschrieb zum Beispiel die American Psychological Association in ihrer lesenswerten und kostenfreien Broschüre „Mental Health and our Changing Climate" bereits 2017 konkrete Handlungsmöglichkeiten und Betätigungsfelder für Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen mit Blick auf die Klimakrise.

Umweltthemen sind zugleich Gesundheitsthemen, und die Klimakrise ist auch eine Gesundheitskrise.

In Europa sind es die Kolleg*innen der Psychologists / Psychotherapists for Future (Psy4F), die mit ihrem Wissen und ihren Fähigkeiten in der Klimabewegung wirksam sind. In ihrer Freizeit verbreiten sie online und offline ihre Kenntnisse zu den psychologischen Mechanismen der Klimakrise, erfolgreicher Krisenkommunikation oder warum eine affektive Reaktion auf eine derartige Bedrohung zunächst als gesund und normal gewertet werden kann. Sie haben eine ehrenamtliche Beratungsmöglichkeit für Klimaengagierte installiert und bringen sich mit ihrer Expertise in anderen Klimagruppen vor Ort ein. Ohne die Psy4F würde es diesen Artikel hier wohl nicht geben.

Die Psychologists / Psychotherapists for Future suchen dringend nach weiterer kollegialer Unterstützung und möchten Sie, als Leser*in darum bitten, sich diesem wichtigen Einsatz anzuschließen. Denn das Tückische ist: Wie bei der Corona-Pandemie haben wir es auch in Klimafragen wieder mit dem Präventionsparadoxon zu tun. So wie wir heute die Auswirkungen von Corona-Schutzmaßnahmen auf die Infektionszahlen erst circa zwei Wochen später beobachten können, gleicht unser derzeitiger Lebensstil einem „alten Tanker", der einen klaren Kurs in Richtung drei bis vier Grad Celsius Erderhitzung ansteuert. Eine Kehrtwende braucht entschlossenes Handeln und den schnellstmöglichen Verzicht auf fossile Energiequellen. Im Hinblick auf die Kipppunkte des Erdsystems haben wir ein Zeitfenster von nur wenigen Jahren – deshalb stehen wir unter existenziellem Zeitdruck und eine zu träge Wende hätte fatale Folgen. Obwohl die gesellschaftlichen Entwicklungen bereits in die richtige Richtung gehen, haben wir ein ausgewachsenes Geschwindigkeitsproblem.

Die Ziele des – übrigens völkerrechtlich verbindlichen – Pariser Klimaschutzabkommens müssen deshalb eingehalten werden.

Drei Grad Erderhitzung bedeuten Dürren und Hungersnöte, von denen Milliarden (!) Menschen betroffen sein werden. Auch hier in Deutschland würde das Leben, das wir heute führen, mit einer drei Grad wärmeren Welt nicht mehr vergleichbar sein. Jedes Zehntelgrad an Erhitzung, das wir heute verhindern können, ist wichtig und rettet Menschenleben. So wie die Wissenschaftler*innen der Leopoldina im Dezember 2020 empfahlen, „die Feiertage und den Jahreswechsel für einen harten Lockdown (zu) nutzen" (Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 8. Dezember 2020) und wir nun die Auswirkungen unseres Verhaltens kennen, wird es uns bei der Klimakrise in zehn bis 20 Jahren gehen. Die Folgen jedoch werden die Grundlagen unserer Zivilisation in Frage stellen und unumkehrbar sein.

Die Ziele des – übrigens völkerrechtlich verbindlichen – Pariser Klimaschutzabkommens müssen deshalb eingehalten werden. Dieser grundsätzlichen Überzeugung schließen sich die Psy4F gemeinsam mit den Fridays / Parents / Students for Future und 26.800 Wissenschaftler*innen der Scientists for Future nachdrücklich an. Bereits im März 2019 schrieben diese Wissenschaftler*innen in ihrer Stellungnahme zu den wachsenden Klimaprotesten von Kindern und Jugendlichen:

> „Diese Anliegen sind berechtigt und gut begründet. Die derzeitigen Maßnahmen zum Klima-, Arten-, Wald-, Meeres- und Bodenschutz reichen bei weitem nicht aus. (…)
> Als Menschen, die mit wissenschaftlichem Arbeiten vertraut sind und denen die derzeitigen Entwicklungen große Sorgen bereiten, sehen wir es als unsere gesellschaftliche Verantwortung an, auf die Folgen unzureichenden Handelns hinzuweisen. (…) Ihnen (den jungen Menschen) gebührt unsere Achtung und unsere volle Unterstützung."
> (Scientists for Future, 2019)

Krisen können als Höhe- und Wendepunkte von sich zuspitzenden, gefährlichen Entwicklungen verstanden werden. Sie bedürfen einer Reaktion, einer Bearbeitung und schließlich einer Neuorientierung unseres Denkens und Handelns. Zum Wesen der Krisenbewältigung gehört es, dass die Gegenreaktion umso größer ausfallen muss, je weiter eine Krise fortgeschritten ist. Der Verlauf der Krise und damit die – oftmals nicht exakt zu bestimmende – verbleibende Reaktionszeit werden dann zum bestimmenden Faktor. Um dies zu verstehen, genügt ein Blick auf das verbleibende $CO_2$-Budget für eine auf 1,5 Grad begrenzte Erderhitzung. Oder auf die exponentielle Logik von Corona-Infektionszahlen.

Aufgabe unserer demokratisch gewählten Politiker*innen ist es daher, vor und während Krisen einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, um erforderliche Maßnahmen zu ermöglichen – und damit auch das Spannungsfeld zwischen Notwendigkeit und Rechtmäßigkeit aufzulösen. Bürger*innenbeteiligung und kluge Krisenkommunikation können dieses Spannungsfeld reduzieren und Frustrationen und Politikverdrossenheit vorbeugen. Gleichwohl kann bei fortschreitender Krise die Notwendigkeit von Maßnahmen hinsichtlich deren Akzeptanz in Ausnahmesituationen gegebenenfalls als vorrangig abzuwägen sein. Für die Corona-Pandemie heißt das beispielsweise: Wenn wir die Zahl der Corona-Toten reduzieren möchten, müssen zum Beispiel unsere Kontakte einschränken, auch wenn es uns schwerfällt.

Krisen können als Höhe- und Wendepunkte von sich zuspitzenden, gefährlichen Entwicklungen verstanden werden. Sie bedürfen einer Reaktion, einer Bearbeitung und schließlich einer Neuorientierung unseres Denkens und Handelns.

Corona hat gezeigt, dass kurzfristige ambitionierte politische Entscheidungen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse möglich und sinnvoll sind. Auch dass das Befolgen von Regeln, die nicht immer Spaß machen, dennoch die Sicherheit von uns allen gewährleisten kann. Bei der Klimakrise geht es um nichts Geringeres als die Zerstörung unserer Lebensgrundlagen und die Wahrung beziehungsweise der Durchsetzung von Grund- und Menschenrechten weltweit. Das Recht auf freien Konsum und grenzenlose Mobilität hat sich dem unterzuordnen.

Es gibt Situationen, in den wir Lenkungsmaßnahmen brauchen, um das Gemeinwohl und damit andere Menschen zu schützen.

Wenn eine reale Gefahr vorliegt, kann nur das tatsächliche Beseitigen der Gefahr die Angst nachhaltig mindern. Doch dazu braucht es gesellschaftliche Rahmenbedingungen, in denen ein nachhaltiges Leben überhaupt möglich ist. Wer schon einmal versucht hat, hierzulande ein $CO_2$-neutrales Leben zu führen, wird dies bestätigen können.

Es gibt Situationen, in den wir Lenkungsmaßnahmen brauchen, um das Gemeinwohl und damit andere Menschen zu schützen: Sei es im Straßenverkehr, bei verpflichtenden Ruhezeiten für Mediziner*innen oder eben dem Verbot, mit Erkältungssymptomen ein Altenwohnheim zu besuchen. Derartige Maßnahmen geben uns allen im Ergebnis mehr Freiheiten, unser Leben nach unseren Wünschen zu gestalten.

Die von der „for Future"-Bewegung geforderten Maßnahmen für einen ambitionierten Klimaschutz begründen sich auf klarer wissenschaftlicher Evidenz und fanden dennoch bisher unzureichende politische Umsetzung. Die Klimakrise ist einmalig in der Geschichte der Menschheit und wir haben nur für einen begrenzten Zeitraum die Chance einzugreifen. Trotz vielfältiger persönlicher Belastungen und einer Corona-Pandemie müssen wir dieses Problem im Blick behalten. Die Klimakrise braucht unser aller Priorität.

Die Klimakrise braucht unser aller Priorität.

Uns Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen kommen wichtige Aufgaben in der nötigen gesellschaftlichen Transformation zu. Als mindestens durch Ausbildung und finanzielle Absicherung privilegierte, heilkundig tätige Berufsgruppe stehen wir in besonderer Verantwortung, Gesundheit zu schützen und nachfolgenden Generationen eine lebenswerte Erde mit intakten Ökosystemen und vorhandenen Ressourcen zu hinterlassen. Dazu ist neben individuellem auch gesellschaftliches Handeln erforderlich.

Unsere Kinder und Enkelkinder werden uns an unserem Umgang mit dieser Krise messen. Über Ihre konkreten Handlungsmöglichkeiten als Mensch und Kolleg*innen können Sie sich jederzeit mit den bereits klimaengagierten Psy4Fs austauschen – oder Ihre eigenen Ideen einbringen und umsetzen. Was wird Ihr Anteil für die Krisenbewältigung sein?

Die Vortragsfolien sowie den Videomitschnitt zum LunchTalk „Corona – Klima – Krise – Konsequenzen?" mit Lea Dohm finden Sie unter https://tinyurl.com/lunchtalk20.

**Lea Dohm**

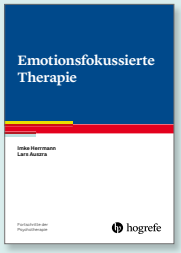
Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Mit-Initiatorin der Psychologists/ Psychotherapists for Future (Psy4F), niedergelassen in eigener Praxis (TP, Gruppe) in Stadthagen.

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

# Unsere Buchtipps

Markus A. Landolt
**Psychotraumatologie des Kindesalters**
Grundlagen, Diagnostik und Interventionen

3., überarbeitete Auflage 2021,
266 Seiten,
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 39.90
ISBN 978-3-8017-2879-3
Auch als eBook erhältlich




Imke Herrmann / Lars Auszra
**Emotionsfokussierte Therapie**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 82)
2021, VI/115 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 26.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,40 (AT) / CHF 21.50)
ISBN 978-3-8017-2897-7
Auch als eBook erhältlich

Nina Dittmer et al.
**Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen**
Ein Therapiemanual

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2021, 90 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM,
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 39.90
ISBN 978-3-8017-2951-6
Auch als eBook erhältlich

Johannes Klein-Heßling / Arnold Lohaus
**Stressprävention-training für Kinder im Grundschulalter**

(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
4., überarbeitete Auflage 2021,
119 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM,
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 39.95
ISBN 978-3-8017-3028-4
Auch als eBook erhältlich

Johanna Thünker / Reinhard Pietrowsky
**Alpträume**
Ein Therapiemanual

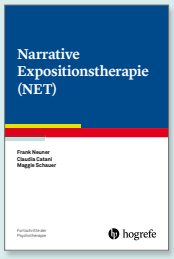
(Reihe: „Therapeutische Praxis“)
2., überarb. und erg. Auflage 2021, 128 Seiten, Großformat,
inkl. Online-Materialien,
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) / CHF 48.50
ISBN 978-3-8017-3106-9
Auch als eBook erhältlich

Petra Zimmermann / Julia Förster / Sophie Reiske (Hrsg.)
**DBT-Sucht**
Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline- und Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)

2021, 285 Seiten,
€ 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) /
CHF 48.50
ISBN 978-3-8017-3021-5
Auch als eBook erhältlich

Nikola M. Stenzel / Anna-Maria de Veer
**Aufbau und Förderung sozialer Kompetenz**

(Reihe: „Standards der Psychotherapie“, Band 1)
2021, ca. 160 Seiten,
€ 24,95 (DE) / € 25,70 (AT) / CHF 35.90
(Im Reihenabonnement
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.90)
ISBN 978-3-8017-2933-2
Auch als eBook erhältlich




Frank Neuner / Claudia Catani / Maggie Schauer
**Narrative Expositionstherapie (NET)**

(Reihe: „Fortschritte der Psychotherapie“, Band 83)
2021, ca. 90 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 28.90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 (DE) / € 16,40 (AT) / CHF 22.90)
ISBN 978-3-8017-3097-0
Auch als eBook erhältlich

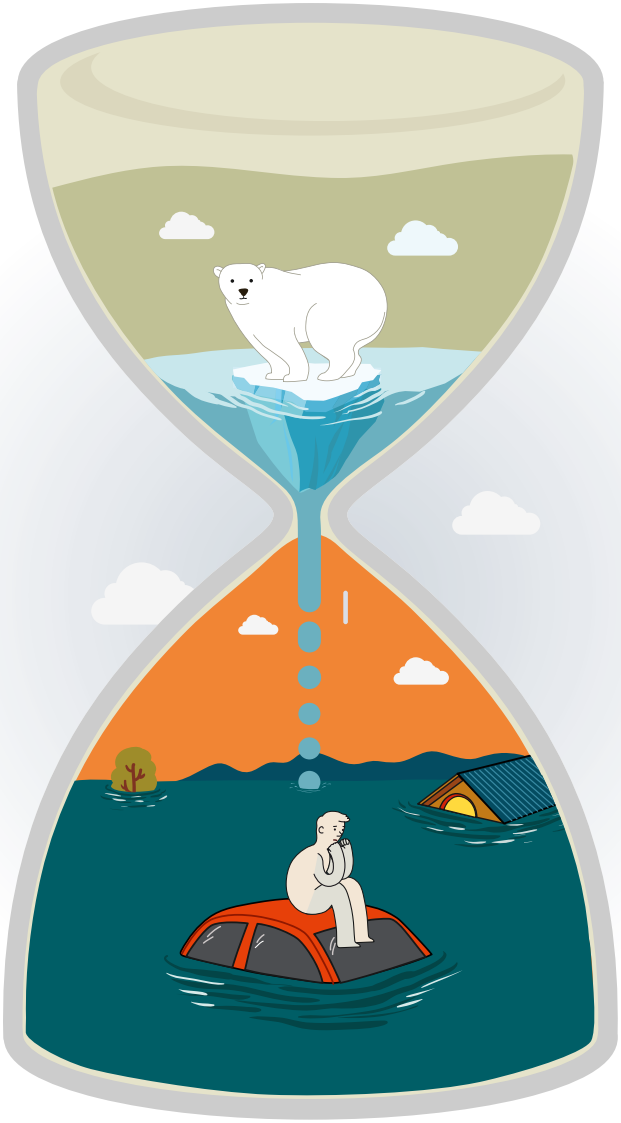
www.hogrefe.com

hogrefe

Steffen Landgraf

# Klimagerechtigkeit und Psychotherapie in Anstellung

Die Klimakrise ist, trotz oder vielleicht gerade wegen Corona, in aller Munde. Die Klimakrise findet regional und global, gleichzeitig und nacheinander statt. Klimapsychologie in unserem täglichen Handeln mitzudenken, erscheint immer noch ungewohnt. Dennoch gibt es viele Möglichkeiten und Wege für den Klimaschutz. Auch durch uns. Auch in Anstellung. Dieser Artikel hier soll einen Überblick über Klimagerechtigkeit in der psychotherapeutischen Arbeit in Institutionen liefern – als Inspiration, zum Drüber-Nachdenken, aber auch tatsächlich als Aufruf zum Handeln!



Schon wieder eine Krise. Oder immer noch? Corona-geplagt wissen wir fast gar nicht mehr, dass es noch andere Krisen gibt. Aber es gibt sie. Und zwar imminent, dringlich und wissenschaftlich belegt. Sie ist menschengemacht und ja, wir haben noch Zeit zum Handeln. Zumindest ist das die derzeitig mehrheitsfähige Meinung. Es gibt auch andere Meinungen, aber die kommen in diesem Beitrag hier eventuell zu kurz.

Apropos zu kurz kommen – es handelt sich um die Klimakrise. Eine Krise, die wir global erleben müssen, weil sie sich nicht an (künstliche) Staatsgrenzen hält. Weil sie auch vor Ideologien oder politischen oder Glaubenssystemen nicht Halt macht. Sie betrifft uns alle. Jeden Tag. Und das schon eine ganze Weile.

Nun tauchen Psychotherapeut*innen (PP/KJP) und Psycholog*innen nicht häufig im Zusammenhang mit globalen Krisen auf. Am wenigsten diejenigen, die in Institutionen arbeiten. Und doch sind genau diese nah dran an Veränderungen, die Institutionen betreffen.

Am 27. Februar 2021 verabschiedete die Delegiertenversammlung der DPtV eine Resolution zum Klima- und Umweltschutz. Daraus ergeben sich auch Möglichkeiten für die Kolleginnen und Kollegen in der psychotherapeutischen Anstellung. Die Entwicklung von Konzepten zum Umweltschutz für Institutionen mit psychotherapeutischer Arbeit ist ein Vorhaben, welches aufzeigt, inwieweit in unserem Gesundheitssystem insgesamt Umweltschutz möglich ist. Darüber hinaus ist es aber auch wichtig, wie man als PP/KJP in Anstellung überhaupt auf Umweltaspekte achten kann.

**Wie und mit wem funktioniert eigentlich Umweltschutz in Institutionen?**

Das Gesundheitssystem ist der größte Arbeitssektor in der Bundesrepublik mit sechs bis sieben Millionen Beschäftigten. Immerhin gehen 5 % aller $CO_2$-Emissionen auf den Gesundheitssektor zurück. Laut dem Health Care Climate Footprint Report (HCWH, 2019) tragen die drei folgenden Bereiche wesentlich zum $CO_2$-Fußabdruck des Gesundheitswesens bei: Energie, Essen und Transport. In allen wichtigen Bereichen müssen wir zeitnah Klimaneutralität erreichen, und so eben auch im Gesundheitssektor.

Medizinische Institutionen weisen einen hohen Energiebedarf im Alltagsbetrieb auf. Bis zu 71 % des $CO_2$ sind auf die Produktion von Verbrauchsgütern zurückzuführen. Aus den Einrichtungen selbst sind es 17 %, indirekte Emissionen über Kauf von Strom, Heizung, Dampf und Kühlung machen immerhin 12 % des $CO_2$-Fußabdrucks aus. Um den ökologischen Fußabdruck zu senken, muss diese Energie erneuerbar sein. Für die Produktion von Konsumgütern gilt zusätzlich, dass für die Wertschöpfungsketten Nachhaltigkeitskriterien eingehalten werden. Denn dadurch würde der ökologische Fußabdruck dramatisch verbessert werden.

In medizinischen Einrichtungen müssen, gesetzlich vorgeschrieben, die Mitarbeiter*innen und Patient*innen mit Essen versorgt werden. Täglich bis zu fünf Mal. Daher ist es wichtig, was es für Essen gibt und auch, wie dieses Essen produziert wird. Hier sind kreative Ideen gefragt. Ein Vorschlag wäre, eine $CO_2$-Kennung für Essensgerichte zu schaffen, bei denen Fleischgerichte mit besonders hohem $CO_2$-Wert zu kennzeichnen wären. Eine weitere Möglichkeit wäre es, ein vegetarisches Essen konsequent als „Menü 1" zu präsentieren und somit zum Standardgericht zu machen. Interessanterweise hat Nachhaltigkeit in Bezug auf Essen nicht nur Einfluss auf den $CO_2$-Haushalt der Klinik, sondern auch durch die Ernährung direkt auf die Gesundheit der Mitarbeiter*innen.

Drei Bereiche tragen wesentlich zum $CO_2$-Fußabdruck des Gesundheitswesens bei: Energie, Essen und Transport. In allen wichtigen Bereichen müssen wir zeitnah Klimaneutralität erreichen.

Transport, als der dritte Faktor, ist ein wesentlicher Bestandteil medizinischer Einrichtungen. Entweder in Bezug auf die Konsumgüter, die Patient*innen, deren Angehörige oder das Personal, also auch die angestellten PP/KJP. Hier ist es wichtig, dass eine Infrastruktur geschaffen wird, die es ermöglicht, möglichst klimaneutral und dennoch zügig und zeitlich unabhängig vor Ort sein zu können. Gerade im institutionellen Bereich steht der persönliche Kontakt zwischen Behandelnden und Behandelten im Mittelpunkt. Mit Blick auf die Psychotherapie und andere medizinische Leistungen wird „der Goldstandard … immer der persönliche Kontakt zum Patienten bleiben." (KBV, 2021). Daher wird auch die Transportfrage immer mit Berücksichtigung finden müssen beim ökologischen Fußabdruck.

Seit Neuestem gibt es in vielen Institutionen ein Klimamanagement. Das ist gesetzlich vorgeschrieben. Und es gäbe auch viele Förderprogramme und Initiativen im Bund und in den Ländern. Den Möglichkeiten, so heißt es, die in Institutionen für den Klimaschutz zur Verfügung stehen, sind dabei kaum Grenzen gesetzt. Exemplarisch sei hier „KLIK green" genannt, eine vom Bundesumweltministerium geförderte Initiative, bei der bundesweit 250 Krankenhäuser und Reha-Kliniken den $CO_2$-Ausstoß verringern wollen. In Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Jena, dem Bund Umwelt Naturschutz Deutschland und der Nationalen Klimaschutzinitiative wird es Einrichtungen ermöglicht, mithilfe von geschulten Klimaschutzmanager*innen den $CO_2$-Ausstoß nicht nur zu verringern, sondern dabei auch Kosten zu sparen. Dabei werden viele verschiedene Themen mit aufgegriffen, wie etwa Gebäude- und Heizungsbau, Elektrotechnik, Abfall, Abwasser, oder die Sanierung älterer Bauten. Das Projekt läuft bis Ende 2022 und soll, wie das Vorgängerprojekt, daran gemessen werden, wie viel $CO_2$-Ausstoß bis dahin vermieden werden konnte.

Gerade beim Klimaschutz auf institutioneller Ebene scheint es dabei wichtig zu sein, dass man sich nicht in Kleinigkeiten verliert. Es gibt viele Details. Keine Frage. Wichtiger wäre aber vielmehr das große Ganze im Blick zu haben und immer wieder die „richtigen Fragen" laut zu äußern: Wie wird die Einhaltung des Pariser Klimaschutzabkommens gewährleistet? Bis wann soll Klimaneutralität vorliegen? Wie sollen diese Ziele erreicht werden? Welche Referenzjahre werden für die Errechnung der $CO_2$-Reduktion herangezogen? Finanzieren die Geldgeber und Banken keine fossilen sondern saubere Energielieferanten? Wie soll gewirtschaftet werden? Soll überhaupt gewirtschaftet werden? Beziehen wir wirklich alle Sektoren mit ein? Und gewährleisten wir sozialen und generationsübergreifend gerechten Klimaschutz? Viele Fragen, die alle dazu beitragen, Klimaschutz in Institutionen gerecht und weitsichtig zu gestalten. Eine echte Herausforderung für uns alle. Denn der Gedanke, diese vielen Baustellen auf eine einzige klimabeauftragte Person pro Institution zu übertragen, ist aufgrund der Größe der nötigen Veränderungen nicht mehr plausibel. Aus psychologischer Sicht sogar überfordernd für diese Person.

**Was wären realistische Klimaschutzmöglichkeiten für PP/KJP in Institutionen?**

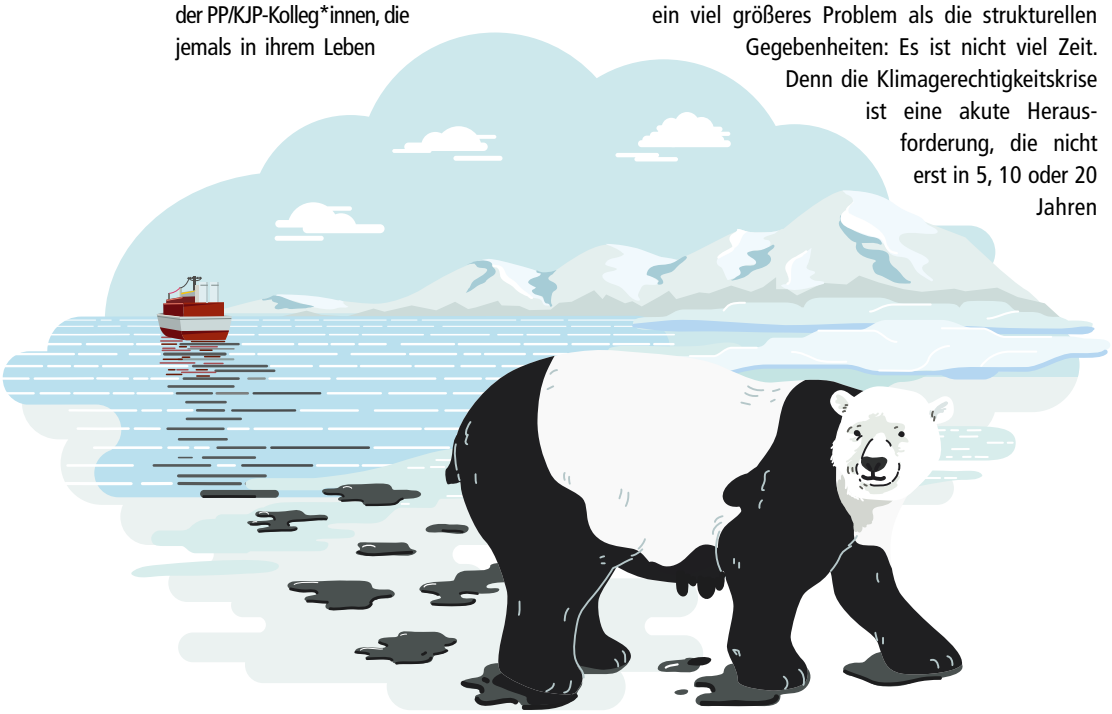
Was wir wissenschaftlich einigermaßen verlässlich wissen, ist, dass die Klimakrise eben nicht nur durch individuelles Verhalten gelöst werden kann. Dass nicht der einzelne Mensch die Krise durch Veränderung der eigenen Verhaltensweisen lösen kann. Sondern es wird immer mehr klar, dass ein Großteil der $CO_2$-Emissionen aufgrund systematischer Faktoren zustande kommt. Also müsste die Frage eher lauten „Kann ich denn überhaupt etwas tun? Habe ich als Individuum denn überhaupt einen Einfluss?" Man könnte das so schreiben, ja. Aber als PP/KJP wissen wir, erstens, dass diese Einstellung nicht sehr gesundheitsförderlich, weil destruktiv, ist. Und, zweitens, dass sich dadurch an der aktuellen Situation natürlich nicht viel ändern würde. Sand in den Kopf stecken, geht also nicht, schon allein wegen des eigenen Wohlbefindens. Trotzdem, als Angestellte*r Einfluss auf die Klimakrise durch die Institution, in der man arbeitet, zu nehmen, ist schwierig. Aber eben nicht unmöglich. Zumindest nicht in unserer Welt. Denn in der Tat haben die Psychologists / Psychotherapists for Future (Psy4F) inzwischen viele Beispiele sammeln können, in denen Vorgesetzte sehr offen auf die Anliegen von mehr Klimaschutz in Institutionen reagiert haben. Es gibt auch viele offene Türen, durch die wir direkt durchgehen können. Und bei den geschlossenen Türen kann es sich zumindest lohnen, schon einmal nach dem Schlüssel zu fragen.

Von den etwa 50.000 PP/KJP in Deutschland arbeitet etwa ein Drittel bis die Hälfte aktuell in institutioneller Anstellung. Schätzungsweise liegt die Zahl der PP/KJP-Kolleg*innen, die jemals in ihrem Leben in Anstellung gearbeitet haben, deutlich darüber. Nichtsdestotrotz, im Vergleich zu den sechs bis sieben Millionen Angestellten im Gesundheitswesen, stellen die PP/KJP eine kleine und hochspezialisierte Berufsgruppe dar. Dies bedeutet zum einen, dass Maßnahmen, die im institutionellen Rahmen klimaschützend von unserer Berufsgruppe ergriffen werden, sehr wahrscheinlich auch für andere Berufsgruppen relevant sind. Zum anderen sind die Maßnahmen anderer Berufsgruppe nicht unerheblich für unsere eigene Arbeit. Es gilt, sich Handlungsspielräume zu schaffen. Psychotherapeutische Expertise und das Wissen um Veränderungsprozesse können hierbei herausragend hilfreich sein.

Es ist nicht viel Zeit. Die Klimagerechtigkeitskrise ist eine akute Herausforderung, die nicht erst in 5, 10 oder 20 Jahren behandelt werden will. Es müssen jetzt Aktionen und Gegenmaßnahmen erfolgen.

Eine effektive Methode wäre die Mitarbeit auf Planungsebene. Das hieße, direkt im Management mitzuarbeiten beziehungsweise in einer einflussreichen Hierarchieebene der Institution. In der Tätigkeit der Mitgestaltung klimaschützender Maßnahmen sind viele neue Arbeitsplatzbeschreibungen und auch Hierarchieebenen denkbar. Und die Zahl von Führungskräftepositionen für PP/KJP könnte trotz derzeit eher schlechter Ausgangslage steigen.

Bei größeren Betrieben ist die Mitarbeit im Personal- oder Betriebsrat eine alternative Möglichkeit. Es gibt mehrere Gewerkschaften, denen man sich anschließen kann, unter anderem ver.di, aber auch kleinere, beispielsweise die Gewerkschaft für das Gesundheitswesen in Bayern. Durch einen Sitz im Personalrat kann psychologische Expertise zur Lösung klimarelevanter Herausforderungen mit eingebracht werden. Allerdings gibt es noch ein viel größeres Problem als die strukturellen Gegebenheiten: Es ist nicht viel Zeit. Denn die Klimagerechtigkeitskrise ist eine akute Herausforderung, die nicht erst in 5, 10 oder 20 Jahren



behandelt werden will. Es müssen jetzt Aktionen und Gegenmaßnahmen erfolgen, damit die drastischsten Folgen unumkehrbarer Klimaveränderungen vielleicht doch noch verhindert werden können.

Obwohl die Klimakrise, wie erwähnt, eine globale Herausforderung ist, muss – gerade auch aus psychologischer Sicht – auch ein Blick auf den individuellen Einflussrahmen gelegt werden. Damit soll weder die Verantwortung auf Individuen noch auf Berufsgruppen abgewälzt werden. Im Gegenteil, die hier vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten sollen einerseits dazu dienen, sich überhaupt beim Klimaschutz einzubringen. Andererseits sind sie aber auch ein probates Mittel für die Selbstfürsorge und zur Schaffung einer gesunden Arbeitsatmosphäre am eigenen Arbeitsplatz.

Der sogenannte direkte Einflussbereich der PP/KJP ist das, was man selbst tun kann, im Rahmen der Berufs- und der institutionellen Hausordnungen. Dazu zählen Kommunikation, Energiebedarf, Nutzung von Arbeitsmaterialien, Rückmeldungen geben und Gestaltung der Therapie selbst. Wenn Sie mit Ihren Kolleg*innen über Klimaschutz reden, erreichen Sie Menschen. Nicht alle. Denn einige werden Ihnen nicht zuhören, aber Sie erreichen einige. Und das ist gut. Genauso gut ist es, wenn Sie selbst Vorbild sind, etwa bei der Minimierung des eigenen Energiebedarfs. Es gibt bisher keine Regelungen, was die Einhaltung von Energiesparsamkeit in einer Institution betrifft. Es gibt nur übergeordnete Hinweise, dass sparsam mit Energie umgegangen werden soll bis zu einem Punkt, an dem der „Dienst nach Vorschrift" nicht gefährdet ist. Man kann hier auch für die Räumlichkeiten Zeitschaltuhren für Heizung und Licht beantragen oder nach besonders umweltfreundlichen Regelungen lüften. Das Gleiche gilt für Arbeitsmaterialien. Natürlich sind diese wichtig. Ein sparsamer Einsatz hat Vorbildwirkung. Auf Nachhaltigkeit bei Schreibmaterialien oder der Anschaffung neuer Ausrüstung kann man achten. Beim Essen in der Kantine kann man in Rückmeldekästen mitteilen, dass Umweltschutz in die Versorgungsentscheidungen mit aufgenommen werden soll.

Es sind die kleinen Dinge, die weiterhelfen. Und wenn sie nicht der Umwelt dienen, dann zumindest doch dem Ansatz, dass Sie etwas (für sich) tun. Dass Sie die Möglichkeit haben aktiv zu werden. Dass Sie nach außen mit Ihren Handlungen sagen: Ich nehme das Thema ernst und ich kümmere mich.

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

**Fazit**

Wir leben in einer Welt, in der wir Klimagerechtigkeit neu denken und danach handeln müssen. Die hier aufgelisteten Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr soll erreicht werden, dass man vom Wissen ins Handeln kommt. Insbesondere in der Anstellung ist es möglich, durch kleine Veränderungen viel zu bewirken. Für das eigene Wohlbefinden, aber auch nach außen für die Vorbildwirkung und tatsächlich auch für Emissionseinsparungen mit Blick auf Klimagerechtigkeit. Denn eines sollten wir uns aus unserer therapeutischen Sicht gewahr werden lassen: Wenn wir einmal anfangen (kleine) Dinge zu verändern, dann kommen wir Schritt für Schritt dahin, das zu tun, was wir tun möchten. Jeder Schritt zählt. Zusammen wirken die hier aufgeführten Maßnahmen in Institution, auch durch unsere Berufsgruppe. Wenn wir erst einmal das Leben, was wir wollen, leben, dann werden wir zum Rollenbild, zum authentischen Klimaschutz, der nötig ist, damit auch andere mitgerissen werden können.

Wenn Sie weitere Tipps und Tricks haben, wie wir gemeinsam in den Institutionen einen Beitrag zum Umweltschutz leisten können, dann schreiben Sie uns an mail@psychologistsforfuture.org oder an Angestellte@dptv.de. Wir sind offen für Ihre Ideen.

**Dr. habil. Steffen Landgraf**

Psychologischer Psychotherapeut (VT) für Erwachsene. Seit 2012 angestellt in einer Forensischen Klinik am Bezirksklinikum Regensburg. Engagiert sich bei den Psychologists/Psychotherapists for Future seit deren Gründung 2019. Sprecher des Angestelltenausschusses der DPtV. Gewähltes Mitglied im Ausschuss Psychotherapie in Institutionen der BPtK.

**Kostenlose Video-Seminare 2021**
mit RAin Düsing + RA Achelpöhler

**STUDIENPLATZ-KLAGE**

**Mi 08. Sept. | Mi 22. Sept.**
**Mi 06. Okt. | Mi 20. Okt.**
**Mi 17. Nov.**

Beginn: jeweils 18 Uhr
Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.

**MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN**
Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
**www.numerus-clausus.info**

Petjo Bangeow

# Ergebnisse aus der Evaluation der Richtlinienreform

Die Psychotherapierichtlinie erfuhr im Juni 2016 erstmals eine umfangreiche Reform, welche viele Neuerungen für die vertragsärztliche Psychotherapie mit sich brachte. Die vorliegenden Ergebnisse entstammen dem publikationsbasierten Dissertationsprojekt des Autors, wobei dieser Beitrag teilweise auch bisher unveröffentlichte Daten beinhaltet.

## Methode

Eine Onlineumfrage unter rund 10.250 vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut*innen ergab 987 vollständige Datensätze. Die Umfrage fand rund ein Jahr nach dem Inkrafttreten (01.04.2017) der Richtlinienreform statt (29.05. bis 01.08.2018). Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., der Verband für Integrative Verhaltenstherapie e.V. und die Landesgruppe Brandenburg der DPtV sowie die Landespsychotherapeutenkammern Bayern, Hamburg und Schleswig-Holstein versendeten den Umfragelink über entsprechende E-Mail-Verteiler an ihre jeweiligen Mitglieder beziehungsweise Abonnent*innen der Online-Newsletter, Kammertelegramme oder Nachrichtendienste. Der Bundesvorstand der DPtV und die Landespsychotherapeutenkammern Bayern und Hamburg verwiesen auf ihren Internetseiten zusätzlich auf die Studie. Für weitere Informationen zum Rücklauf und zur Repräsentativität sowie zu den soziodemografischen Daten der Stichprobe wird auf die Veröffentlichungen von Bangeow & Rapp (2020a & 2020b) verwiesen.

## Ergebnisse zur Beurteilung der Richtlinienreform

Die telefonische Präsenzzeit wurde von der Mehrheit der Proband*innen (n = 751; 76,0 %) persönlich sichergestellt, wobei nur wenige Patient*innen die Telefonzeit zur Kontaktaufnahme mit den Praxen nutzten (p = < 0,001) (Bangeow & Rapp, 2020a).

Die Sprechstundentermine wurden von den Patient*innen mit einer hohen Zuverlässigkeit wahrgenommen (p = < 0,001), wodurch sich wenig Ausfallzeiten durch nicht oder zu spät abgesagte Sprechstundentermine ergaben.

Seit der Gutachterbefreiung der Kurzzeitpsychotherapie stellten die Psychotherapeut*innen mit einer hohen Signifikanz mehr Kurzzeittherapieanträge (Tabelle 1), wobei dieser Trend vor allem mit der Gruppe der Verhaltenstherapeut*innen korrelierte (Bangeow & Rapp, 2020a).

Allerdings war mit 87,3 % (n = 862) ein Großteil der Befragten auch schon vor der Reform von der Berichtpflicht für Kurzzeitpsychotherapien befreit (p = < 0,001). Entgegen der Befürchtung von Lieberz (2018), dass Psychotherapeut*innen ohne das Gutachterverfahren schlechter vorbereitet eine Therapie beginnen würden, gab die Mehrheit von jenen Befragten, die vor der Reform noch nicht von der Berichtspflicht befreit waren (n = 125; 12,7 %) an, sich auch ohne das Gutachterverfahren gut (n = 53; 42,4 %) bis sehr gut (n = 46; 36,8 %) auf eine Kurzzeitpsychotherapie vorbereitet zu fühlen. Nur 2,1 % (n = 21) fühlten sich mäßig und 0,5 % (n = 5) schlecht vorbereitet (Bangeow, 2021a).

# Kurz gefasst

Anliegen: Der vorliegende Artikel soll die Beurteilung der Richtlinienreform aus Sicht der praktizierenden Psychotherapeut*innen darlegen.
Methode: Eine bundesweite Onlineumfrage wurde unter vertragsärztlich tätigen Psychotherapeut*innen (n = 987) durchgeführt. Die Proband*innen wurden unter anderem zur Praktikabilität der Reform für die psychotherapeutische Arbeit sowie über weitere nötige Modifikationen zur Gewährleistung einer besseren Patientenversorgung befragt.
Ergebnisse: Die meisten Psychotherapeut*innen beurteilen die Richtlinienreform für eine verbesserte Patientenversorgung als wenig dienlich. Insgesamt tendieren Psychotherapeut*innen seit der Reform zu mehr Kurzzeitpsychotherapien, was nicht mit einer subjektiv schlechter empfundenen Therapievorbereitung einhergeht. Die Akutbehandlung wird von 40 % der Befragten als eine gesteigerte therapeutische Herausforderung wahrgenommen, welche unzureichend honoriert wird. Die erweiterten Befugnisse kamen bis dato wenig zur Anwendung.
Schlüsselwörter: Psychotherapierichtlinie, Reform, Vertragspsychotherapie


**Tabelle 1: Antragsverhalten seit der Richtlinienreform**

| | N | Gültige % | Z-Wert | p-Wert |
|---|---|---|---|---|
| Ich stelle ausschließlich KZT-Anträge. | 57 | 5,8 | -15,035 | < 0,001 |
| Ich stelle deutlich mehr KZT-Anträge. | 251 | 25,5 | | |
| Ich stelle etwas mehr KZT-Anträge. | 158 | 16,1 | | |
| Ich stelle ca. gleich viele KZT- und LZT-Anträge. | 431 | 43,8 | | |
| Ich stelle etwas mehr LZT-Anträge. | 36 | 3,7 | | |
| Ich stelle deutlich mehr LZT-Anträge. | 46 | 4,7 | | |
| Ich stelle ausschließlich LZT-Anträge. | 4 | 0,4 | | |
| Gesamt | 983 | 100,0 | | |

Rund 40 % der Proband*innen äußerten die Akutbehandlung als eine gesteigerte therapeutische Herausforderung zu empfinden; davon 2,9 % als große Herausforderung. Circa weitere 40 % beurteilten die Akutbehandlung als keine gesteigerte Herausforderung (Bangeow & Rapp, 2020a). 20 % der Befragten gaben an noch keine Akutbehandlung durchgeführt zu haben. Dabei empfand nur rund ein Viertel der Befragten die Akutbehandlung als angemessen honoriert (p = < 0,001).

Jene Patient*innen, welche nach der Sprechstunde keine Therapie in der Praxis erhielten, wurden in den meisten Fällen an andere Psychotherapiepraxen (77,2 %) verwiesen, gefolgt von Fachärzt*innen für (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie (39,1 %) und Familien- und Erziehungsberatungsstellen (35,7 %). In einer vertieften Untersuchung wurde deutlich, dass Psychotherapeut*innen, die in Westdeutschland und städtischen Gebieten tätig waren, häufiger an Psychotherapiepraxen verwiesen, während in Ostdeutschland und in ländlichen Gebieten häufiger an andere Hilfeangebote verwiesen wurde, was mit den ungleichen psychotherapeutischen Versorgungsangeboten zwischen Ost- und Westdeutschland beziehungsweise den ländlichen und städtischen Gebieten erklärbar wäre (Bangeow & Rapp, 2020b).

Im Zusammenhang mit der Weitervermittlung der Patient*innen gaben 39,8 % (n = 393) an 1 bis 3 Patient*innen, 21,7 % (n = 214) 3 bis 5 Patient*innen und 12,1 % (n = 119) 5 bis 10 Patient*innen innerhalb des vergangenen Quartals nach der Sprechstunde an andere Dienstleister des Gesundheitswesens vermittelt zu haben. 10 bis 15 Patient*innen (n = 39; 4,0 %) oder mehr als 15 Patient*innen (n = 47; 4,8 %) wurden selten vermittelt. 17,7 % (n = 175) gaben an keine Patient*innen vermittelt zu haben (p = < 0,001).

Die erweiterten Befugnisse wurden von 74,8 % (n = 407) der Psychotherapeut*innen noch nicht genutzt. Die jüngeren Verhaltenstherapeut*innen machten gegenüber den psychodynamisch tätigen und zugleich älteren Psychotherapeut*innen bereits häufiger von der Verordnung von Krankentransporten (p = 0,011) und Krankenhauseinweisungen (p = < 0,001) Gebrauch (Bangeow & Rapp, 2020a). Als weitere Befugnisse, welche

einer besseren Patientenversorgung dienlich wären, erachteten die Befragten (n = 163) die Möglichkeit zur Verordnung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (n = 64; 39,3 %), Ergotherapie (n = 32; 19,6 %) (was seit 01.01.2021 möglich ist) und Psychopharmaka (n = 18; 11,0 %) sowie die Ausstellung von Überweisungen (n = 11; 6,7 %), gefolgt von Verordnungsmöglichkeiten für Logopädie (n = 10; 6,1 %) (Bangeow, 2021a).

Je zwei Drittel der Probanden gaben an, sich durch die Bundes- beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammer mäßig bis gut über die praktische Umsetzung der erweiterten Befugnisse aufgeklärt gefühlt zu haben. Knapp ein weiteres Drittel fühlte sich schlecht bis sehr schlecht informiert. Jeweils nur ein kleiner Teil äußerte sich sehr gut aufgeklärt gefühlt zu haben (Tabelle 2).

Die Psychotherapeut*innen äußerten sich hinsichtlich der korrekten Umsetzung der neuen Befugnisse vor allem mehr Fortbildungen in Form von Workshops und Seminaren (n = 66), Informationsschreiben/-broschüren (n =49) und praktische Beispielvorlagen/Anleitungen (n = 25) zu wünschen.

Unabhängig vom Versorgungsgebiet äußerten mehr als die Hälfte der Psychotherapeut*innen durch die Richtlinienreform keine verbesserte Versorgungslage für die Patient*innen erkennen zu können.

Unabhängig vom Versorgungsgebiet (Stadt-Land: Korrelationskoeffizient = -0,054; p = 0,089 / Ost-West: p = 0,099) äußerten mehr als die Hälfte der Psychotherapeut*innen (n = 551; 55,8 %) durch die Richtlinienreform keine verbesserte Versorgungslage für die Patient*innen erkennen zu können. 17,8 % (n = 176) waren sogar der Meinung, dass sich die Reform eher nachteilig für die Patient*innen auswirkt. 14,4 % (n = 142) sahen eine mäßige, 11,1 % (n = 110) eine leichte und 0,8 % (n = 8) eine deutliche Verbesserung der Versorgungslage durch die Reform (p = < 0,001) (Bangeow & Rapp, 2020a) (Abbildung 1).

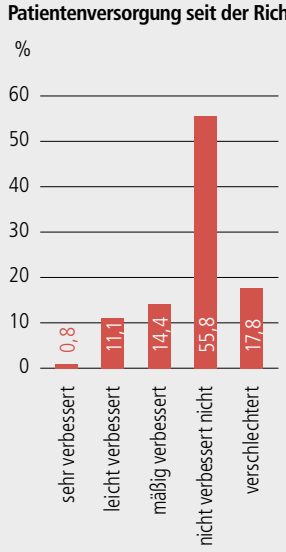



Abbildung 1: Patientenversorgung seit der Richtlinienreform
Quelle: Bangeow, 2021a

**Diskussion**

Durch die Sprechstunde stieg die Anzahl der monatlichen Erstgespräche in den Psychotherapiepraxen um 44 % (Rabe-Menssen, Ruh & Dazer, 2019), womit dieses Angebot von Patient*innen als erstes Kontaktangebot intensiv und wie die hier vorliegenden Daten andeuten auch zuverlässig angenommen wird. Aus der aktuellen Literatur wird deutlich, dass die neuen Leistungen (zum Beispiel Sprechstunde) und Strukturen (telefonische Präsenzzeit) zeitliche Ressourcen der Praxen beanspruchen, welche diesen zur Ausübung von Richtlinienpsychotherapie fehlen (Bangeow & Rapp, 2020a; Rabe-Menssen, Ruh & Dazer, 2019; Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Dieser Aspekt erwies sich in den hier erhobenen Daten als hoher Einflussfaktor für die negative Beurteilung der Richtlinienreform auf die ambulante Patientenversorgung durch die Probanden. Positiv hervorzuheben ist allerdings, dass sich durch die Sprechstunde, die Akutbehandlung und durch die neuen Befugnisse das Leistungsspektrum für die Psychotherapeut*innen erweiterte, was der Patientenversorgung durchaus dienlich ist (Bangeow, 2021a). Dabei scheint eine Akutbehandlung die Psychotherapeut*innen vor neue therapeutische Herausforderungen zu stellen, was sich zum Beispiel aus einer schnellen Interventionsphase bei vergleichsweise wenig vorangegangener Diagnostik oder durch ein erhöhtes Maß an zum Beispiel parasuizidalem oder autoaggressivem Verhalten ergeben könnte.

Positiv hervorzuheben ist allerdings, dass sich durch die Sprechstunde, die Akutbehandlung und durch die neuen Befugnisse das Leistungsspektrum für die Psychotherapeut*innen erweiterte, was der Patientenversorgung durchaus dienlich ist.

Von der gutachterbefreiten Kurzzeitpsychotherapie scheinen vor allem die Verhaltenstherapeut*innen zu profitieren (Bangeow & Rapp, 2020a). Dabei erscheint die Entwicklung eines neuen Qualitätsmonitorings anstelle des Gutachterverfahrens als ein wichtiger Aspekt dafür, dass das Gutachterverfahren auch für die Langzeitpsychotherapie abgeschafft werden kann. Dabei sollte ein fachlicher Austausch wie zum Beispiel durch eine Peer-Review-Methode in Verbindung mit Qualitätszirkel, Supervision oder Intervision als ein mögliches Instrument zur internen Qualitätssicherung diskutiert werden, da über diesen Weg eine individualisierte und ganzheitliche Perspektive auf Patient*innen ermöglicht wird (Bangeow, 2021b).

**Tabelle 2: Zufriedenheit über die Informationen zu den Umsetzungen der Befugnisse**

| Wie gut fühlten Sie sich durch die Kammer über die praktische Umsetzung der neuen Befugnisse informiert? | Bundespsychotherapeutenkammer | | | | Landespsychotherapeutenkammer | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | Gültige % | Z-Wert | p-Wert | N | Gültige % | Z-Wert | p-Wert |
| sehr schlecht informiert | 58 | 10,7 | -0,211 | 0,833 | 54 | 9,9 | -0,398 | 0,691 |
| schlecht informiert | 100 | 18,4 | | | 102 | 18,8 | | |
| mäßig informiert | 183 | 33,6 | | | 190 | 34,9 | | |
| gut informiert | 185 | 34,0 | | | 168 | 30,9 | | |
| sehr gut informiert | 18 | 3,3 | | | 30 | 5,5 | | |
| Gesamt | 544 | 100,0 | | | 544 | 100,0 | | |

In Hinblick zusätzlich angestrebter Befugniserweiterungen wie zum Beispiel die psychiatrische häusliche Krankenpflege sollten mehr praxisorientierte Fortbildungsangebote durch die Bundes- oder die Landespsychotherapeutenkammern eröffnet werden. Somit könnte Psychotherapeut*innen gegebenenfalls auch die letzten Unsicherheiten bei der Verordnung von Leistungen genommen werden und bei entsprechender Indikation die Bereitschaft zur Anwendung der Befugnisse erhöht werden.

**Dr. phil. Petjo Bangeow**
Niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis. Stellvertretender Landesvorsitzender der DPtV in Brandenburg.

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

Das Krankentagegeld der DKV für Psychotherapeuten.

**Wer unersetzbar ist, braucht gerade jetzt einen Gesundheitsschutz, der an alles denkt.**

DKV
Deutsche Krankenversicherung

Jetzt die Vorteile der Gruppenversicherung mit der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung e.V. nutzen:

- **ab 22,60 Euro mtl. Beitrag***
- **Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen**
- **Absicherung der weiterlaufenden Kosten des Geschäftsbetriebes**

**www.dkv.com/psychotherapeuten**

Ein Unternehmen der ERGO

Für eine(n) 35-jährige(n) Psychotherapeut/-in nach Tarif KTAA für 3.000 Euro Krankentagegeld mtl. ab dem 29. Tag. (Stand: 1.7.2021)

David Braun

# Psychotherapie von Angststörungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Die Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung umfasst einige Besonderheiten. Therapierende können diesen mit Flexibilität, Neugierde und Offenheit für Neues begegnen.

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind vielen Risikofaktoren ausgesetzt, welche die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen können. In Kombination mit einem Mangel an adaptiven Bewältigungsstrategien führt dies zu einem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Erkrankungsrisiko. Störungsübergreifend bewegen sich die Prävalenzen dabei in einem Bereich zwischen 30 und 50 Prozent (Buckles et al., 2013; Cooper et al., 2007; Einfeld et al., 2011; Emerson, 2003). Für Angsterkrankungen werden die Prävalenzen in einem Bereich um 17 Prozent eingeordnet, besonders häufig scheinen spezifische Phobien aufzutreten (Dekker & Koot, 2003; Maïano et al., 2018; Oesburg et al., 2011).

Die große Spannweite der Prävalenzangaben lässt sich primär auf Schwierigkeiten bei der Diagnostik zurückführen (Kufner, 2015, Sappok et al., 2010). Das Stellen einer klaren Diagnose wird dadurch erschwert, dass sich psychische Störungen bei einer gleichzeitigen kognitiven Beeinträchtigung durch atypische Symptome äußern können. So können sich Angststörungen auch durch aggressive Verhaltensweisen oder Wutanfälle ausdrücken, welche in den gängigen Diagnosekriterien nicht abgebildet werden und auf den ersten Blick nicht auf eine zugrundeliegende Angst hinzuweisen scheinen. In vielen Fällen sind zudem vermeidende Verhaltensweisen und kognitive Phänomene wie Depersonalisation und Derealisation nicht klar identifizierbar (Barnhill et al., 2017; Royal College of Psychiatrists, 2001). Da Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ihre psychische Innenwelt zusätzlich oft nicht selbst verbalisieren können, scheitert eine adäquate psychotherapeutische Behandlung häufig bereits bei der Indikationsstellung.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie beim Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung wird inzwischen weitgehend anerkannt. Metaanalysen kommen allerdings zu unterschiedlichen Befunden hinsichtlich der genauen Effektstärken (Koslowski et al., 2016; Vereenooghe & Langdon, 2013). Die Ergebnisse von Studien, insbesondere aus dem Bereich kognitiv verhaltenstherapeutischer und achtsamkeitsbasierter Ansätze, legen allerdings positive Effekte nahe. Ermutigend ist außerdem, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eine Psychotherapie als hilfreich und positiv beschreiben (Roscoe et al., 2016; Unwin et al., 2016).

**Hinweis**

Die Masterarbeit wurde mit dem DPtV-Master-Forschungspreis 2021 ausgezeichnet und ist mitsamt des Methodenkoffers auf der Homepage der DPtV einsehbar: https://tinyurl.com/4ncszsw. Aktuell befindet sich der Methodenkoffer in Vorbereitung für eine Veröffentlichung innerhalb der Therapie-Tools-Reihe des BELTZ-Verlags (voraussichtlicher Titel: „Angststörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung"). Hierfür wurden alle Materialien weiterentwickelt und zusätzlich die Bausteine „Therapiebeginn", „Diagnostik", „Soziales Kompetenztraining" und „Therapieabschluss" erarbeitet. Eine Veröffentlichung ist für das Frühjahr 2022 geplant. Bereits veröffentlicht wurde ein Therapie-Tools-Band mit angepassten Materialien für die Psychotherapie von Depressionen („Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung", Erretkamps et al., 2017).

Trotz des großen Bedarfs an Psychotherapie und der Therapiewirksamkeit zeigen sich auf Versorgungsebene erhebliche Defizite. Sowohl ambulant als auch stationär gibt es nur wenige Therapieangebote für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (Häßler, 2011; Seidel, 2014). Oft erachten sich Therapierende als nicht kompetent und erfahren genug, um diese Klientel zu behandeln. Auch gibt es kaum an die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen angepasste Therapiematerialien. Diese müssen daher in der Regel von Therapierenden selbst angepasst werden, was mit einem erheblichen Mehraufwand und vielen Unsicherheiten einhergeht (Lingg & Theunissen, 2013; Kufner, 2015).

**Beschreibung des Projekts**

Die Abteilung für Rehabilitationspsychologe und Psychotherapie an der Universität Freiburg führt eine Arbeitsgruppe mit dem Schwerpunkt „Geistige Behinderung". Ein Teilprojekt befasst sich mit der Behandlung von Angststörungen. Ziel ist die Entwicklung von Therapiematerialien, welche an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung angepasst sind. In der von der DPtV mit dem Master-Forschungspreis ausgezeichneten Arbeit wurde hierfür ein Methodenkoffer mit Arbeits- und Informationsblättern konzipiert.

Trotz des großen Bedarfs an Psychotherapie und der Therapiewirksamkeit zeigen sich auf Versorgungsebene erhebliche Defizite.

## Kurz gefasst

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen ausgesetzt, darunter auch Angststörungen. Dem daraus resultierenden großen Therapiebedarf stehen erhebliche Versorgungsdefizite gegenüber. Therapieangebote für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung müssen daher ausgebaut werden. Die Bereitstellung von an die Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepassten Therapiematerialien kann dies erleichtern. In einem Projekt der Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Uni Freiburg wurde vor diesem Hintergrund ein Methodenkoffer mit Informations- und Arbeitsmaterialien für die Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung konzipiert. Grundlage waren die Ergebnisse einer Delphi-Befragung mit einer Expert*innengruppe und eine umfangreiche Literaturrecherche. Erkenntnisse und Inhalte des Methodenkoffers werden auszugsweise vorgestellt.

### Konzeption des Methodenkoffers

In einem ersten Arbeitsschritt wurde eine Delphi-Befragung zu hilfreichen Methoden für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung durchgeführt. An dieser nahmen 16 praktisch erfahrene Expert*innen mit abgeschlossener verhaltenstherapeutischer (14) oder psychoanalytischer (2) Ausbildung teil. Aus den von den Expert*innen vorgeschlagenen Methoden mit den meisten Nennungen konnten drei übergreifende Therapiebausteine abgeleitet werden: Psychoedukation, Expositionsübungen und Achtsamkeits-, Sinnes- und Körperwahrnehmungsübungen.

Diese Therapiebausteine wurden im zweiten Schritt durch eine ausführliche Literaturrecherche empirisch fundiert und hinsichtlich ihres Adaptionsbedarfs eingeschätzt. Die Literaturrecherche umfasste Einzelfallberichte, Gruppenuntersuchungen und methodenübergreifende Reviews, welche innerhalb der letzten 20 Jahre veröffentlicht wurden; insgesamt wurden 40 Arbeiten analysiert.

In der Literaturrecherche identifizierte Hinweise auf notwendige Adaptionen lieferten im dritten Arbeitsschritt die Grundlage für die Konzeption eines Methodenkoffers mit 34 Informations- und Arbeitsblättern für Therapierende, Patient*innen und Bezugspersonen. Für deren Gestaltung waren insbesondere die Verwendung von leichter Sprache und Visualisierungen, ein Fokus auf erlebnis- und aktivitätsorientierte Techniken sowie ein Einbezug von Bezugspersonen grundlegend. Im Folgenden werden die Erkenntnisse auf Basis der Literaturrecherche und deren Berücksichtigung im Methodenkoffer auszugsweise dargestellt. Ausgehend von störungsübergreifenden Adaptionsprinzipien wird auf die Durchführung von Expositionsübungen fokussiert.

### Störungsübergreifende Adaption

Zentral ist vor allem die Vereinfachung von Interventionen unter Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsniveaus (Hurley et al., 1998). Hierunter fallen eine Anpassung der eigenen Sprache sowie ein direktiveres Vorgehen mit der Modellierung von Zielverhalten. Der Rückgriff auf aktivitätsfördernde und erlebnisorientierte Techniken liefert die Möglichkeit, typischerweise verbal und introspektiv orientierte Interventionen aufzulockern und auf kreativen Wegen an das therapeutische Material zu gelangen. Oberstes Ziel ist dabei der Aufbau einer sicheren und tragfähigen therapeutischen Beziehung. Diese kann einen Gegenpol zu früheren misslungenen Beziehungserfahrungen darstellen und neue positive Erfahrungen auf sozialer Ebene ermöglichen. Für die Beziehungsgestaltung gelten die gleichen therapeutischen Grundhaltungen wie bei Menschen mit durchschnittlicher Intelligenz. Sitzungsübergreifend sollte das Umfeld von Patient*innen eingebunden werden. Bezugspersonen sind zum einen eine wichtige Informationsquelle, zum anderen können sie im Alltag co-therapeutische Funktionen ausüben (Došen, 2018; Geisenberger-Samaras, 2014; Whitehouse et al., 2006).

Zentral ist vor allem die Vereinfachung von Interventionen unter Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsniveaus.

### Durchführung von Expositionsübungen

Die angepasste Durchführung von Expositionsübungen in vivo wurde von den Expert*innen am häufigsten genannt. Die Imaginations- und Verbalisationsfähigkeiten sind bei vielen Patient*innen mit kognitiver Beeinträchtigung eingeschränkt, was eine Durchführung in sensu erschwert. Zusätzlich sollte die Exposition graduiert durchgeführt werden. Ein Einstieg mit nur leicht bis mäßig angstbesetzten Reizen ist wichtig, um Patient*innen nicht zu überfordern.

Im Rahmen der Vorbereitung der Expositionsübungen müssen das dahinterstehende Rational und der Ablauf in einer für Patient*innen verständlichen Art vorbesprochen werden. Neben einer einfachen Sprache bieten sich hierfür Visualisierungen wie beispielsweise Angstkurven an, mit denen der subjektive und der im Rahmen der Exposition zu erwartende Angstverlauf gegenübergestellt werden können. Der genaue Ablauf und die Ziele der Konfrontationsstunden können abschließend schematisch festgehalten und die gemeinsame Entscheidung für die Durchführung durch das Unterzeichnen eines „Angst-Vertrags" symbolisiert werden.

Bei der Planung des graduierten Vorgehens werden Therapierende mit der Herausforderung konfrontiert, dass sich eine Angsthierarchie aufgrund des häufigen Fehlens oder der Unzuverlässigkeit verbaler Berichte nicht einfach durch eine direkte Befragung von Patient*innen entwickeln lässt. Stattdessen muss oft auf alternative Erfassungsmöglichkeiten zurückgegriffen werden. Insbesondere spielerische Ansätze (zum Beispiel mithilfe von Kärtchen mit Angstreizen, welche dann in verschiedene Kategorien eingeteilt werden) sowie die Befragung von Bezugspersonen können hilfreich sein. Auch vereinfachte Fragebögen mit visualisierten Rating-Skalen sowie offene Verhaltensbeobachtungen bei der Konfrontation mit leicht angstbesetzten Reizen können die Erfassung einer „Baseline" für die Angsthierarchie erleichtern.

Während der Exposition sollte das erwünschte Verhalten modelliert und dadurch für Patient*innen beobachtbar gemacht werden. Auch können verbale oder physische Hilfestellungen bis hin zu einem gezielten physischen „Führen", beispielsweise durch ein Unterhaken, angebracht sein. Es eignet sich ein schrittweises Vorgehen: Zunächst sollte das Zielverhalten modelliert, dann ein verbaler oder physischer Hinweis gegeben und erst im letzten Schritt physisch angeleitet werden.

Große Bedeutung kommt der positiven Verstärkung des Zielverhaltens zu. Verstärker sollten sich dabei an den individuellen Vorlieben von Patient*innen orientieren. Neben sozialen Verstärkern (verbales Lob, bestätigende Gesten) bieten sich auch materielle Belohnungen (Snacks) an. Auch eine größere Belohnung nach jeder Sitzung, beispielsweise eine gemeinsame Aktivität oder sonstige Privilegien, kann hilfreich sein, um die während der Exposition möglicherweise strapazierte therapeutische Beziehung wieder zu festigen.

Entgegen sonstiger Praxis kann eine Förderung von ablenkenden oder ermutigenden Reizen (Musik, beruhigende Gegenstände) in Erwägung gezogen werden. Dies kann sinnvoll sein, wenn Patient*innen eine Annäherung an die Angstinhalte sehr schwerfällt oder wiederholt misslingt. Auch das vorherige Einüben einer Entspannungsstrategie kann helfen, wenn Patient*innen selbst- oder fremdgefährdende Verhaltensweisen zeigen und daher zunächst eine angemessene Verhaltensalternative etabliert werden muss.

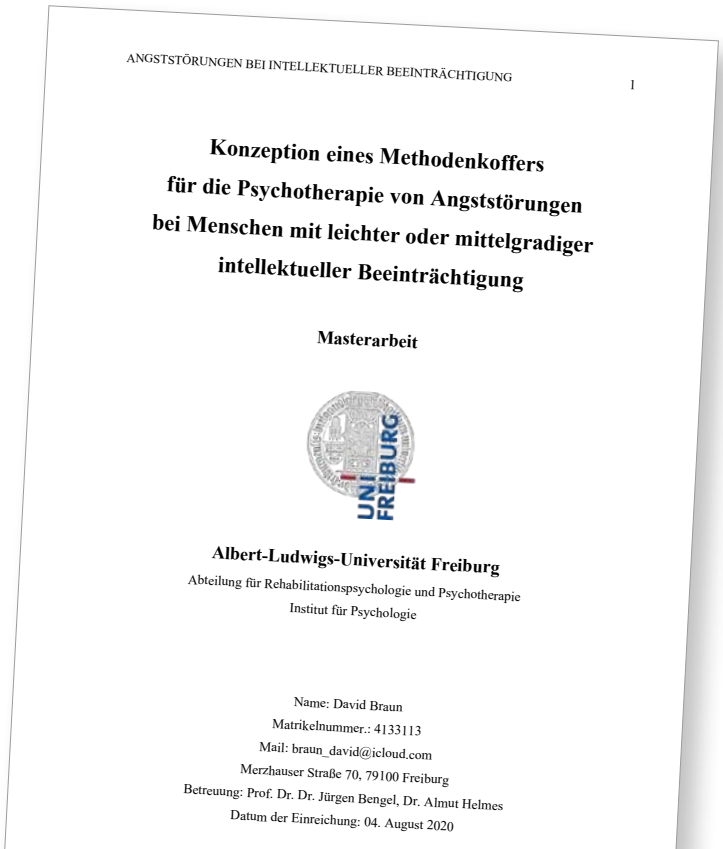
Der Einbezug von Bezugspersonen kann sowohl für die Planung als auch die Durchführung der Expositionsbehandlung als sehr hilfreich hervorgehoben werden. Das Einverständnis der Patient*innen vorausgesetzt, können Bezugspersonen sowohl als Informationsquelle für die Entwicklung von Angsthierarchie und Verstärkerplänen als auch als Co-Therapeut*innen für die Durchführung eigenständiger Expositionen im Alltag integriert werden.

Im Methodenkoffer wurden die beschriebenen Erkenntnisse in 13 Arbeitsmaterialien umgesetzt. Diese umfassen ausführliche Informationsblätter für Therapierende, Patient*innen und Bezugspersonen zum Rational und Vorgehen bei Expositionsübungen. Weitere Arbeitsblätter beziehen sich auf die Visualisierung von Angstverläufen, die Erfassung des subjektiven Angstlevels bei verschieden Angstreizen, die Entwicklung von Verstärkerplänen mit Fragebögen für Patient*innen und Bezugspersonen, die spielerische Entwicklung einer Angsthierarchie sowie die Unterzeichnung eines Angst-Vertrags und die Protokollierung eigenständig durchgeführter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen. Bei allen Materialien für Patient*innen werden eine leichte Sprache sowie unterstützende Visualisierungen verwendet.

**Abschließende Bemerkungen**

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung stellen zwar besondere Bedürfnisse an die Psychotherapie, die psychotherapeutische Behandlung muss aber nicht neu erfunden werden, um diesen zu begegnen. Es kann auf bereits etablierte Verfahren zurückgegriffen werden, wenn dabei eine flexible und individuell angepasste Umsetzung gewählt wird. Therapierende müssen sich allerdings über den Therapiebedarf dieser besonders vulnerablen Zielgruppe bewusstwerden. Es gilt, Strukturen zu schaffen, welche dies erleichtern. Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG, 2020, § 7 Abs. 1) legt fest, dass die Belange von Menschen mit Behinderung im Psychotherapiestudium stärker berücksichtigt werden sollen. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere auch Teilnehmer*innen der Psychotherapieausbildung diesem Themenfeld gegenüber offen sind und in der Behandlung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eine echte Bereicherung sehen. Weitere Therapiestudien und -manuale können helfen, die Hemmschwelle bei Psychotherapeut*innen zu senken, auch diese Klientel psychotherapeutisch zu versorgen. So leisten diese Publikationen einen weiteren Beitrag zur Inklusion von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Es kann auf bereits etablierte Verfahren zurückgegriffen werden, wenn dabei eine flexible und individuell angepasste Umsetzung gewählt wird.



ANGSTSTÖRUNGEN BEI INTELLEKTUELLER BEEINTRÄCHTIGUNG 1

**Konzeption eines Methodenkoffers für die Psychotherapie von Angststörungen bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung**

**Masterarbeit**

**Albert-Ludwigs-Universität Freiburg**
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie

Name: David Braun
Matrikelnummer.: 4133113
Mail: braun_david@icloud.com
Merzhauser Straße 70, 79100 Freiburg
Betreuung: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dr. Almut Helmes
Datum der Einreichung: 04. August 2020

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

**David Braun**
M. Sc., Projektmitarbeiter in der Arbeitsgruppe „Geistige Behinderung" der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel.

Philipp Stang

# Diskriminierungserleben von LGBTQIA*-Menschen

Im folgenden Beitrag wird das Diskriminierungserleben als ein biografischer Aspekt von LGBTQIA*-Menschen für Beratungs- und Behandlungsangebote auf Basis einer unsystematischen Literaturrecherche fokussiert.

Adäquate Beratungs- und Behandlungsangebote berücksichtigen vielfältige Faktoren der individuellen Fallkonstellation – so unter anderem auch die „Vielfalt der Liebes- und Lebensformen" (Göth & Kohn, 2014). Unter dem Diversitäts-Begriff (~ Vielfalt) können im Spektrum der Sexualität und Geschlechtlichkeit insbesondere für LGBTQIA*-Menschen (lesbisch, schwul, bisexuell, transgeschlechtlich, queer, intersexuell, asexuell und sonstige) vielfältige Aspekte, die bei einem Beratungs- und Psychotherapiegeschehen Beachtung finden sollten, hervorgehoben werden.

Nach wie vor besteht eine mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz und Toleranz und im Gegenzug eine Diskriminierung von LGBTQIA*-Menschen.

Im Folgenden wird das Diskriminierungserleben als ein biografischer Aspekt von LGBTQIA*-Menschen für Beratungs- und Behandlungsangebote auf Basis einer unsystematischen Literaturrecherche fokussiert. Nach wie vor besteht eine mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz und Toleranz und im Gegenzug eine Diskriminierung von LGBTQIA*-Menschen.

Grundsätzlich wird von LGBTQIA*-Menschen häufig von Diskriminierungserleben berichtet (Bourdieu, 2012; Degele, 2008; Faderman, 2016; Goth, 2014; Kappler, 2019; Timmermanns & Böhm, 2020). International zeigt sich, dass in der Europäischen Union bis zu 42 Prozent und national für Deutschland bis zu 44 Prozent der LGBTQIA*-Menschen innerhalb eines Jahres Diskriminierung oder Belästigung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, zum Teil auch aufgrund anderer Achsen (~Bestandteile) der sexuellen Präferenz und/oder Geschlechtlichkeit erfahren haben (Ahlers, 2009; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020). Gemäß Vries, Fischer, Kasprowski, Kroh, Kühne, Richter und Zindel (2020) berichten circa 30 Prozent der Menschen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, die sich dem Spektrum der LGBTQIA* zuordnen, in den zurückliegenden zwei Jahren im Arbeitsumfeld diskriminiert worden zu sein. Der Anteil an Trans*-Menschen, die von Diskriminierung im Arbeitsleben in den vergangenen zwei Jahren berichten, kann nach Vries et al. (2020) mit 43 Prozent beziffert werden. Sieben Prozent dieser schildern überdies häufig diskriminiert worden zu sein. Laut der genannten Studie liegt gleichzeitig der Anteil der Hochschulabsolvent*innen mit 60 Prozent bei LGBTQIA*-Menschen deutlich über dem Anteil der restlichen Bevölkerung von 42 Prozent (Vries et al., 2020). Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von LGBTQIA*-Menschen in Deutschland und der negative Einfluss auf die Lebensqualität sowie der

Die Diskriminierungserfahrungen können zu sozialem Rückzug sowie zu psychischen und körperlichen Erkrankungen führen.

**Prof. Dr. phil. Philipp Stang**
Psychologe und Sexualwissenschaftler, Psycho- und Sexualtherapeut (DGfS), Professur für Psychologie an der SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth.

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**

Bedarf an Beratungs- und Hilfsangeboten werden auch in der Studie der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, Berlin, aus dem Jahre 2010 aufgezeigt; mit 40 Prozent der Proband*innen besteht ein überproportionaler Anteil an Hochschulabsolvent*innen. Für den Freistaat Bayern kann postuliert werden, dass jeder zweite LGBTQIA*-Mensch bereits Diskriminierungserfahrungen gemacht hat (Wagner & Oldemeier, 2020). Insbesondere bei Trans*Menschen liegt nach Wagner und Oldemeier (2020) der Anteil an Diskriminierungserfahrungen höher. 14 Prozent der LGBTQIA*-Menschen geben an, während ihres Studiums oder ihrer Ausbildung in Bayern diskriminiert worden zu sein (Wagner & Oldemeier, 2020). Die Diskriminierungserfahrungen können zu sozialem Rückzug sowie zu psychischen und körperlichen Erkrankungen führen. Auch dies zeigt einen hohen Handlungsbedarf auf und kann in die Richtung interpretiert werden, dass es sich mitunter bei LGBTQIA*-Menschen bei den aktuell gesellschaftlichen Bedingungen um eine besonders vulnerable Gruppe handelt (Göth & Kohn, 2014). Daraus ergibt sich insgesamt mitunter ein Bedarf für LGBTQIA*-Menschen an Konzepten und Angeboten zum Beispiel im Sinne von Gleichstellungsmaßnahmen, Antidiskriminierungsmaßnahmen, insbesondere Maßnahmen zur Erhöhung der Toleranz, Akzeptanz, sozialer Ressourcen und Vielfalt in der Schule, am Arbeitsplatz und im Hochschulbereich um die Gesundheit und Lebensqualität von LGBTQIA*-Menschen zu stärken (FRA, 2020; Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, 2010; Vries et al., 2020; Wagner & Oldemeier, 2020).

Angeraten werden kann eine Zusammenarbeit mit den regionalen LGBTQIA*-Kulturzentren und -Beratungsangeboten, die bundesweit verbreitet sind. Jedoch nicht nur durch adäquate Beratungs- und Behandlungsangebote, welche die spezifischen Bedarfe und Lebensfaktoren von LGBTQIA*-Menschen berücksichtigen, sowie Kooperationen können Beiträge von psychotherapeutischer Seite geleistet werden. Es gilt auch aus der psychotherapeutischen Profession heraus zum Ausbau der gesellschaftlichen Akzeptanz und Toleranz von Vielfältigkeit beizutragen. Psychotherapeutisch Tätige seien eingeladen durch Informationen und Aufklärung, durch aktive Förderung des gesellschaftlichen Diskurses sowie Präsenz, Haltung und Kommunikation in der Öffentlichkeit die Interessen und Belange auch von LGBTQIA*-Menschen zu vertreten – und deren Würde zu achten.

Durch adäquate Beratungs- und Behandlungsangebote, welche die spezifischen Bedarfe und Lebensfaktoren von LGBTQIA*-Menschen berücksichtigen, sowie Kooperationen können Beiträge von psychotherapeutischer Seite geleistet werden.

## Kurz gefasst

Obwohl im Alltag vermeintlich ständig Nacktheit und Sex thematisiert werden, bleiben Sexualität und insbesondere (vorübergehende) sexuelle Beeinträchtigungen ein Tabuthema, auch in der Psychotherapie. Gleichzeitig scheint eine enge Verbindung zwischen dem individuellen Selbstwert und sexuellen Schwierigkeiten zu bestehen, sodass sich Betroffene oft schämen und Angst davor haben, offen mit ihren Partnern über ihre sexuellen Probleme oder bestehende Unzufriedenheit zu sprechen. Dass die sexuelle Anziehungskraft in (Langzeit-)Partnerschaften allerdings natürlicherweise über die Zeit nachlässt und zur Aufrechterhaltung der erotischen Chemie ein gewisses Engagement von beiden Partnern erforderlich wird, bleibt oft verborgen. Die partnerschaftliche Zufriedenheit wird dann maßgeblich von sexuellen Problemen beeinflusst und reduziert. Der vorliegende Beitrag soll an dieser Stelle ansetzen und einen Überblick zu Interventionen zur Bereicherung der Sexualität in der Paartherapie geben.


Elisa Ewald-Bomert, Christoph Kröger

# Bereicherung der Sexualität in der Paartherapie

Verfahrensübergreifend existieren zahlreiche sexualtherapeutische Interventionen, die sich für den Einsatz in der Behandlung zur Bereicherung der Sexualität eignen.

„You sexy thing", singt Errol Brown von Hot Chocolate, einer britischen Soul- und Funkband, in den Siebzigern und dabei beschreibt er wichtige Aspekte von Sexualität sowie den Anfangszauber erotischer Chemie. Da die sexuelle Anziehung in (Langzeit-)Beziehungen natürlicherweise nachlässt, sind Paare angehalten, den „Reiz an der Sache" immer wieder, gegebenenfalls mit kleinen Hilfsmitteln neu anzufachen. Es geht hierbei nicht nur um Reproduktion oder Lustgewinnung. Die erlebte Selbstbestätigung und Anerkennung im Zusammenhang mit Sexualität sind uns Menschen genauso wichtig wie die Sehnsucht auf das zukünftige Erleben.

Im Alltag von (Langzeit-)Beziehungen kommen diese verschiedenen Aspekte von Sexualität leider häufig zu kurz. Der Familienzyklus (zum Beispiel Elternschaft, Familienleben mit [jugendlichen] Kindern), chronische Belastungen (zum Beispiel Überstunden, Pflege von Angehörigen) und individuelle Veränderungen (zum Beispiel Einstellungswandel, Alterungsprozesse) fordern Paare immer wieder heraus, sich als Person und Paar neu zur individuellen und partnerschaftlichen Sexualität zu verhalten, auszuhandeln und diese zu gestalten. Natürlich können dabei traumatische und kritische Ereignisse (wie Komplikationen während einer Geburt, Offenlegung einer Affäre, Erkrankungen) die gemeinsam gestaltete Sexualität in besonderer Weise beeinträchtigen.

Sexualität müsste wie „von selbst" und komplikationsfrei funktionieren, am besten auch ohne darüber zu sprechen.

Aus dem Zauber des Anfangs hält sich in vielen Partnerschaften auch die Überzeugung besonders hartnäckig: Sexualität müsste wie „von selbst" und komplikationsfrei funktionieren, am besten auch ohne darüber zu sprechen.

Erschwerend kommt hinzu, dass Nacktheit und Sex im Alltag vermeintlich ständig thematisiert werden. Gleichzeitig bleiben Sexualität und insbesondere (vorübergehende) sexuelle Beeinträchtigungen aber ein Tabuthema, mitunter auch in der Psychotherapie. Ausgehend von der Bedeutsamkeit von Sexualität für den individuellen Selbstwert, lösen diese Störungen oder Komplikationen Beunruhigung und Scham aus, die sich nicht nur auf die Partnerschaft beziehen. Leicht entstehen Attributionsprozesse, die zu einer Beeinträchtigung mit Krankheitswert führen können (siehe Abbildung 1). Betroffene haben oft Angst, über ihre sexuelle Beeinträchtigung zu sprechen und/oder leiden bezogen auf den/die Partner*in unter Gewissensbissen und Schuldgefühlen. Die partnerschaftliche Zufriedenheit wird dann maßgeblich von unerfüllten Bedürfnissen, Sehnsucht aber auch Verunsicherung bestimmt.

Abbildung 1: Attributionsprozesse infolge sexueller Probleme in der Partnerschaft

Infolge entsteht ein Teufelskreis aus unausgesprochenen Annahmen, Erwartungen und Ängsten, dem mit der Annahme einer partnerschaftlichen sexuellen Kultur begegnet werden sollte, die jedes Paar für sich entwickeln und im Verlauf des Familienzykluses immer wieder anpassen muss.

### Sexualanamnese als Auftakt

Wer zielgerichtet und effektiv sexualtherapeutische Interventionen anbieten will, wird um eine Sexualanamnese nicht herumkommen. Aktuell stehen verschiedene Leitfäden in Form von Orientierungshilfen zur Verfügung (Hauch, 2019, Hartmann, 2018; sexuelle Funktionsstörungen beim Mann: Kockott & Fahrner, 2000; sexuelle Funktionsstörungen bei der Frau: Gromus, 2002; Velten, 2018). Im Wesentlichen besteht eine Sexualanamnese aus:

Wer zielgerichtet und effektiv sexualtherapeutische Interventionen anbieten will, wird um eine Sexualanamnese nicht herumkommen.

- einer konkreten Beschreibung der Beeinträchtigung
- einer Überprüfung der Verbindung mit anderen sexuellen beziehungsweise partnerschaftlichen Beeinträchtigungen
- einer Erfassung von möglichen Veränderungen genitaler Empfindungen
- einer Abfrage wesentlicher psychosozialer Aspekte

Unabhängig vom Einzel- oder Paarsetting ermöglicht das proaktive Ansprechen von heiklen Themen und das kontingente Verstärken von selbstoffenbarenden Äußerungen angst- und schamfreie Berichte über sexuelle Schwierigkeiten. Erlebt jede*r Einzelne aber auch das Paar seine*n Behandler*in bereits im Rahmen der Sexualanamnese als kompetente*n Ansprechpartner*in, ist die Grundlage für korrigierende Erfahrungen im weiteren Verlauf der Behandlung geschaffen (siehe auch „Verändern durch Verstehen", Hartmann, 2018).

### Interventionen zur Bereicherung der Sexualität

Verfahrensübergreifend existieren zahlreiche sexualtherapeutische Interventionen, die sich anschließend für den Einsatz in der Behandlung zur Bereicherung der Sexualität eignen (vgl. Maß & Bauer, 2016). Für eine ausführliche Darstellung sexualtherapeutischer Interventionen wird auf Ewald, Ulbrich und Kröger (2021) verwiesen.

1. Erlaubnis geben und Beschwerden normalisieren

Bestehende sexuelle Beschwerden werden von Therapeut*innen mithilfe kurzer, psychoedukativ angelegter Äußerungen (zum Beispiel Angaben zu Häufigkeiten von Funktionseinschränkungen in glücklichen Partnerschaften, Ausführungen zur evolutionsbiologischen Funktion sexueller Störungen) aktiv normalisiert, gleichzeitig aber damit nicht bagatellisiert.

2. Informationsvermittlung

Psychoedukativ angelegte Therapieeinheiten mit gezielt eingeführten Informationen über die menschliche Sexualität reduzieren die Wahrscheinlichkeit von Missverständnissen infolge von Wissenslücken und fördern langfristig den konstruktiven Austausch des Paares über die eigene und partnerschaftliche Sexualität. Informationen zu sexuellen Verhaltensweisen lassen sich leicht nach Alter und Geschlecht recherchieren. Etwa die Hälfte der Männer und Frauen praktizierten aktiven oder passiven Oralverkehr (Haversath et al., 2017). Im Sinne einer sexualpädagogischen Informationsvermittlung können in Abhängigkeit der vorliegenden sexuellen Problematik anatomische Aspekte und sexuelle Reaktionszyklen aufgegriffen, individuelle Voraussetzungen für eine befriedigende Sexualität abgebildet oder die Bedeutsamkeit sexueller Fantasien

Etwa die Hälfte der Männer und Frauen praktizierten aktiven oder passiven Oralverkehr.

erläutert werden. Sowohl der Einsatz von anatomischen Modellen und Abbildungen (zum Beispiel in Hanel, 1998; Hoyndorf, Reinhold & Christmann, 1995) oder Videoausschnitten (Desirat & Herrath, 1992) als auch themenspezifische Bücher und Patientenratgeber haben sich hierbei als sinnvoll erwiesen (zum Beispiel Barbach, 2004; Fliegel & Veith, 2010; Gromus, 2005; Zilbergeld, 2000).

3. Förderung der sexuellen Kommunikation

In den meisten Partnerschaften finden gemeinsame Gespräche über Sexualität oder ein Austausch während sexueller Begegnungen selten bis gar nicht statt, was sich wiederum negativ auf die Entwicklung einer für beide Partner*innen befriedigenden sexuellen Kultur auswirkt. Um die Kommunikation über Sexualität zu fördern, kann auf die Zuhörer- und Sprecherregeln eines Kommunikationstrainings zurückgegriffen werden. In Anlehnung an das Präventionsprogramm „Ein partnerschaftliches Lernprogramm" (Thurmaier, Engl & Hahlweg, 2015) erhalten die Paare Karten mit wichtigen Begriffen zur Sexualität, die sie zu einem „Haus" oder „Baum" legen sollen. Dabei stellen wichtige Begriffe das Fundament beziehungsweise den Stamm dar. Unter Einhaltung der Kommunikationsregeln werden Paare so angeregt, sich über Werte und Erwartungen im Zusammenhang mit diesen Begriffen auszutauschen. Ebenso können als niedrigschwelliger Einstieg gegenseitige Rückenmassagen genutzt werden, an denen das Paar die wechselseitige Kommunikation während körperlicher Kontakte übt und später auf sexuelle Kontakte überträgt. Im weiteren Verlauf sollten auch sexuelle Präferenzen und sogenannte „Lustkiller" (zum Beispiel mangelnde Körperhygiene, Alkohol- oder Tabakfahne) thematisiert werden, um anschließend mithilfe von Rollenspielen zu üben, wie sexuelle Initiativen eindeutig ergriffen und diese oder andere sexuelle Verhaltensweisen ohne das Auslösen von Verunsicherung und Ängsten abgelehnt werden können.

**Dr. Elisa Ewald-Bomert**

Psychologische Psychotherapeutin und in der Hochschulambulanz für Forschung und Lehre (Erwachsene) der Universität Hildesheim tätig. Mit einem sexualmedizinischen Schwerpunkt in eigener Praxis in Hildesheim niedergelassen.

**Prof. Dr. Christoph Kröger**

Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hildesheim. Forschungsschwerpunkte: interpersonelle Faktoren bei psychischen Störungen sowie Diagnostik und Behandlung traumaassoziierter Störungen.

4. Veränderung von Einstellungen zur Sexualität

Obwohl das Wissen über Sexualität in der Allgemeinbevölkerung infolge der sexuellen Revolution stark angestiegen ist, fördern Darstellungen in den Medien, der Werbung, erotischer Literatur und Pornografie oftmals dysfunktionale Konzepte. Es handelt sich hierbei um sexuelle Mythen, die einer erfüllten Sexualität im Weg stehen und korrigiert werden können. Diese Mythen können auch gedankliche Verzerrungen oder geschlechtsspezifische Stereotype enthalten. Dabei wird beispielsweise Sexualität einerseits eng an die partnerschaftliche Zufriedenheit oder Liebe gekoppelt und andererseits das individuelle Verhalten und Erleben beider Geschlechter normativ stark eingeengt. Bereits kurze Informationsvermittlungen sind hilfreich, um hinderliche Einstellungen und Erwartungen aufzudecken und zu korrigieren. Rigide Einstellungen oder starre gedankliche Verzerrungen deuten stattdessen auf eine Funktionalität in der Partnerschaft zwischen individuellen Lebensgeschichten oder auf eine sexuelle Funktionsstörung hin (zum Beispiel Fahrner & Kockott, 2003; Hoyndorf, Reinhold & Christmann, 1995), für deren Behandlung gegebenenfalls eine Sexual- oder auch Einzeltherapie erforderlich wird.

5. Förderung der sexuellen Kreativität

Jeder Mensch entwickelt im Verlauf seines Lebens, basierend auf seinen Erfahrungen, aber auch äußeren Einflüssen, ein individuelles „sexuelles Drehbuch". Eine Kenntnis dieser sogenannten sexuellen Skripte (Gagnon, Rosen & Leiblum, 1982) ist wichtig, um Veränderungen zu initiieren, die für beide Partner*innen akzeptabel und realistisch sind. Unter Kenntnis der individuellen sexuellen Skripte werden auf Wechselseitigkeit beruhende Vereinbarungen über neues Verhalten deutlich realistischer und erhöhen die Bereitschaft beider Partner*innen, sich auf ungewohnte oder anfangs auch abgelehnte sexuelle Verhaltensweisen einzulassen. Die resultierende Intimität und Akzeptanz/Wertschätzung der sexuellen Unterschiede scheint hierbei von größerer Bedeutung für eine langfristige sexuelle und partnerschaftliche Zufriedenheit zu sein als einzelne konkrete Verhaltensweisen anzuregen und umzusetzen.

Inwieweit der Song von Hot Chocolate zur erotischen Atmosphäre dazu gehört oder Schokolade als Genuss- und Hilfsmittel aktiv in die partnerschaftliche Sexualität miteingebracht werden kann, ist Geschmackssache. Die spielerische Erprobung neuer Verhaltensweisen und gegebenenfalls stimulierender Hilfsmittel führt zu einem anderen Erleben, über das sich Paare vor- und nachher austauschen sollten.

6. Förderung einer aktiven Sexualität

Die (Versagens-)Ängste und Schamgefühle können langfristig neben einer anhaltenden Unzufriedenheit auch zu einer deutlichen Reduktion oder Vermeidung sexueller Kontakte führen. Ein wesentliches Ziel sexualtherapeutischer Interventionen besteht darin, die daraus resultierenden Hürden abzubauen und Sexualität im partnerschaftlichen Alltag wieder aktiv zu lesen. Im Sinne des Reziprozitätstrainings kann es im ersten Schritt sinnvoll sein, Gelegenheiten im Alltag zu suchen, in denen Zärtlichkeiten wie Blicke, kurze zärtliche Berührungen oder erotische Anspielungen gezeigt und auch wertgeschätzt werden können. Im weiteren Verlauf und unter Berücksichtigung der vorangestellten Interventionen wird das Paar dabei unterstützt, ungestörte Zeiträume für erotisch-sexuelles Verhalten im individuellen Wochenablauf realistisch einzuplanen und auch umzusetzen.

**Fazit**

Um die in dem Song von Hot Chocolate eindrücklich beschriebene Sehnsucht und Anziehungskraft auch in langfristig angelegten Partnerschaften aufrechtzuerhalten, wird es für Paare unumgänglich sein, an ihrer partnerschaftlichen Sexualität „aktiv" mitzuwirken und diese immer wieder konkret zu gestalten. Sexuelle Eintönigkeit, Probleme und/oder Komplikationen sind hierbei nicht nur Hürden, sondern können auch als Chance verstanden werden, bei deren Überwindung folgende Prämissen gelten (Ewald et al., 2021):

- die Initiative des Einzelnen und die Kooperation des Paares (als Team) bestimmt, ob der Bereich der Sexualität (wieder-) belebt wird,
- ein erfülltes Sexualleben kann nur erreicht werden, wenn geplant, gestaltet und Neues erprobt wird,
- wer in langfristigen Partnerschaften Höhen in seinem Sexualleben erfahren will, muss auch bereit sein, „Alltagssex" regelmäßig zu initiieren.

Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter **www.psychotherapie-aktuell.de.**


# EGO-STATE-THERAPIE

Zertifizierte Fortbildung in Bonn
Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team

*Unser spezieller Qualitätsbonus: Wir unterrichten zu viert.*
*Vorträge im Wechsel, lebendige Praxisdemos auch online, intensive Kleingruppenbetreuung.*

## Curriculum 2021-22

**Seminar 7 EMDR und EST am 28.+29.01.22**
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR
**Seminar 8 Körpersprache am 18.+19.02.22**
Die Körpersprache der Ego-States
**Seminar 9 Die Times Methode mit Silke Großbach am 01.+02.04.22**
Kreative und gestalterische Interventionen in der Ego-State-Therapie

## Curriculum 2022-23

**Seminar 1 am 14.+15.01.22**
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen
**Seminar 2 am 04.+05.03.22**
Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen
**Seminar 3 am 29.+30.04.22**
Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen
**Seminar 4 am 19.+20.08.22**
Kontaktaufnahme und Arbeit mit kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken
**Seminar 5 am 23.+24.09.22**
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren
**Seminar 6 am 18.+19.11.22**
Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

*Diese Seminare 1-9 sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum:zur Ego-State Therapeut:in.*

## Sonderseminar 2022

**Seminar mit Jan Gysi am 15.+16.05.22**
Diagnostik und strukturierte Erfassung von Traumafolgestörungen

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten. Sie finden nach Möglichkeit als Präsenzseminare statt, ggf. hybrid. D.h. für eine kleinere Zahl von Teilnehmer:innen besteht die Möglichkeit, online dabei zu sein. Wenn nötig, werden die Seminare rein online durchgeführt, dennoch interaktiv.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation
Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei:
**susanne.leutner@t-online.de**

**www.EST-Rheinland.de**

EST INSTITUT RHEINLAND

Christian Johannes

# Achtung: Steuerfalle – Pkw im gewillkürten Betriebsvermögen

Wann lohnt es sich, das Fahrzeug steuerlich abzusetzen?

Als Selbständiger kann man faktisch alles von der Steuer absetzen, ist die landläufige Meinung. Und so fragen sich auch Psychotherapeut*innen, ob es steuerlich nicht vielleicht doch günstiger wäre, ihr auch beruflich genutztes Fahrzeug ins Praxisvermögen einzulegen. Doch das ist nicht ganz so einfach, denn ob eine Zuordnung zum Betriebsvermögen überhaupt möglich ist, entscheidet sich anhand der Nutzungsverhältnisse. Und selbst wenn, kann es unter Umständen letztlich doch sinnvoller sein, das Fahrzeug im Privatvermögen zu belassen und stattdessen nur die betrieblichen Fahrten abzurechnen.

Aber der Reihe nach: Ein Fahrzeug ist nur bei einer betrieblichen Nutzung von mehr als 50 % notwendiges Betriebsvermögen, bei weniger als 10 % betrieblicher Nutzung gehört es zwingend zum Privatvermögen. Fahrten zwischen Wohnung und Praxis zählen für diese Betrachtung zwar in Höhe der tatsächlich gefahrenen Kilometer zu den betrieblichen Fahrten. Doch für viele Psychotherapeut*innen dürfte es fast unmöglich sein, diese 50-%-Hürde zu überwinden. Interessant ist also der Bereich der betrieblichen Nutzung zwischen 10 % und 50 %, in welchem das Fahrzeug dem sogenannten gewillkürten Betriebsvermögen zugeordnet werden kann.

Was dabei aber oftmals übersehen wird: Gehört das Fahrzeug zum notwendigen oder auch gewillkürten Betriebsvermögen, sind Gewinne aus einem späteren Verkauf stets in voller Höhe steuerpflichtig.

### Notwendiges Betriebsvermögen bei betrieblicher Nutzung zu mehr als 50 %

Im Falle einer mehr als 50 %igen betrieblichen Nutzung zählt das Fahrzeug automatisch zum notwendigen Betriebsvermögen. Dadurch sind alle Kosten für das Fahrzeug, wie Steuern, Versicherung, Kraftstoff und Reparaturen grundsätzlich als Betriebsausgaben abzugsfähig. Daneben kann die Absetzung für Abnutzung (AfA) für die Anschaffungskosten steuerlich geltend gemacht werden. Für die Privatnutzung des Fahrzeugs durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten muss jedoch ein Ausgleich gegengerechnet werden. Wie hoch diese private Nutzung ausfällt, kann durch ein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch oder nach der sogenannten 1-%-Methode ermittelt werden. Bei dieser wird monatlich pauschal 1 % vom Bruttolistenpreis des Fahrzeugs im Zeitpunkt der Erstzulassung als Entnahme angesetzt (bei Elektro-Hybridfahrzeugen und reinen Elektrofahrzeugen in der Regel 1 % vom halben Bruttolistenpreis beziehungsweise 1 % von einem Viertel des Bruttolistenpreises).

Im Falle einer mehr als 50 %igen betrieblichen Nutzung zählt das Fahrzeug automatisch zum notwendigen Betriebsvermögen.

Dazu kommt pro Monat und je Entfernungskilometer noch eine Privatentnahme von 0,03 % des Listenpreises für die Fahrten von der heimischen Wohnung zur Praxis. Allerdings können Psychotherapeut*innen dafür die Entfernungspauschale von 0,30 Euro je Entfernungskilometer (ab dem 21. Kilometer 0,35 Euro im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2023 beziehungsweise 0,38 Euro im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2026) abziehen.

### Gewillkürtes Betriebsvermögen bei betrieblicher Nutzung zwischen 10 % und 50 %

Bei einer betrieblichen Nutzung zwischen 10 % und 50 % haben Psychotherapeut*innen die Wahl. Sie können das Fahrzeug entweder dem Praxisvermögen oder dem Privatvermögen zuordnen. Entscheidet man sich für eine Zuordnung zum Praxisvermögen, wird das Fahrzeug dadurch zum gewillkürten Betriebsvermögen mit der Folge, dass wie beim notwendigen Betriebsvermögen alle laufenden Fahrzeugkosten sowie die Absetzung für Abnutzung steuerlich geltend gemacht werden können – jedoch nur anteilig in Höhe der tatsächlichen beruflichen Nutzung. Dieser Nutzungsanteil ist durch Aufzeichnungen über einen repräsentativen Zeitraum sachgerecht zu schätzen, was es natürlich für Finanzbeamte vor allem im Rahmen von Betriebsprüfungen zu einem beliebten Streitthema macht.

Bei einer betrieblichen Nutzung zwischen 10 % und 50 % haben Psychotherapeut*innen die Wahl. Sie können das Fahrzeug entweder dem Praxisvermögen oder dem Privatvermögen zuordnen.

Wird das Fahrzeug bei einer betrieblichen Nutzung zwischen 10 % und 50 % dem Privatvermögen zugeordnet, kann die Kilometerpauschale von 0,30 Euro angesetzt werden, das heißt für jeden beruflich gefahrenen Kilometer können 0,30 Euro als Betriebsausgaben abgezogen werden. Das kann im Einzelfall sogar günstiger sein als die Kostenschätzung, bei der nur bis zu maximal 50 % der Kosten abzugsfähig sind.

### Steuerfalle gewillkürtes Betriebsvermögen

Ob die Zuordnung eines Pkw zum Praxisvermögen sinnvoll ist oder nicht, muss im jeweiligen Einzelfall geprüft werden. Wie eingangs schon kurz erwähnt, sollte man jedoch auch an die Zeit danach denken. Denn die Zuordnung eines Pkw zum Betriebsvermögen führt immer dazu, dass der spätere Verkauf voll zu versteuern ist. Dass die Abschreibung bei der Kostenschätzungsmethode nur anteilig geltend gemacht werden konnte, spielt dabei keine Rolle und hat auch keine Auswirkung auf den Veräußerungsgewinn. Der Verkauf eines Pkw im Privatvermögen ist hingegen grundsätzlich nicht steuerpflichtig.

Die Zuordnung eines Pkw zum Betriebsvermögen führt immer dazu, dass der spätere Verkauf voll zu versteuern ist.

### Beispiel

Ein Pkw mit Anschaffungskosten von 30.000 Euro wird als gewillkürtes Betriebsvermögen behandelt und über sechs Jahre vollständig abgeschrieben. Vom Gesamtbetrag (5.000 Euro pro Jahr) können bei einem betrieblichen Nutzungsanteil von einem Drittel (zwei Drittel Privatnutzung) insgesamt nur 10.000 Euro (1.667 Euro pro Jahr) gemäß Kostenschätzungsmethode steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden. Der Verkauf nach sechs Jahren zum Zeitwert von beispielsweise 10.000 Euro wäre hingegen voll steuerpflichtig.

Dies bedeutet, dass die gesamten Abschreibungen des Pkw über alle Nutzungsjahre beim Verkauf vollständig rückgängig gemacht werden. Somit kann sich hinsichtlich der Anschaffungskosten des Fahrzeugs nur ein Steuerstundungseffekt und gegebenenfalls ein Vorteil aufgrund eines geringeren Steuersatzes in den Folgejahren ergeben. Bei einem geringeren betrieblichen Nutzungsanteil oder einem höheren Verkaufspreis könnte sich sogar ein nominaler Nachteil ergeben. Die unterjährig zusätzlich abziehbaren anteiligen laufenden Pkw-Kosten mindern diesen Nachteil wiederum.

Aber auch bei einer betrieblichen Nutzung von weniger als 10 % bleiben Psychotherapeut*innen nicht auf ihren Kosten sitzen. Trotz der Tatsache, dass das Fahrzeug in diesem Fall zum notwendigen Privatvermögen gehört, kann für Dienstreisen mit dem privaten Fahrzeug immerhin 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer als Betriebsausgaben abgezogen werden und daneben für Fahrten zwischen Wohnung und Praxis je Kilometer für die einfache Entfernung 0,30 Euro (ab dem 21. Kilometer derzeit 0,35 Euro). Auch hier gilt jedoch: Die tatsächlich gefahrenen Kilometer sind durch entsprechende Aufzeichnungen und Nachweise glaubhaft zu machen.

**Christian Johannes**
Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Köln, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen.

Kontakt: ETL ADVISA Köln
Telefon: 0221 94101980
advisa-koeln@etl.de
www.etl.de/advisa-koeln

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
**www.ivs-nuernberg.de**

I V S

Institut für
Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie
Verhaltensmedizin
Systemisch fundierte Psychotherapie
und Sexuologie

**staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015**

## Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK)

*Laufend neue Termine*

- **Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r**
  Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil - u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine:
  **DP Michael Hinn** „Besondere Rolle d. Gutachters im familienrechtli. Gutachten, Abfassen des schriftl. Gutachtens“ 24.-26. Sept. 21 (Fam.)
  **Dr. DP Bernd Borchard** „Strukt. Risikobeurteilung, Interventionsplanung und FOTRES“ 16./17. Okt. 21 (Fam.-, Strafrecht, SZV) - online
  **Dr. DP Sandra Loohs „**Auftreten des Sachverständigen vor Gericht “ 23./24. Okt. 21 (Grundlagen, Glaubhaftigkeit, Strafrecht)
- **Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Mediziner und Psychologen** (Curr. 136 Std.) nächste Termine:
  **Dr. DP Hans-Jürgen Korn** „Biofeedback und sein therapeutischer Einsatz in der VT“ 18. September 2021
  **Dr. DP Matthias Jelitte** „Bericht an den Gutachter - Therapieplanung u. -durchführung etc.“ 19. September 2021
- **Klin. Hypnose, Hypnotherapie u. hypnosystemische Interventionen m. Kindern u. Jgdl. (KiHyp)** Fortbildungscurr. (K1-K7) d. MEG, nächster Termin**: DP Hiltrud Bierbaum-Luttermann** „K7 Behandlungsrahmung und Behandlungsaufbau einer Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ 24./25. September 2021
- **EMDR-Zusatzqualifikation**: **DP Gertrud Skoupy** „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 22. Oktober 2021
- **Klinische Hypnose (KliHyp)** Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken) nächster Beginn: **Dr. DP Burkhard Peter** „Einführung in die Hypnose (B1/KE)“ 19./20. November 2021
  C-Sem: **Dr. DP Cornelie Schweizer** „Und trotzdem JA z. Leben sagen. Ankommen u. Überleben in Deutschl.“ 28./29. Jan. 2022 - online

*Neu !*

- **Supervisor/in** (verhaltenstherapeutisch fundiertes Curr.) 80 FE in 5 Blöcken u. 6 Treffen in Kleingr. á 8 FE – in Planung
- **Sexualtherapie / Sexualmedizin** (Curr. 156 FE i. 10 Bl.) nächst. Term.: **DP Klaus Weth** „Sex. Entwicklungsstörungen“ 25./26. Sept. 21
- **Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen** 200 WE, Curriculum mit z. T. individuell wählbaren Seminarthemen u. -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**Kontakt und Infos:** IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, Fax: -202
**Homepage/Online-Anmeldung:** www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine f. weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)

# Kurz gemeldet …

**Kostenerstattung – Sozialgericht Berlin stellt klar: 1,0-facher GOÄ-Satz unzulässig**
Im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V sind die Kosten stets in der entstandenen Höhe zu erstatten. Eine Kürzung durch die Kassen auf den 1,0-fachen GOÄ-Satz ist unzulässig.

https://tinyurl.com/uws5jymu

**Resolution: Qualitätssicherung muss sich am Nutzen für die Patientenversorgung orientieren**
„Keine Verschwendung von psychotherapeutischer Arbeitszeit", fordert die Delegiertenversammlung der DPtV in einer Resolution zur Qualitätssicherung. Kritisiert wird das geplante Verfahren einer einrichtungsbezogenen vergleichenden Qualitätssicherung, die in den Praxen zu einem erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand führen würde.

https://bit.ly/3e6B46I
https://bit.ly/3yKoBxy

**Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL) gestartet**
Das vom Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie" (Eva PT-RL) verschickt seit Mitte Juli Fragebögen an eine repräsentative Stichprobe von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen des hausärztlichen Versorgungsbereichs. Die DPtV unterstützt das Projekt und bittet um Teilnahme.

www.eva-pt-rl.wiwi.uni-due.de

**Probatorische Sitzungen während Krankenhausbehandlung auch in psychotherapeutischen Praxen möglich**
Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung können zukünftig auch in psychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden. Mit dem am 11. Juni 2021 verabschiedeten Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde diese Regelung klargestellt. Auch für Probesitzungen zur Gruppenpsychotherapie können Patient*innen bereits in die Praxis kommen.

https://bit.ly/2VVHkII

## Psychotherapie in Zeiten gesellschaftlichen Wandels

**DPtV präsentiert 4. Podcast-Staffel der Reihe „Leben heißt Veränderung"**

„Die Gesellschaft verändert sich immer – aber im Moment ist der Wandel besonders spürbar. Corona, der Klimawandel, oder Genderfragen beeinflussen auch die Psychotherapeut*innen", sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPtV. Staffel vier der DPtV-Podcast-Reihe „Leben heißt Veränderung" sucht nach Anregungen, wie man mit diesen Themen professionell umgehen kann. Mit der „Psychotherapie in Zeiten gesellschaftlichen Wandels" befassen sich sechs neue Folgen, die kostenlos zur Verfügung stehen.

**Klimawandel betrifft alle**
Sollten Psychotherapeut*innen ihre professionellen Kenntnisse einsetzen, um einen Beitrag gegen die Klimaerwärmung zu leisten? „Ja, jede Therapieschule und jeder Teilbereich der Psychologie hat etwas beizutragen", sagt Psychotherapeutin und DPtV-Mitglied Lea Dohm. Sie hat zusammen mit Mareike Schulze die deutschen „Psychologists / Psychotherapist 4 Future" gegründet. Im DPtV-Podcast erklärt sie, wie sie sich engagiert, was jede*r im Berufsstand tun kann und wie Patient*innen auf ihr Engagement reagieren.

**Rassismus wirkt nach**
„Die NS-Zeit beeinträchtigt die Psyche bis heute. Nach 1945 wurde viel verschwiegen und massenhaft gelogen. Das wirkt sich über Generationen bis heute aus", erklärt Jürgen Müller-Hohagen, der sich mit den transgenerationalen Spätfolgen des Nationalsozialismus befasst. Wenn der Psychotherapeut in therapeutischen Sitzungen Gefühlsarmut oder Menschenfeindlichkeit begegnet, wird er hellhörig. Der Gründer des Dachau-Instituts erzählt im Podcast von den Beobachtungen bei seinen Patient*innen und dem professionellen Umgang mit Rassismus und seinen Folgen.

**Gefühl der Andersartigkeit**
In Großbritannien war es schon 2016 üblich, Identität selbst zu definieren und die gewünschte Anredeform bekanntzugeben. Ein „Aha-Moment" für den ehemals an der Universität Liverpool arbeitenden Diplom-Psychologen Florian Kaiser (DPtV-Sprecher*innen-Team der Jungen Psychotherapeut*innen): „Menschen, die heteronormativen Standards nicht entsprechen, sind ständig mit einem Gefühl der Andersartigkeit konfrontiert – und das macht was mit einem Menschen." Als Psychotherapeut in Ausbildung setzt er sich in der DPtV für Gendergerechtigkeit ein. Im Podcast erklärt er, warum – und worauf wir achten können.

www.dptv.de/podcast

# Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der Gruppe

| | |
|---|---|
| | Claudia Dambacher, Mareike Samaan |
| A__ | **Akzeptanz- und Commitmenttherapie in der Gruppe** |
| | 2020, BELTZ |
| | 159 Seiten |
| ISBN | 978-3-621-28575-9 |
| € | 39,95 |

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) hat sich als vergleichsweise junges Verfahren in den letzten Jahren zunehmend etabliert. Im ersten deutschsprachigen Manual zur Anwendung von ACT in der Gruppe bieten die Autorinnen Dambacher und Samaan eine praxisorientierte Anleitung zur Gestaltung von störungsübergreifenden Gruppen, die sich für verschiedene Settings eignet.

Das Manual beginnt mit einer kompakten und gut verständlichen Darlegung des ACT-Störungs- und Behandlungsmodells sowie einer Erklärung der wichtigsten Aspekte des Hexaflex-Modells: Achtsamkeit, Werte, engagiertes Handeln, Selbst als Kontext, Defusion und Akzeptanz. Hierdurch ist für die Lesenden ein guter Einstieg in das ACT-Modell möglich, wobei auf eine vertiefte Darstellung der dahinterliegenden Theorie und Haltung vermutlich zugunsten der Prägnanz verzichtet wurde. Vorerfahrungen mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und Achtsamkeit sind zwar kein Muss für die Lektüre, aber dennoch hilfreich. Die Autorinnen geben eine kritische Übersicht über den aktuellen Forschungsstand und die Indikationsstellung auch in Hinblick auf KVT, aus der ACT sich entwickelt hat.

Das Behandlungsmanual an sich gliedert sich in sechs Module – ebenfalls angelehnt an das Hexaflex-Modell, was der Übersicht zugutekommt. Zu jedem Modul werden erlebnisorientierte Übungen, Arbeitsblätter, passende Therapieaufgaben und beispielhafte Therapiedialoge geboten, wodurch ein hoher Praxisbezug entsteht und eine direkte Umsetzbarkeit möglich ist. Wie von ACT gewohnt, werden auch im Gruppensetting viele Metaphern und spielerische Übungen verwendet, die für einige Patient*innen möglicherweise albern oder banal anmuten können, jedoch eine gute Erlebbarkeit der vermittelten Inhalte ermöglichen. Für Schwierigkeiten in der Durchführung gibt es zu jedem Modul einen hilfreichen Abschnitt mit Lösungsvorschlägen.

Das Manual ist mit rund 150 Seiten recht schlank, dennoch bereitet es gut auf die Anleitung von Gruppen nach dem ACT-Modell vor. Die klinische und die wissenschaftliche Erfahrung der Autorinnen mit dem Verfahren ist beim Lesen deutlich spürbar. Das Manual ist übersichtlich, gut lesbar und bietet auch einige Anregungen für die Umsetzung in der Einzeltherapie. Neben ambulanten Gruppen ist das Manual insbesondere für Gruppen im stationären und teilstationären Kontext, in dem oftmals keine Diagnosehomogenität gegeben ist, eine Bereicherung.

**Rezensiert von Solveig Behr**

# Selbstregulation und Selbstkontrolle

| | |
|---|---|
| | Rainer Sachse |
| A__ | **Selbstregulation und Selbstkontrolle** |
| | 2020, Hogrefe |
| | 108 Seiten |
| ISBN | 9783801730468 |
| € | 19,95 |

In der ersten Auflage dieses Buches legt Rainer Sachse kompakt auf rund 80 Seiten die psychologischen Aspekte einer effektiven Selbstregulation und ihre Relevanz für psychisches Wohlbefinden und Zufriedenheit dar. Das Buch richtet sich an eine Fachleserschaft und greift dabei grundlegende Konzepte aus Sachses klärungsorientierten Psychotherapie, wie Schemata und Motiv-Alientation auf, die im Buch vertieft erläutert werden.

Selbstregulation und Selbstkontrolle sind auf den ersten Anschein sehr ähnliche Konstrukte, die im Englischen sogar häufig unter dem Begriff self-regulation synonym verwendet werden. Das Buch widmet sich deshalb zunächst der Unterscheidung der beiden Konstrukte und der Relevanz einer solchen Distinktion. Die Selbstregulation als psychologischer Prozess, der es einer Person ermöglicht durch Wahrnehmen, Abwägen und Entscheiden, implizite Motive vor dem Kontext der Realität zu befriedigen, wird hierbei in den Fokus gestellt. Dementsprechend wird ein umfangreiches Modell der Selbstregulation aufgestellt und die 20 am Modell beteiligten Variablen, wie Kontexte, Schemata, implizite und explizite Motive erläutert. Die Selbstkontrolle ist dabei der Selbstregulation oftmals dienlich, jedoch in der Relevanz untergeordnet.

Für die 20 Variablen des Modells werden jeweils förderliche und hinderliche Bedingungen für den Prozess der Selbstregulation aufgeführt, was zunächst etwas technisch und trocken anmutet. Das Durcharbeiten des theoretischen Anfangsteils und der ausführlichen Auseinandersetzung mit den Variablen und motivationalen Einflussfaktoren bietet jedoch eine wichtige Grundlage für das Verständnis und die darauffolgende Bezugnahme auf Selbstregulationsprobleme bei unterschiedlichen psychischen Störungen wie Ängsten, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Zum Schluss stellt Sachse schlüssig dar, wie Psychotherapie als Mittel für die Herstellung von Selbstregulation dienen kann und schließt mit die mit praktischen Verweisen auf die Verhaltenstherapie und die klärungsorientierte Psychotherapie.

Für die Lesenden wird deutlich, wie durch die Berücksichtigung und Förderung von Selbstregulation nicht nur eine Symptomreduktion, sondern insbesondere eine langfristige Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann. Wie die Umsetzung im therapeutischen Prozess praktisch gestaltet werden kann, bleibt in diesem kompakten Theoriewerk jedoch weitgehend offen.

**Rezensiert von Solveig Behr**

# Therapie-Tools
# Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie

Mit dem vorliegenden Buch wird die Reihe der „Therapie-Tools" um einen weiteren hilfreichen Band ergänzt. Das Buch ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten, kürzer ausfallenden Teil werden zunächst allgemeine Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen dargestellt, wobei sich hierunter sowohl allgemeine (zum Beispiel biopsychosoziales Modell) als auch dezidiert verhaltenstherapeutisch orientierte (zum Beispiel lerntheoretische Konzepte, kognitives Modell, SORKC-Modell) und schließlich kontextuelle Modelle (zum Beispiel Hexaflex- und Schema-Modus-Modell) finden.

Im deutlich umfangreicheren, zweiten Teil werden dann entlang einer Auswahl häufig auftretender Störungsbilder jene Modelle ausgeführt, welche zu diesen im Rahmen verhaltenstherapeutischen Praktizierens überwiegend gebräuchlich sind. Zwischen A wie Angststörungen bis Z wie Zwangsstörungen reihen sich hierbei auch Modelle für Anpassungsstörungen, affektive Störungen, Dissoziation, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, PTBS, Schizophrenie, Schlafstörungen, Schmerzstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen ein. In den Darstellungen folgen jeweils einer überwiegend knapp gehaltenen Einführung für Therapeut*innen die Informations- und Arbeitsblätter für den Einsatz mit Klient*innen.

Das Buch erscheint als nützliche Ressource für verschiedene Etappen des therapeutischen Prozesses – darunter insbesondere die Fallkonzeption, Antragstellung, Psychoedukation, Interventionsableitung und schließlich Rückfallprophylaxe. Durch seine klare Struktur und Darstellung ermöglicht es einen raschen Zugang zu den gesuchten Informationen. Die Einführungstexte erscheinen in der Mehrzahl prägnant und von ausreichendem Umfang. Die Informationsblätter fassen die wesentlichen Details für Klient*innen knapp zusammen und die Arbeitsblätter ermöglichen den nötigen Freiraum, um gemeinsam mit Klient*innen vor deren lebensgeschichtlichem Erfahrungshorizont die erarbeiteten Konzepte zu individualisieren beziehungsweise die Klient*innen anzuregen, sich vertieft zwischen den Sitzungen damit auseinanderzusetzen.

Dank „E-Book inside" erhält man zusätzlich zur Printversion die Materialien bequem zum Ausdrucken in digitalem Format. Seine volle Stärke entfaltet dieses Buch mit hohem Praxisfaktor sicherlich im Zusammenspiel mit den störungsspezifischen Therapie-Tools-Ausgaben, die wiederum fokussierter auf Interventionen eingehen. Kurzum: Dieses Buch ist ein ausgesprochen hilfreicher Ausgangs- und Referenzpunkt für die therapeutische Arbeit.

**Rezensiert von Martin Lehe**

| | |
|---|---|
| | Johannes Heßler-Kaufmann, Peter Neudeck |
| A__ | **Therapie-Tools Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie** |
| | 2020, BELTZ |
| | 367 Seiten |
| ISBN | 978-3-621-28728-9 |
| € | 44,95 |

# Sexuelle Fantasien in der Therapie

Das Buch „Der erotische Raum" von Angelika Eck war bereits unheimlich wertvoll, nun schreibt sie über sexuelle Fantasien nach dem Motto „Keine Angst vor Fantasien". Was für ein spannendes und wichtiges Thema in der Beratung von Einzelnen oder Paaren.

Ihr Buch ist in zwei Teilen aufgebaut („Im Kontext" und „Die systemische Beratung"). „Im Kontext" befasst sich mit der Einbettung von Fantasien im therapeutischen Kontext: Was sind Fantasien? Was ist normal? Was wird fantasiert? Was sind Anlässe für Fantasiearbeit? Zu wenig, zu viel, die falschen? Anschließend stellt die Autorin vier Dimensionen für die Fantasietätigkeit vor, die sie als Landkarten für die Therapie bezeichnet: die Ich-Zugehörigkeit, das Spannungsfeld von Fokus und Kontrolle, Rigidität versus Flexibilität und der Realisierungsgrad (Ist es eine Fantasie oder doch ein Wunsch?). Spannend finde ich bei dieser Betrachtung, dass Angelika Eck auch die dazugehörigen Emotionen und Konfliktpotenziale erörtert und einzelne Vignetten diese Erläuterungen untermalen. Der dabei entstehende Fantasiekompass, der mit einer praxisorientierten Abbildung im Buch dargestellt wird, ermöglicht es Therapeut*innen tiefere Einblicke in die Fantasiearbeit zu erlangen.

Anschließend geht die Autorin auf die Verbindung von Körperprozessen und -spannung sowie unterschiedliche Fantasien ein. In dem Kapitel „Dramaturgie von Fantasien" erklärt sie, wie Hindernisse und Widersprüche zur erotischen Triebfeder werden können und wie eine Fantasieexploration zu tieferliegenden sexuellen Kernthemen führen können.

Im Kapitel „Die systemische Beratung" wird zu Beginn auf mögliche Arten der Einführung der Fantasiearbeit in die therapeutische Arbeit Bezug genommen. Hier betont sie die Wichtigkeit einer offenen Grundhaltung aber auch das Kennen der eigenen Grenzen und das Respektieren der Intimität der Klient*innen. Die Autorin gibt an, dass in vielen Fällen die Fantasiearbeit von Therapeut*innen mit in den Handlungsspielraum der Beratung gegeben werden können, da selten eine direktive Fantasiearbeit von Patient*innen eingefordert wird. Darüber hinaus gibt sie anhand des Schwellenmodells eine Möglichkeit zu eruieren, in welchem Kontext die Fantasiearbeit einzubetten ist. Dabei unterscheidet sie drei Phasen: die Trennungsphase (so geht es nicht mehr weiter), die Schwellenphase (nichts Altes aber auch nichts Neues haben wollen) und die Wiedereingliederungsphase (eine neue Stabilität erreichen). Dabei gibt sie Beispiele wie Fantasienarbeit genutzt werden kann, beispielsweise für Fantasien als Stabilisatoren, Fantasien als Ausdruck für Ambivalenzen, Fantasien nutzen, um Erinnerungen zu aktivieren, symbolische Fantasienreisen, das ideale sexuelle Szenario als therapeutisches Tool, Fantasienarbeit als Möglichkeit den Bezug zum eigenen Körper zu aktivieren. Im Rahmen eines Leitfadens zur Exploration der Dramaturgie stellt sie konkrete Fragen vor. Weiterhin gibt die Autorin Hinweise zum Loslassen von destruktiven Fantasien wie zum Beispiel Stimuluskontrolle, mentalen Abstand finden, Bedürfnisregulation. Zusammenfassend stellt die Autorin vor, wie gelingende Fantasienarbeit die Beratung oder die Paarprozesse dynamisiert, beispielsweise als Möglichkeit des Selbstbekenntnis in einer Beziehung oder das Experimentieren mit Umgestaltung von Fantasien.

| | |
|---|---|
| | Angelika Eck |
| A_ | **Sexuelle Fantasien in der Therapie** |
| | 2020, Vandenhoeck & Ruprecht |
| | 101 Seiten |
| ISBN | 978-3-525-40846-9 |
| € | 9,99 |

Das kurze Buch ist gefüllt mit wichtigen Ansätzen und kreativen Möglichkeiten, Fantasienarbeit im Beratungssetting sinnvoll einzubauen. Themen wie Umgang mit aversiv erlebten Fantasien, Verändern von Fantasien hinsichtlich der Lebensphase, geschlechtsspezifische Unterschiede sowie konkrete Therapietools können gerne vertieft werden. Die Schreibweise lässt erkennen, wie wertschätzend und interessiert sie mit der Fantasienwelt ihrer Klient*innen arbeitet und wie tiefgehend und dynamisch diese Arbeit sein kann und einen als Lesenden motiviert, fokussierter in Richtung Fantasien zu arbeiten. Ich empfehle dieses Buch Kolleg*innen mit und ohne systemischem Background, die sich jedoch bereits in den Grundzügen von Sexual- oder Paartherapie auskennen.

**Rezensiert von**
**Marie-Christine Reiswich**

# Alles eine Frage der Zeit

| | |
|---|---|
| | Harald Lesch, Karlheinz A. Geißler, Jonas Geißler |
| A__ | **Alles eine Frage der Zeit:** Warum die „Zeit ist Geld"-Logik Mensch und Natur teuer zu stehen kommt |
| | 2021, oekom |
| | 272 Seiten |
| ISBN | 978-3-96238-248-3 |
| € | 20,00 |

Drei namhafte Autoren beleuchten den Umgang mit der Zeit aus ökologischer, wirtschaftlicher, sozialer und individueller Sicht. Die Klimakrise wird dadurch ausgelöst, dass die Zeitdauer der Regenerationszyklen der Ökosysteme in unserem Wachstums- und Beschleunigungswahn unbeachtet bleibt. Nachhaltigkeit hängt also unmittelbar mit dem Faktor Zeit zusammen, meint der Physiker und Naturphilosoph Harald Lesch. Der Naturvertrag mit der Zeit ist durch die Vorherrschaft der Zeigeruhr aufgekündigt. Die Geschichte der Zeiterfassung belegt, dass es durch die Erfindung der Uhr, die aus einer gelebten eine gemessene Zeit macht, zu einem grundlegend neuen Zeitdenken gekommen ist. Es ist auf Wirtschaftswachstum und Gewinnmaximierung ausgerichtet. Im digitalen Zeitalter gipfelt es darin, dass Wachstum nicht mehr nur durch Steigerung der Schnelligkeit, sondern darüber hinaus durch gleichzeitiges Ausführen mehrerer Tätigkeiten erzielt wird. Zeit lässt sich, so der Physiker, kaum erfassen: „Zeit ist nämlich die Welt, wie sie sich verändert."

Der Zeitforscher Karlheinz A. Geißler erläutert im zweiten Teil inwiefern die Geschichte der Zeitmessung auch die Geschichte einer stetig wachsenden Distanz zum Lebendigen ist. Die Natur, auch der Mensch, unterliegt den System- und Eigenzeiten der Ökosysteme. Handeln in der natürlichen Zeit lässt die Dinge und die Menschen ruhen, reifen und sich entwickeln.

Im umfangreichsten Teil stellt Jonas Geißler, Organisationsberater für nachhaltiges Wirtschaften, die Vielfalt der Zeitqualitäten wie zum Beispiel Schnelligkeit, Langsamkeit, Warten, Muße, Langeweile dar. Es folgen praxisnahe Überlegungen, wie wir im privaten, persönlichen und im wirtschaftlichen Bereich eine gute Zeitkultur entwickeln können, wobei auch das entschiedene Handeln der Politik eingefordert wird: „Ohne umfangreiche staatliche Eingriffe auf Basis einer differenzierten Zeitkulturfolgenabschätzung wird die drohende Selbstzerstörung nicht aufzuhalten sein."

Das Buch behandelt den zeitlichen Aspekt des selbstzerstörerischen menschlichen Handelns hin zum drohenden Zusammenbruch unserer Lebensgrundlagen. Hauptbotschaft der Autoren ist, den Umgang mit der Zeit zu ändern, also unseren Lebensstil. Das gilt für das individuelle Verhalten, das soziale und wirtschaftliche Handeln, und das gilt vor allem auch für die Politik. Der ausführliche Teil zum individuellen Verhalten macht das Buch auch zu einem psychologischen Ratgeber, denn „Zeit ist Leben".

**Rezensiert von Barbara Funk**
**Psychologists for Future**

# Mentalisierungskompetenz für Paare

| | |
|---|---|
| | Heike Plitt |
| A__ | **Mentalisierungskompetenz für Paare:** Neue Impulse für Therapie und Beratung |
| | 2020, Psychosozial-Verlag |
| | 146 Seiten |
| ISBN | 978-3-8379-2962-1 |
| € | 19,90 |

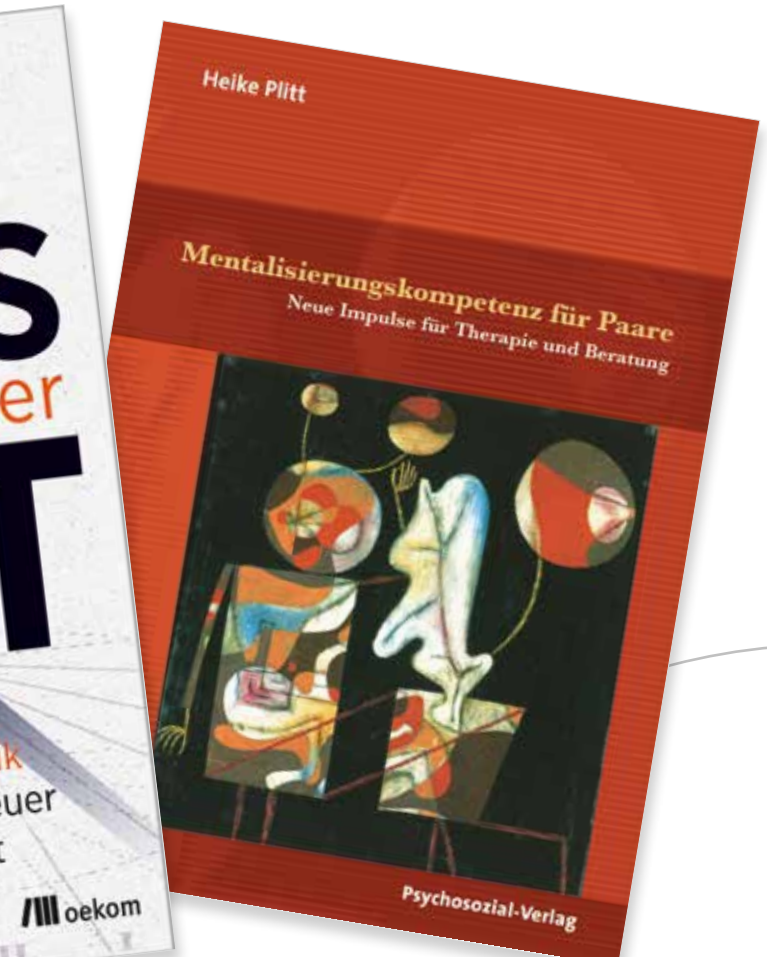
Das Buch von Heike Plitt fokussiert sich auf das Nutzen der Mentalisierungskompetenz im Paarkontext. Dabei geht die Autorin zu Beginn auf das Konzept Mentalisierung an sich ein und beschreibt die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit auf der Basis von entwicklungspsychologischen Theorien. Anhand eines Fallbeispiels beschreibt sie Phänomene der Affektregulation. Daraufhin geht sie auf die Bindungsqualität und den Zusammenhang zwischen Bindungstyp und Emotionsausdruck ein. Sie skizziert die Bindungstheorie in einigen Sätzen um danach auf das epistemische Vertrauen sowie die Mentalisierungsmodi (teleologisch, Äquivalenzmodus et cetera) einzugehen.

Im Kapitel „Mentalisieren in der Paarbeziehung" geht die Autorin zu Beginn auf wissenschaftliche Ergebnisse aus der Bindungsforschung ein. Anschließend präsentiert sie Modelle zur Stressverarbeitung bei Paaren. Besonders interessant ist dabei das stressabhängige Schaltmodell der Mentalisierung: Bei Stress und emotionaler Belastung ist kein reflexives Denken mehr möglich, sondern implizite Mentalisierungskompetenzen werden aktiviert. Das führt dazu, dass Strategien zur Wiedererreichung eines Schaltpunktes und somit möglichen konstruktiven Auseinandersetzung gefunden werden müssen. Darüber hinaus präsentiert die Autorin die Mentalisierungsdimensionen und wie Mentalisieren und Paarkonflikte zusammenhängen. Dabei schmückt sie ihre Erklärungen anhand von Beispielen aus der Paartherapie. Anschließend geht sie auf einzelne Aspekte der Beziehung ein (Kollusion, Sexualität).

Im Kapitel „Mentalisieren in der Paartherapie" erwarten Leser*innen einerseits Überlegungen, wie Psychotherapeut*innen sich eine mentalisierungsfördernde Arbeitsatmosphäre schaffen können (zum Beispiel die Haltung des Nicht-Wissens) und andererseits auch vielfältige Methoden und Interventionen, die im Therapiesetting genutzt werden können, so unter anderem die Methode der Affektfokussierung, der Perspektivenvielfalt, „Stop and Stand"-Methode und so weiter. Diese werden durch Transkripte aus Therapiesitzungen sowie konkrete Fallvignetten näher beleuchtet. Heike Plitt bietet auch ein Fragenkatalog für mentalisierungsunterstützende Interventionen an sowie eine Checkliste zur Selbstevaluation an.

Der Schreibstil ist sehr angenehm und einfach zu verstehen (trotz Komplexität), sodass auch Patient*innen einzelne Abschnitte psychoedukativ zur Lektüre empfohlen werden können. Es ist ein kleines, feines Buch mit einer Fülle an Informationen, die sowohl im Einzeltherapiekontext als auch im Paarkontext genutzt werden können, insbesondere bei Themen wie Bindungsängsten oder immer wiederkehrenden Paarstreitigkeiten.

**Rezensiert von**
**Marie-Christine Reiswich**



# Die „innere lustvolle Frau“

Jede Frau kann mit ihrer „inneren lustvollen Frau“ in Kontakt treten. Sie muss nur Gehör finden.

Diana Ecker macht mit ihren Schilderungen individueller Therapieabläufe deutlich, dass jede Frau den Weg zu sexueller Lust und Selbstbestimmung (wieder-)entdecken kann. Und dies völlig unabhängig von Alter, Beziehungsstatus und -dauer und unabhängig von möglichen traumatischen Erfahrungen. Die im Rahmen des sexualtherapeutischen Ansatzes ablaufenden, angestoßenen Prozesse dienen allesamt der Aneignung der „inneren lustvollen Frau“. Anschaulich zeigt dieses Buch, wie der Weg gelingen kann, die sexuelle Lustlosigkeit zu überwinden. Es richtet sich sowohl an betroffene Frauen als auch an ihre Therapeutinnen.

Das Thema des Buches ist für Frauen und für die Psychotherapie ein immens Wichtiges. Die weibliche Sexualität ist nach wie vor für viele Menschen ein Rätsel und für viele betroffene Patientinnen ein Tabuthema beziehungsweise sexuelle Unlust etwas, womit man sich selber und auch der betroffene Partner abfinden muss mit allen damit verbundenen Konsequenzen für das eigene Leben, die psychische Befindlichkeit, die Lebensqualität und die Partnerschaft. Die Autorin möchte mit ihrem Buch Mut machen, das Thema aufzugreifen und anzugehen, um damit wieder mehr Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, weibliche Identität, Lust und damit auch wieder mehr Lebensqualität in der Partnerschaft zu bekommen. Dabei sind insbesondere die Hintergründe zur weiblichen Sexualität auch für diejenigen interessant, die keine spezifischen Probleme mit sexueller Lust haben – man kann immer dazu lernen.

Das Thema wird sehr gut strukturiert und übersichtlich mit vielen Praxisbeispielen aus der Arbeit der Autorin und spannenden theoretischen und wissenschaftlichen Hintergründen aufbereitet. Darüber hinaus enthält es sehr viele praktische Anleitungen, wie sexuelle Unlust bearbeitet und verändert und die „innere lustvolle Frau“ entwickelt werden kann. Insgesamt vermittelt die Autorin auf eine sehr wertschätzende Art und Weise Zugang zu weiblicher Identität und Lust und macht Mut, sich damit auseinanderzusetzen.

Das Buch geht sowohl auf die Bedürfnisse der Betroffenen ein und vermittelt viele praktische Vorschläge. Dabei integriert es verschiedene therapeutische Methoden (künstlerische, verhaltenstherapeutische, köperorientierte Verfahren). Darüber hinaus erhält man einen guten Einblick in den aktuellen Stand der Forschung und die theoretischen Hintergründe zu weiblicher Sexualität.

Das Buch macht Mut und Lust, sich mit dem komplexen Thema weiblicher Sexualität im Allgemeinen und sexuelle Unlust im Speziellen auseinanderzusetzen. Es enthält viele praktische Anleitungen, die sowohl in der Therapie als auch im Rahmen von Selbsterfahrung gut umsetzbar sind und motiviert damit zur Umsetzung in der Therapie als auch im eigenen Leben.

Die Beispiele aus der Praxis der Autorin sind im Buch sehr ausführlich dargestellt, teilweise in wörtlicher Rede, was auf der einen Seite sehr gut die Arbeit der Autorin illustriert, auf der anderen Seite aber im Verhältnis zu den anderen Inhalten zu viel Raum einnimmt und sich manchmal ausholend liest. Soweit die weibliche Perspektive.

Aus männlicher Perspektive lohnt sich diese Veröffentlichung nicht nur für alle Frauen, die sich mit ihrer sexuellen Lust auseinandersetzen wollen und können, sondern ebenfalls für die heterosexuellen Partner, die sich mit der weiblichen Sexualität beschäftigen wollen. Der lustlose Mann ist ein Phänomen, das in den letzten 20 Jahren zugenommen hat. Ursächlich sind unter anderem Stress, zu hohe sexuelle Ansprüche sowie höherer Erwartungsdruck neben Beziehungsproblemen. Insofern sind die Ursachen der Geschlechter bei Lustlosigkeit nicht so unähnlich. Deshalb lohnt es sich für alle Therapeutinnen und Therapeuten, die sich in ihrer praktischen Arbeit auch mit Männern Impulse wünschen und Hilfestellungen für paartherapeutische Interventionen. Darüber hinaus erhält man einen Einblick in den aktuellen Stand der Forschung und die theoretischen Hintergründe zu weiblicher Sexualität. Das Konzept ist methodenintegrativ und bezieht körpertherapeutische Interventionen mit ein.

Ein Klassiker bei der Behandlung sexueller Störungen bei Männern war und ist das Buch „Die neue Sexualität der Männer“ von Bernie Zilbergeld. Mit der Veröffentlichung von Diana Ecker hat der dgvt-Verlag nun diese Themenreihe endlich konsequent fortgesetzt und pragmatisch ergänzt.

**Rezensiert von Pamela Grassl und Dr. Andreas Rose**

| | |
|---|---|
| | Diana Ecker |
| A__ | **Die „innere lustvolle Frau“:** Prozessorientierte Sexualtherapie für Frauen mit sexueller Unlust |
| | 2020, dgvt-Verlag |
| | 316 Seiten |
| ISBN | 978-3-87159-233-1 |
| € | 19,80 |

## Stellenangebote

Exclusive gut eingeführte psychotherapeutische Praxis in Hamm (sekretariatsgeführt) sucht für die Mitbehandlung der Privatpatienten eine(n) approbierte(n) Kollegen/in (VT) auf Honorarkraftbasis.

Aussagekräftige Bewerbung bitte an:
Praxis für Psychotherapie Burkhard Jakisch,
Schützenstr. 2, 59071 Hamm
(Tel. 02381 - 486086)

Entlastungsassistenz für VT-Praxis in Köln oder Erftstadt gesucht. 10-15 Wochenstunden für 1 Jahr oder länger auf Honorarbasis. Voraussetzung ist ein Eintrag im Arztregister. Chiffre PA20210306

## Jobsharing

**Jobsharing**
**Psychologischer Psychotherapeut/**
**Psychologische Psychotherapeutin, VT, gesucht**

Psychotherapeutische Praxis, Hannover/Langenhagen, sucht zum nächstmöglichen Termin einen Jobsharer/eine Jobsharerin. Spätere Übernahme aus Pensionsgründen möglich (halbe bzw. ganze KV-Zulassung vorhanden).

Chiffre PTA 20210304

## Praxisabgabe

PP-Praxis (TP, Erw.) im Landkreis Karlsruhe zum 1.1.2022 abzugeben. KV-Zulassung vorhanden.

Kontakt: wo_wagner@web.de

Landau in der Pfalz
Sehr gut eingeführte halbe psychotherapeutische Praxis (VT-Erwachsene) zum 01.02.2022 zu verkaufen. KV-(Teil)Zulassung vorhanden. Hohe Therapie-Nachfrage.
Kontakt: JoachimGraf@t-online.de

PP-Praxis (Erw.), hälftig, Oberbergischer Kreis, abzugeben ab sofort. KV-Zulassung vorhanden.

Tel.: 0172-7152161

## Praxisgesuch

Suche viertel, halbe oder ggf. ganze Praxis, KV-Zulassung erwünscht: Psychologische Psychotherapie oder KiJu oder ärztliche Psychotherapie zur z.B. Anstellung einer bereits langjährig approbierten Kollegin in meinem MVZ in **Köln** (standortunabhängig innerhalb von Köln). Biete sehr gute bzw. überdurchschnittliche Konditionen.
Kontaktaufnahme über: koeln7777@gmx.de

## Praxisvermietung

Duisburg, Nähe Kaiserberg: Wir bieten schönen, hellen Therapieraum zur Untermiete in etablierter VT-Praxis mit netten Kolleginnen.
Mail: kontakt@praxis-stengel.net
Tel.: 0163 275 40 46

## Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
**Supervision bei VT-Antragstellung**
von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234 / 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

**Erfahrener Kollege und zugelassener Supervisor (Köln)**
lädt analytische und systemische Kinder- und Jugendlichentherapeuten/innen zur Supervision ein.
www.Potting.de
01636296806

**MEG Institut Göttingen-Hannover für Klinische Hypnose** bietet Einzelseminare & fortlaufendes Curriculum zur modernen Hypnotherapie bzw. Hypnose für Ärzte & Psychotherapeuten an.

Achtung – **Sonderseminar am 1./2. Okt. 2021 in Hannover: Hypno meets Brainspotting™ / Referent: Andreas Kollar aus Wien.** Nähere Informationen auf **www.meg-goettingen-hannover.de**, per Email über kontakt@dr-hwg.de oder telefonisch unter 0160 / 65 366 57

## Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter www.psychotherapieaktuell.de.

Für ein individuelles Angebot nehmen Sie gerne Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:
medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA .....
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

**Anzeigenschluss für Heft 4.2021:**
22. Oktober 2021

**Kleinanzeigenpreise 2021**
Pro Millimeter: 3,70 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPtV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über medhochzweiverlag.de oder direkt unter mhz-anzeigen.de ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir 15,00 Euro Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPtV erscheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPtV (bmb-anzeigen@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

**Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf**

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVen bekannt gemacht. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

**Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:**

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheimgestellt.

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

## Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell" hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell" erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPtV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Aktuelle Auflage: 18.500 Exemplare

**Verlag und Herausgeberin**
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

**Verantwortliche Schriftleitung**
Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
sabineschaefer@dptv.de

**Kontaktanschrift der Redaktion**
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

**Layout/Satz**
Jacqueline Lee

**Redaktionsbeirat**
Sabine Schäfer, Carsten Frege, Dr. Enno E. Maaß, Mechthild Lahme, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Hans Strömsdörfer

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin wieder. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlags unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und im Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlags. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

**Hinweise für Autor*innen**
Das Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung können Sie per Mail unter psychotherapieaktuell@dptv.de anfordern.

**Anzeigen**
medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

**Druck**
Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebknecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)

ISSN 1869-0335

**Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.**

## Inserentenverzeichnis

| | Seite |
|---|---|
| CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz | 27 |
| DKV Deutsche Krankenversicherung, Köln | 39 |
| Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn | 49 |
| Elron GmbH, Essen | 4 |
| Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen | 31 |
| IVS Institut für Verhaltentherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth | 52 |
| Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim | 13 |
| Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster | 35 |
| new media company GmbH & Co. KG, Oldenburg | U4 |

## Bildnachweise

| | Seite |
|---|---|
| Adobe Stock/Maik Dörfert | U1, 5, 10 |
| Adobe Stock/Antonio Rodriguez | 5, 28 |
| Adobe Stock/goldnetz | 6-19 |
| Adobe Stock/Rahmat | 12 |
| Adobe Stock/executioner4 | 14, 17-18 |
| Adobe Stock/Ivan Kopylov | 15 |
| Adobe Stock/vulkanov | 17 |
| Adobe Stock/amixstudio | 18 |
| Adobe Stock/ Anna | 19 |
| Adobe Stock/WindyNight | 20 |
| Adobe Stock/upixa | 22 |
| Adobe Stock/Robert Kneschke | 26 |
| Adobe Stock/Grafinger | 32, 34 |
| Adobe Stock/Syuzann q | 40-42 |
| Adobe Stock/adragan | 44-45 |
| Kerstin Nussbächer | 45 |
| Adobe Stock/fizkes | 49 |
| Adobe Stock/RIMM_art | 50-52 |
| Adobe Stock/ngupakarti | 54-60 |

Die Bilder sind in Leserichtung benannt (von links nach rechts, oben nach unten). Die Autorenbilder wurden privat zur Verfügung gestellt.

Am **1. Oktober 2021** erscheint eine Sonderausgabe der Psychotherapie Aktuell zu Qualitätssicherung. Die nächste reguläre Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am **3. Dezember 2021**.

## Adressen DPtV

### Bundesgeschäftsstelle

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Bundesgeschäftsführer: Carsten Frege

Pressesprecher: Hans Strömsdörfer
Telefon 030 235009-27
presse@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung:
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10:00 – 13:00 Uhr, Mi 11:00 – 15:00 Uhr
mitgliederberatung@dptv.de

Hotline zur Ausbildungsreform:
Telefon 030 235009-26
Di 15:00 – 16:00 Uhr

Fragen rund um die Mitgliedschaft:
mitgliederverwaltung@dptv.de

### Bundesvorstand

**Bundesvorsitzender**
Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

**Stellv. Bundesvorsitzende**
Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
ennomaass@dptv.de

Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München
ankepielsticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

**Kooptiertes Mitglied**
Dr. Christina Jochim
Rubensstraße 125, Haus 17
12157 Berlin
christinajochim@dptv.de

### Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Ilka Heunemann (Stellv. Vorsitzende)

### Ansprechpartner*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

**Baden-Württemberg**
Dr. Alessandro Cavicchioli
dralessandrocavicchioli@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg
Laura Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0157 35361267
gs-bw@dptv.de

**Bayern**
Rudolf Bittner
Innere Münchener Straße 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

**Berlin**
Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
Telefon/Fax 030 55153363
georgschmitt@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Berlin
Sebastian Hüting
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 15:00 – 17:00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

**Brandenburg**
Ilka Zänker
Am Frauenberg 1
15907 Lübben
Telefon 0354 68971
ilka.zaenker@t-online.de

**Bremen**
Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
ameliethobaben@dptv.de

**Hamburg**
Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Telefon 040 41912821
heikepeper@dptv.de
Do 13:00 – 14:00 Uhr

**Hessen**
Ilka Heunemann
ilkaheunemann@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Hessen
Martina Büschel
Rheinstraße 1
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo, Mi 9:30 – 12:30 Uhr
Di, Do 8:30 – 11:30 Uhr
Fr 9:30 – 11:30 Uhr
hessen@dptv.de

**Mecklenburg-Vorpommern**
Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Telefon 03881 79050
karen.franz@dptv-mv.de

**Niedersachsen**
Dr. Enno Maaß
ennomaass@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Michael Kladny
Peiner Straße 4
30519 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

**Nordrhein**
Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
a.pichler@t-online.de

Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg
Lucia Reinartz
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
Mo 10:00 – 14:00 Uhr, Do 9:00 – 12:00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

**Westfalen-Lippe**
Dr. Inez Freund-Braier
freund.braier@kjpp-letmathe.de

Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo, Mi 8:15 – 11:15 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

**Rheinland-Pfalz**
Sabine Maur
sabine.maur@dptv-rlp.de

Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
Katharina Dries
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
k.dries@dptv-rlp.de

**Saarland**
Kathrin Schlipphak
Narzissenstraße 11
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 5847815
kathrinschlipphak@dptv.de

**Sachsen**
Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivital.de

Landesgeschäftsstelle Sachsen
Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

**Sachsen-Anhalt**
Jeannette Erdmann-Lerch
Goethestraße 26
29410 Salzwedel
jeannette.erdmann-lerch@dptv.de

**Schleswig-Holstein**
Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

**Thüringen**
Dagmar Petereit
Radegundenstraße 9
99084 Erfurt
Telefon 0361 2626888
info@praxis-petereit.de

smarty®
Die Praxissoftware

# Ihre Aufgabe ist es, zu helfen. Unsere auch!

Ein wichtiger Bestandteil Ihrer Praxistätigkeit ist Ihre Praxisverwaltungssoftware. Dieses Arbeitsmittel sollte einfach sein und Ihren Arbeitsalltag erleichtern, nicht erschweren.

Mit **Smarty®** bieten wir Ihnen eine hochprofessionelle Praxissoftware und einen ausgezeichneten Support.

**Testen und kontaktieren Sie uns!**
**0441 - 390 112 66**

**GEWINNER**
der DPtV-Mitgliederbefragung in den Kategorien Erreichbarkeit, Wartung vor Ort und Betreuung durch Spezialisten.*
*Quelle: „Psychotherapie Aktuell" Ausgabe 2.2020

nmc
new media company

New Media Company GmbH & Co. KG | Donnerschweer Straße 398 | 26123 Oldenburg
**www.smarty-online.de**