



DPTv Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

15. Jahrgang | Ausgabe 1.2023



Patientenanfragen während
der Corona-Pandemie 2022

Den Umgang mit Stress
und Schmerzen lernen

Psychosoziale Aspekte bei
unerfülltem Kinderwunsch



PANDEMIE UND PSYCHE

HYBRID

SYM- POSI- TIUM 2023

Veranstaltungsort

Das Symposium findet als **Hybrid-
veranstaltung im Tagungswerk,
Lindenstr. 85, 10969 Berlin, und
als Online-Veranstaltung** statt.

Anmeldung

Die Teilnahme an der Veranstaltung
ist kostenfrei. Eine Anmeldung
ist erforderlich unter
www.dptv.de/symposium

Anmeldefrist: 04.06.2023

Wichtiger Hinweis:

*Wir halten uns an die jeweils geltenden
Corona-Verordnungen. Bitte informieren Sie
sich vor dem Besuch der Veranstaltung
auf unserer Homepage über die aktuellen
Zugangsbedingungen.*

Zertifizierung

Für diese Veranstaltung sind
Fortbildungspunkte beantragt.

Preisverleihung

Zu Beginn der Veranstaltung wird der
DPTV-Master-Forschungspreis 2023
verliehen. Weitere Informationen auf
www.dptv.de/masterpreis

Vorträge und Diskussion

Die Häufung psychischer Erkrankungen
während der Covid-19-Pandemie wurde
bereits in zahlreichen Studien unter-
sucht, jedoch lassen die Ergebnisse
bislang noch keine eindeutigen kausalen
Schlüsse zu.

Zum einen werden die pandemieasozii-
erten Belastungen und Einschränkungen
für eine Zunahme psychischer Erkrankun-
gen, insbesondere bei Kindern, verant-
wortlich gemacht, zum anderen kann
eine Infektion mit SARS-CoV-2, sowohl
bei milden als auch bei schweren Verläu-
fen, zu andauernden psychischen und
kognitiven Beeinträchtigungen führen.

Die zunehmende Anzahl von Long-/Post-
Covid-Betroffenen, die u.a. unter fortbe-
stehenden kognitiven Leistungseinbußen
und rascher Ermüdbarkeit leiden, trägt
inzwischen zu einem deutlich erhöhten
Beratungs- und Behandlungsbedarf
bei. Die Anfragen in den psychothera-
peutischen und neuropsychologischen
Praxen häufen sich und es bestehen
sowohl bei Patient*innen als auch bei
Psychotherapeut*innen viele Unsicher-
heiten.

Auf unserem diesjährigen Symposium
werden wir über Indikationen und
Behandlungsmöglichkeiten der psychi-
schen Folgen von Covid-19 sprechen
und gemeinsam diskutieren, inwieweit
spezielle Versorgungskonzepte erforder-
lich sind und welche Fortbildungsange-
bote hierfür angeboten werden sollten.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und
auf ein spannendes Symposium 2023.

**14. JUNI 2023
14.30-19.30 UHR**

Ich dachte, ich wäre immun – nun hat es mich auch erwischt!



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt sie immer noch, diejenigen, die bisher von einer SARS-CoV-2-Infektion verschont geblieben sind. Bis vor Kurzem gehörte ich auch dazu und wähnte mich schon immun gegen diese Erkrankung. Viele, die ein oder auch schon mehrfach eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht haben, können davon berichten, dass auch nach dem fehlenden zweiten roten Strich auf dem Testschiffchen, weiterhin Symptome und Einschränkungen bestehen, die auf die Infektion zurückzuführen sind. Ich kann wieder voll und ganz meinen Alltag bestreiten. Doch es gibt eine Vielzahl von Betroffenen, die nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 unter anderem unter fortbestehenden kognitiven Leistungseinbußen und rascher Ermüdbarkeit leiden. Diese Post-/Long-Covid-Betroffenen kommen mit den teilweise sehr massiven Einschränkungen in ihrem Leben und Arbeitsalltag nicht zurecht und suchen Hilfe auch in unseren psychotherapeutischen und neuropsychologischen Praxen.

Mit den Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen werden insbesondere die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen unter uns schon länger konfrontiert. Auch der Deutsche Ethikrat konstatiert hier sehr klar die Beeinträchtigungen und Belastungen, die Kinder und Jugendliche während der Corona-Pandemie erleiden mussten und empfiehlt die Versorgung dieser Patient*innen zu verbessern.

Die steigenden Patientenfragen in unseren Praxen während der Corona-Pandemie zeigen, dass wir hier als Behandelnde einen wichtigen Versorgungsbeitrag abdecken müssen. Wie können wir Psychotherapeut*innen unseren Patient*innen helfen? Welche Ergebnisse finden sich dazu in bisherigen Studien, welche wegweisenden Erfahrungen gibt es zu diesen Auswirkungen der Pandemie?

Damit wollen wir uns auf unserem nächsten DPtV-Symposium – im Hybridformat – am 14. Juni 2023 mit dem Thema „Pandemie und Psyche“ intensiv beschäftigen, und laden Sie dazu herzlich ein!

Heute möchten wir Ihnen auch danken: Sie haben mit Ihrer Stimme bei den Wahlen in die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, dass am 1. Februar 2023 mit Gebhard Hentschel, Dr. Anke Pielsticker, Amelie Thobaben und Michael Ruh vier ausgewiesene kompetente DPtV-Kolleg*innen in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt wurden! Ihre Stimme ermöglicht es uns, weiter intensiv für Ihre Interessen in den Gremien zu kämpfen. Wir haben viel erreicht und es gibt weiterhin viel zu tun.

Es grüßt Sie herzlich, auch im Namen des Bundesvorstands, Ihre

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV

Wie schütze ich mich und mein Einkommen optimal?

Es gibt verschiedenen Absicherungsformen, welche bei **unterschiedlichen** Auslösern leisten, die wir hier kurz vorstellen in Abhängigkeit des Umfangs der Gesundheitsprüfung!

Die Berufsunfähigkeitsversicherung – der Königsweg der Absicherung

umfangreiche
Prüfung



Das Top-Produkt unter den Absicherungsmöglichkeiten der Arbeitskraft ist die Berufsunfähigkeitsversicherung.

Hier wird bei festgestellter Berufsunfähigkeit eine entsprechende Rente bis zum Altersrentenbezug gezahlt.

Hier sind sich selbst die sog. Verbraucherschützer einig: die Berufsunfähigkeitsversicherung ist ein **MUSS** für **jeden**, der am Arbeitsleben teilnimmt.

**Sonderlösung
der Elron GmbH:**
BU-Gruppenversicherung für
DPfV-Mitglieder:
Nur 3 Gesundheitsfragen!

Grundfähigkeitenabsicherung

Die Grundfähigkeitenversicherung ist verschiedenen Personen zu empfehlen, die nach einer alternativen Form der Arbeitskraftabsicherung suchen. Zum Beispiel, weil die gesundheitliche Vorgeschichte den Königsweg BU“ nicht möglich machen.

GF – Für jeden, der bewusst oder als Folge der persönlichen Umstände auf umfangreicheren Schutz verzichten will, muss oder kann, ist die Grundfähigkeitenabsicherung eine gute Wahl.

mittlere
Prüfung

Multi-Risk-Absicherungen

Diese bieten Schutz vor finanziellen Einbußen in Form einer Rentenzahlung für den Eintritt **dauerhafter** körperlicher Schädigung durch Unfall, Organschäden, eine schwere Krankheit, den Verlust von Grundfähigkeiten oder den Eintritt des Pflegefalls. Oftmals sind auch psychische Erkrankungen mitversichert.

Da die körperlichen Schädigungen dauerhaft als Leistungsauslöser vorhanden sein müssen, wäre die Multi-Risk eben auch nur eine Worst-Case Absicherung.

Unfall

Die finanziellen Folgen einer körperlichen Schädigung durch einen Unfall sind schwer einzuschätzen und lassen sich schwer mit einer Geldsumme festlegen. Daher lassen sich in diesem Bereich sehr hohe Summen in Form einer Invaliditätsleistung versichern.

Die private Unfallversicherung bietet 24 Stunden weltweiten Versicherungsschutz und ist daher **jedem** zu empfehlen!

wenig - keine
Prüfung

Beitragsbefreiung bei BU innerhalb Ihrer Altersvorsorge

Wenn Sie erkranken beeinträchtigt dies nicht nur Ihr Hier und Jetzt, sondern finanziell auch Ihre Zukunft! Sichern Sie daher Ihre Altersvorsorge zusätzlich ab, erst recht, wenn keine andere Option möglich ist!

Im Falle einer Berufsunfähigkeit werden Sie von den Beitragszahlungen **freigestellt** und Ihre Altersvorsorge wird durch die Versicherung weiter bespart!



Reminder:

Bestehende Rürupverträge jetzt auffüllen!
Bei Rürupverträgen betragen die Höchstbeträge für 2022 25.639 EUR für Alleinstehende bzw. 51.278 EUR für gemeinsam veranlagte Verheiratete, wovon **94% steuerlich** relevant sind.



Ihre
Elron GmbH

Zollstrasse 130
45356 Essen
Telefon 0201 7221544
Telefax 0201 7221505
info@elrongmbh.de
www.elrongmbh.de



22

6 „Gerade in Krisenzeiten ist der gesellschaftliche Zusammenhalt besonders wichtig – aber auch besonders gefährdet.“



8

LUNCHTALK

- 6 Hans Strömsdörfer // Solidarität und Spaltung in Krisenzeiten

GESUNDHEITSPOLITIK

- 8 Cornelia Rabe // Patientenfragen während der Corona-Pandemie 2022

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 16 Delia Dörr // Den Umgang mit Stress und Schmerzen lernen

AUS DER PRAXIS

- 22 Archontula Karameros // Ambulante Gruppenpsychotherapie bei PTBS und KPTBS
- 27 Silke Ahrend // Gruppenpsychotherapie darf leicht sein und Spaß machen!
- 32 Tewes Wischmann // Psychosoziale Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch
- 36 Cornelia Fisch // Ihre Stimme in der Psychotherapie

RECHT UND STEUER

- 42 Janine Peine // Überraschung Umsatzsteuer

NEWS

- 45 Kriege, Konflikte und Katastrophen als Themen der Psychotherapie
- 46 Gebhard Hentschel bestätigt als Bundesvorsitzender der DPtV
- 47 Kurz gemeldet ...
- 48 Berufliche Zukunft der Psychotherapeut*innen gestalten

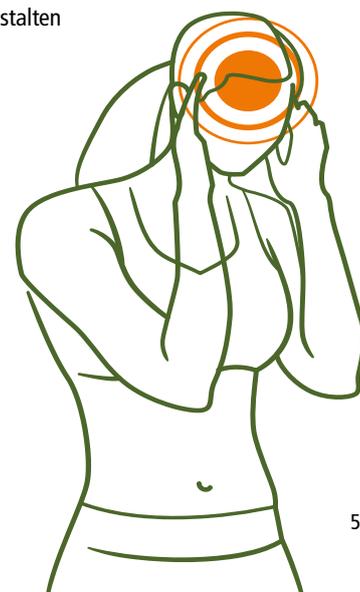
CAMPUS

- 49 Veranstaltungen März bis Juli 2023

REZENSIONEN

- 50 Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung – Abrechnung
- 51 Klimagefühle
- 52 Psychotherapeutische Arbeit mit trans*Personen
- 53 Kleinanzeigen
- 54 Impressum
- 55 Adressen DPtV

16



Hans Strömsdörfer

Solidarität und Spaltung in Krisenzeiten

DPTV Online-LunchTalk mit interessanten Vorträgen und Diskussion.

„Gerade in Krisenzeiten ist der gesellschaftliche Zusammenhalt besonders wichtig – aber auch besonders gefährdet“, eröffnete Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), den LunchTalk 2022. Unter der Überschrift „Solidarität und Spaltung in Krisenzeiten“ verfolgten 600 Teilnehmer*innen die Vorträge von Prof. Dr. Jule Specht (Humboldt-Universität Berlin) und Prof. Dr. Stephan Lessenich (Goethe-Universität Frankfurt).

Verständnis für andere Einstellungen

Sehr konkrete Auswirkungen von Solidarität erforschte Prof. Dr. Jule Specht in einer Studie: Wer erhielt während der Corona-Pandemie welche Unterstützung von wem? Für die Bewältigung der Krise war Solidarität von erheblicher Bedeutung, soziale Unterstützungsangebote durch Kontaktbeschränkungen jedoch erheblich eingeschränkt. Die Professorin für Persönlichkeitspsychologie fand heraus, dass offene und extrovertierte Personen, die bereits sozial gut integriert waren, mehr Unterstützung erhielten. Soziale Netzwerke in der Corona-Pandemie erst aufzubauen war jedoch erheblich erschwert. 45 Prozent der Befragten erhielten soziale Unterstützung von Personen außerhalb ihres Haushalts – zehn Prozent erhielten nicht ausreichend Unterstützung. Diese Erkenntnisse sollten bei der Bereitstellung von Hilfen insbesondere durch die Zivilgesellschaft zukünftig Berücksichtigung finden. Ein weiteres Forschungsthema ist die Solidarität im Ukraine-Krieg: „Empathische Menschen haben eher pro-migrantische Einstellungen und eher Verständnis für andere Einstellungen“, folgerte Prof. Specht.

Begriff „Solidarität“ nicht überdehnen!

Prof. Dr. Stephan Lessenich leitet schon länger empirische Forschungsprojekte zu solidarischem Handeln. Im LunchTalk warnte er vor einer „Überdehnung“ des Begriffs Solidarität sowie vor dem Verlust begrifflicher Trennschärfe – etwa zur Kooperation, Empathie oder Hilfe. Der Professor für Gesellschaftstheorie und Sozialforschung stellte in der Corona-Krise eine „Hochkonjunktur“ und extreme Bandbreite des Solidarität-Begriffs fest: vom Maskentragen bis hin zum Klatschen vom Balkon. Solidarität sei jedoch vielmehr „eine kollektive soziale Praxis, die gesellschaftliche Probleme identifiziert und kooperative Formen ihrer Bearbeitung etabliert und auf die Veränderung der gesellschaftlichen Problemverursachungsstrukturen zielen“. Solidarität beinhalte Grenzziehung und sei zudem nicht harmlos. Man müsse sie durchsetzen gegen ein soziales Gegenüber – etwa gegen die Arbeitgeber*innen von unterbezahltem Pflegepersonal.

Solidarität kein Privileg der Wohlmeinenden

In der Diskussion antworteten die Expert*innen auf die Fragen der LunchTalk-Teilnehmer*innen. Während Prof. Lessenich der Meinung war, dass Solidarität Ressourcen benötige, die nicht jeder zur Verfügung habe, verwies Prof. Specht auf die Aktivitäten Nichtprivilegierter wie Student*innen hin. Gerade in der Unterstützung von Flüchtlingen seien diese sehr aktiv gewesen. Auf solidarische Strukturen im rechten Spektrum angesprochen, betonte Prof. Lessenich, Solidarität sei kein Privileg der Wohlmeinenden. Die Frage des Nutzens für die allgemeine Gesellschaft entscheide sich auch im „Kampf der Solidaritäten“. In der Frage nach Unterschieden zwischen Stadt und Land sah Prof. Lessenich kein quantitatives Gefälle, jedoch eine Tendenz zu längerfristigen Netzwerken im ländlichen Raum.

DPTV *Lunch Talk*



Sie konnten den DPTV-LunchTalk nicht live verfolgen?
Der LunchTalk 2022 ist hier als Video verfügbar:
www.dptv.de/lunchtalk



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

Patientenanfragen während der Corona-Pandemie 2022

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) hat im Juni 2022 alle ordentlichen Mitglieder (Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen) in einer Online-Umfrage zu Patientenanfragen in ihrer psychotherapeutischen Praxis während der Corona-Pandemie befragt. Von 14.054 per Mail angeschriebenen Mitgliedern haben 2.270 in der ambulanten Versorgung tätige Psychotherapeut*innen geantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 16,2 %.

Bereits im zweiten Jahr der Corona-Pandemie im Januar 2021 wurden die Psychotherapeut*innen von uns im Rahmen einer Online-Umfrage dazu befragt. Es hatte sich dabei ein deutlicher Anstieg der Patientenanfragen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum vor dem Beginn der Pandemie gezeigt (Rabe-Menssen, 2021). Mit der aktuellen Erhebung soll ermittelt werden, ob die erhöhte Nachfrage nach Psychotherapie im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie (Januar 2020) auch im dritten Jahr der Pandemie anhält und im zeitlichen Verlauf sichtbar gemacht werden kann.

Beschreibung der Stichprobe

Von den aktuellen Teilnehmer*innen sind 81 % Psychologische Psychotherapeut*innen (PP), 19 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP). 94 % sind vorwiegend vertragspsychotherapeutisch (also mit „Kassenpraxis“) tätig. Etwas mehr als die Hälfte ist in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner*innen) tätig (s. Abb. 1a-c). Die Verteilung der aktuellen Umfrageteilnehmer auf vorwiegende Tätigkeit als PP oder KJP, auf Kassen- oder Privatpraxis und auf den Ort ihrer Praxis ist der Verteilung in der Stichprobe der Umfrage von 2021 sehr ähnlich.

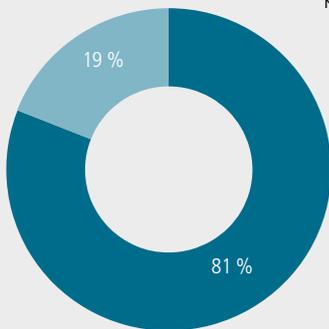
Abbildung 2 zeigt die regionale Verteilung der Umfrageteilnehmer*innen. Alle Bundesländer sind repräsentiert.

Insgesamt zeigen die Umfrageergebnisse, dass die im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie deutlich erhöhte Nachfrage nach ambulanter psychotherapeutischer Beratung, Unterstützung und Behandlung auch im Jahr 2022 unvermindert anhält. Die Anfragen in den Psychotherapiepraxen verbleiben weiterhin auf dem hohen Niveau von Januar 2021. Der deutlich höhere Bedarf an ambulanten psychotherapeutischen Angeboten besteht in der aktuellen Pandemie-Situation weiterhin und sollte stärker in den gesellschaftspolitischen Fokus genommen werden.



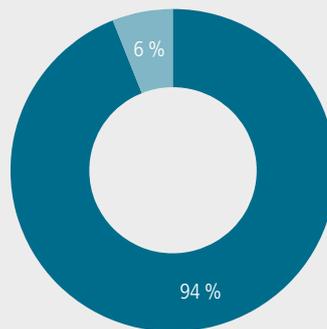
Vorwiegende Tätigkeit als...

Psychologische Psychotherapeut*in ■
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in ■



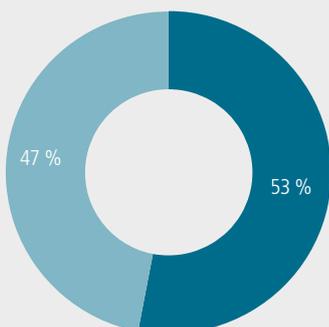
GKV-Praxis oder Privatpraxis

Vertragspsychotherapeutische Praxis ■
Privatpraxis ■



Stadt- und Gemeindetyp des Praxissitzes

Großstadt (> 100.000 Einwohner*innen) ■
Mittelstadt, Kleinstadt oder Landgemeinde ■



Die DPTV-Umfrage als PDF:
www.dptv.de/umfrage_patienten_2022

Abbildung 1a-c: Beschreibung der Umfrageteilnehmer*innen

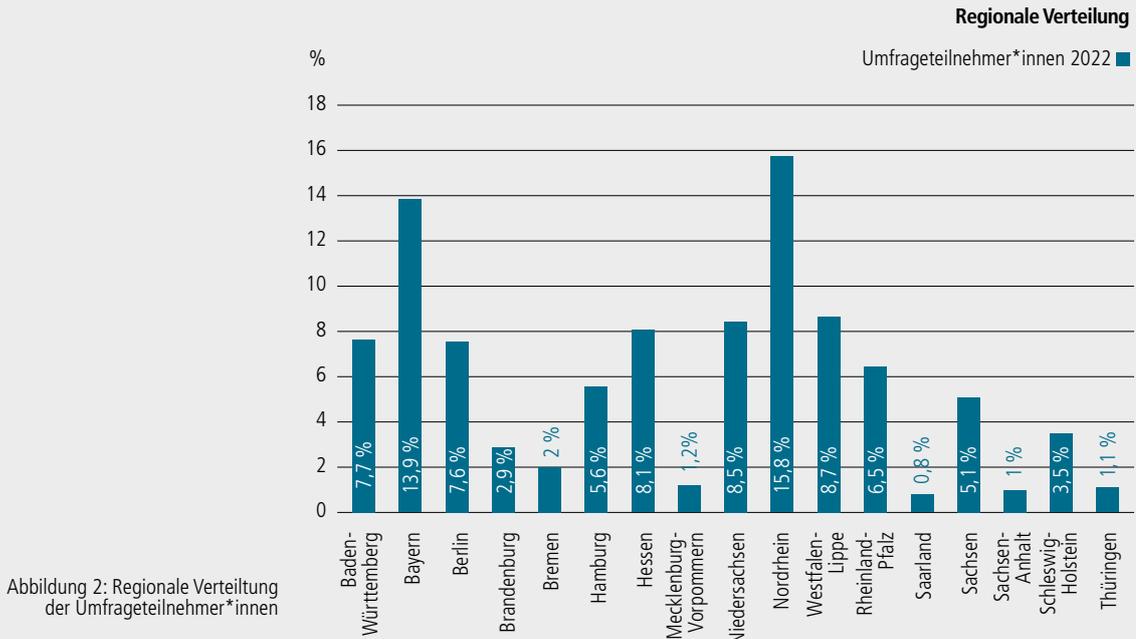


Abbildung 2: Regionale Verteilung der Umfrageteilnehmer*innen

Ergebnisse für alle befragten Psychotherapeut*innen

Es werden zunächst die Ergebnisse für die Gesamtgruppe aller befragten Psychotherapeut*innen dargestellt (N=2.270). Anschließend werden Besonderheiten je nach Tätigkeitsschwerpunkt und regionale Unterschiede aufgeführt.

Die Patientenfragen in den psychotherapeutischen Praxen liegen im Sommer 2022 weiterhin um ca. 40 % höher als vor der Pandemie

In den psychotherapeutischen Praxen der Umfrageteilnehmer*innen werden aktuell im Mittel 6,9 Anfragen pro Woche gestellt. Dies entspricht der Anzahl der Anfragen im Januar 2021 (s. Abb. 3, s. auch Rabe-Menssen, 2021). Im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie liegen die aktuellen Patientenfragen damit weiterhin um circa 40 % höher. Es gibt aktuell deutlich weniger Praxen, die von wenigen Anfragen berichten und mehr Praxen, die viele Nachfragen erreichen, als im Januar 2020 (s. Abb. 4). Der Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung ist demnach nicht nur kurzzeitig in 2021, sondern auch in 2022 mittelfristig angestiegen.

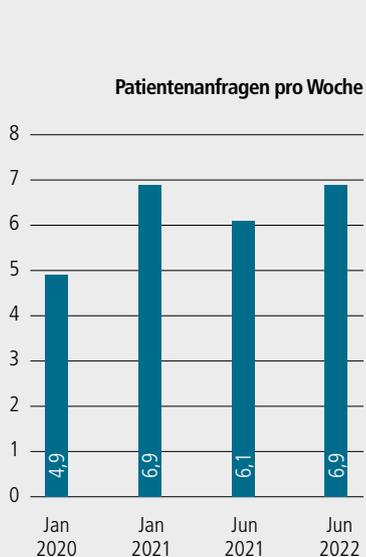


Abbildung 3: Durchschnittliche wöchentliche Patientenfragen im zeitlichen Verlauf

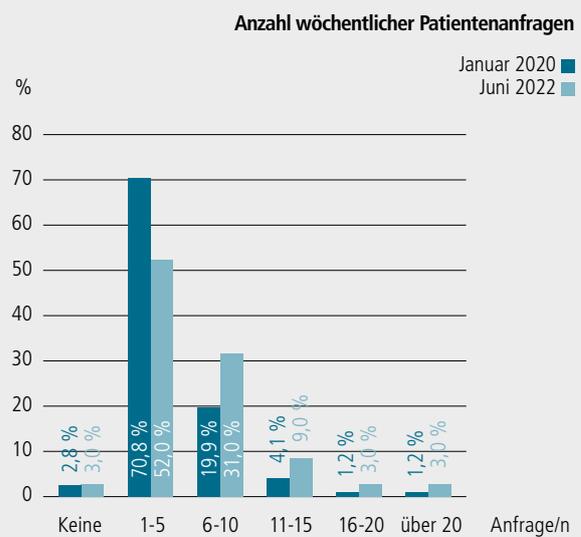


Abbildung 4: Wöchentliche Patientenfragen im zeitlichen Verlauf, differenziert nach Zahl der Anfragen

Das erhöhte Anfrageaufkommen und der Umgang damit bedeutet für die psychotherapeutischen Praxen eine erhebliche Herausforderung. Mehr als ein Drittel der befragten Psychotherapeut*innen erlebt die Anzahl der Patientenanfragen als „sehr belastend“, die Hälfte als „etwas belastend“ (s. Abb. 5). 14 % aller Befragten fühlen sich durch die Zahl der Patientenanfragen nicht belastet. Die subjektive Belastung der Kolleg*innen hat seit Jahresbeginn 2021 weiter zugenommen.

Ein Drittel der Psychotherapeut*innen empfindet die hohe Zahl der Patientenanfragen als sehr belastend

Empfundene Belastung

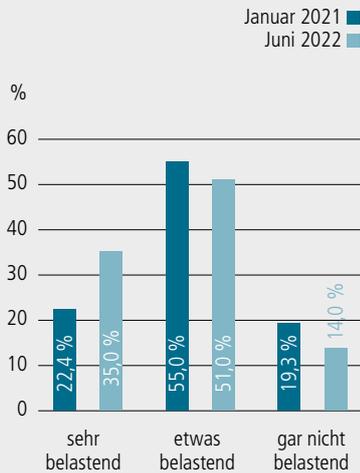


Abbildung 5: Empfundene Belastung der Psychotherapeut*innen durch die Zahl der Patientenanfragen im Januar 2021 und im Juni 2022

Von den im Durchschnitt 6,9 wöchentlich in einer psychotherapeutischen Praxis anfragenden Personen können im Mittel 1,7 Patient*innen einen Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde (Erstgespräch) in der Praxis erhalten (24,6 %). Die restlichen Anfragenden müssen weitere Praxen kontaktieren, um dort einen Termin zu erhalten.

Knapp jede/r vierte aktuell anfragende Patient*in erhält einen Termin für ein Erstgespräch

Differenzierter betrachtet: Von den im Juni 2022 Anfragenden, denen in der betreffenden Praxis ein Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde angeboten werden kann, erhalten 3,5 % diesen Termin innerhalb einer Woche, circa 15 % innerhalb von zwei Wochen, weitere 30 % innerhalb eines Monats. Die Hälfte der Patient*innen wartet mehr als einen Monat (s. Abb. 6b). Gegenüber dem Vorjahr haben sich die Wartezeiten auf eine Psychotherapeutische Sprechstunde kaum verändert (s. Abb. 6a).

Wartezeit auf ein Erstgespräch 2021

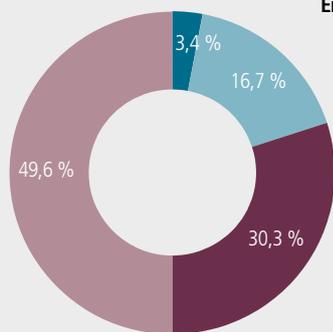


Abbildung 6a: Dauer von der Anfrage bis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde (Erstgespräch) im Januar 2021 (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

Wartezeit auf ein Erstgespräch 2022

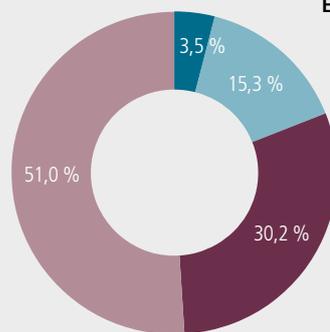


Abbildung 6b: Dauer von der Anfrage bis zur Psychotherapeutischen Sprechstunde (Erstgespräch) im Juni 2022 (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

innerhalb von 1 Woche
innerhalb von 2 Wochen
innerhalb von 1 Monat
länger als 1 Monat Wartezeit

In der Hälfte der befragten Praxen kann innerhalb von 6 Monaten eine psychotherapeutische Behandlung begonnen werden

In circa 8 % der Praxen können Patient*innen eine psychotherapeutische Behandlung innerhalb von einem Monat nach ihrer Anfrage in der Praxis beginnen, in weiteren 15 % innerhalb von 3 Monaten, in noch einmal weiteren 30 % innerhalb von 6 Monaten. In der Regel handelt es sich bei dieser Behandlung um eine Richtlinienpsychotherapie. Ob eine solche indiziert ist, entscheidet sich nach Durchführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde. Der Anteil der Praxen, in denen zwischen Anfrage und Behandlungsbeginn mehr als 6 Monate vergehen, ist seit dem Vorjahr um 9 Prozentpunkte gestiegen und liegt jetzt bei 47,4 % (s. Abb. 7a und b). Die Problematik langer Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie nimmt demnach in der Corona-Pandemie zu.

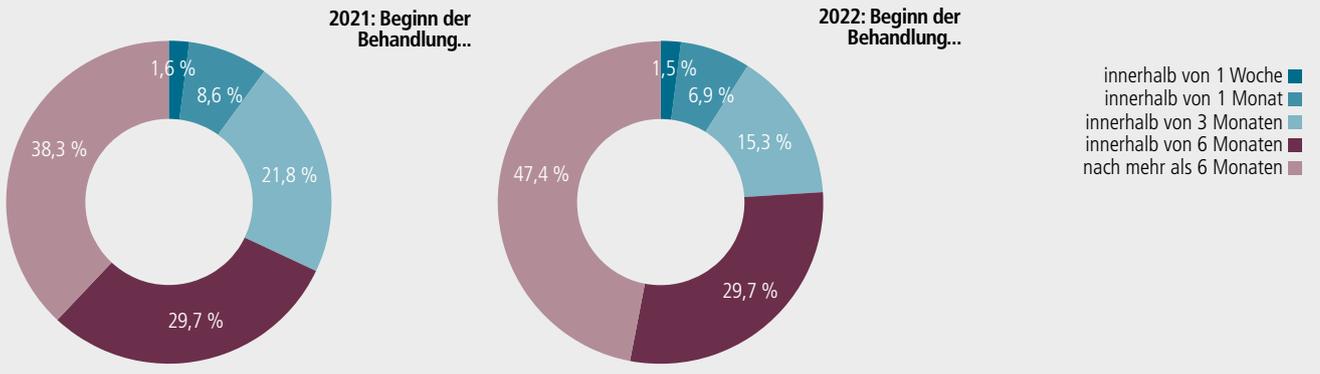


Abbildung 7a: Dauer von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn im Januar 2021 (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

Abbildung 7b: Dauer von der Anfrage bis zum Behandlungsbeginn im Juni 2022 (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

Vergleich von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Von den teilnehmenden Psychotherapeut*innen gaben in der aktuellen Befragung 1.630 (81,3 %) an, überwiegend Erwachsene zu behandeln (Psychologische Psychotherapeut*innen, PP). 376 (18,7 %) behandeln überwiegend Kinder und Jugendliche. Mit diesem Anteil von knapp 19 % sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) in dieser Umfrage nur geringfügig unterrepräsentiert, denn die Versorgungsquote für KJP liegt bei etwa 20 %. Die reale Versorgungssituation wird demnach recht adäquat abgebildet.

Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen liegt die Zahl der Anfragen im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie immer noch um 48 % höher

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen berichten im Juni 2022 in der vorliegenden Umfrage im Mittel von 5,5 Patientenanfragen pro Woche in ihrer Praxis, was einer Steigerung von 48 % im Vergleich zum Jahresbeginn 2020 vor der Pandemie entspricht. Wie auch bei den PP gibt es bei den KJP aktuell im Vergleich zum Vorjahr häufiger viele wöchentliche Anfragen und seltener nur 1-5 Anfragen pro Woche (s. Abb. 8). Diese Zunahme an Anfragen von Kindern und Jugendlichen übersteigt auch weiterhin die der erwachsenen Anfragenden, obgleich die absolute Zahl weiterhin geringer ist als bei Psychologischen Psychotherapeut*innen (7,3 wöchentliche Anfragen). Die in aktuellen Studien häufig berichtet Zunahme der psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen im Zeitverlauf der Pandemie (z.B. Ravens-Sieberer et al., 2021) findet in diesen Zahlen Ausdruck.

Anzahl wöchentlicher Patientenfragen bei KJP

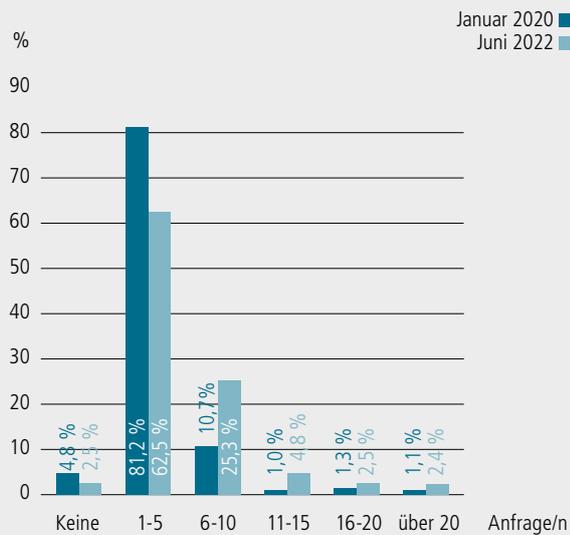


Abbildung 8: Wöchentliche Patientenfragen bei KJP im zeitlichen Verlauf, differenziert nach Zahl der Anfragen

KJP können ihren anfragenden Patient*innen zwar häufiger eine Psychotherapeutische Sprechstunde anbieten als PP, dennoch müssen im Durchschnitt mehr als zwei von drei Kindern/Jugendlichen bei weiteren Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen anfragen. Der/die Psychotherapeut*in kann sie bei ihrer weiteren Suche unterstützen. Der Prozentsatz von 29,1 % der Kinder und Jugendlichen, denen ein Erstgespräch angeboten werden kann, liegt höher als bei den PP, die nur etwa jedem/r fünften anfragenden Patient*in einen Termin für ein Erstgespräch anbieten können (21,9 %). Im Vergleich zum vergangenen Jahr 2021 müssen die PP aktuell noch mehr Patient*innen weiterverweisen, da sie selbst über keine Ressourcen verfügen, um ein Erstgespräch anbieten zu können.

Aktuell finden sich keine relevanten Unterschiede zwischen PP und KJP in der Dauer der Wartezeit von der Anfrage des Patienten bis zum Erstgespräch bzw. bis zur Verfügungstellung eines Behandlungsplatzes.

Die empfundene Belastung durch die Zahl der Patientenfragen fällt aktuell bei PP und KJP recht ähnlich aus, jedoch fühlen sich etwas mehr KJP (42 %) als PP (33 %) „sehr belastet“ durch die hohe Anzahl der Anfragen.

Vergleich von vertragspsychotherapeutischen Praxen und Privatpraxen

An der Umfrage nahmen 1.890 Psychotherapeut*innen (94 %), die vorwiegend in einer vertragspsychotherapeutischen Praxis, also im kassenärztlichen Versorgungssystem, tätig sind, und 126 Psychotherapeut*innen mit vorwiegender Tätigkeit in einer Privatpraxis (6 %) teil. Die Psychotherapeut*innen in diesen Privatpraxen waren überwiegend als PP tätig (79 % PP, 21% KJP).

Die Anzahl der Anfragen in Privatpraxen liegt mit durchschnittlich 6 Anfragen pro Woche etwas niedriger als die in vertragspsychotherapeutischen Praxen (im Durchschnitt 7 pro Woche). Die Patientenfragen liegen damit für beide Gruppen weiterhin auf dem hohen Niveau von Januar 2021 in der früheren Pandemiezeit. Im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie fallen die Anfragen nach Psychotherapeutischen Sprechstunden in den Privatpraxen um 62 % höher aus (Juni 2022: 6 wöchentliche Anfragen, Januar 2020: 3,7 wöchentliche Anfragen), in den vertragspsychotherapeutischen Praxen um 42 % höher (Juni 2022: 7 wöchentliche Anfragen, Januar 2020: 4,9 wöchentliche Anfragen).

Die Psychotherapeut*innen in Privatpraxen können aktuell jedem/r fünften anfragenden Patient*in (1,1 von 6 anfragenden Patient*innen) einen Termin für ein Erstgespräch anbieten. In den vertragspsychotherapeutischen Praxen erhält weniger als jede/r vierte Patient*in einen Termin für ein Erstgespräch (1,6 von 7 anfragenden Patient*innen). Patient*innen, denen keine psychotherapeutische Sprechstunde angeboten werden kann, werden zum weiteren Vorgehen entsprechend der Dringlichkeit beraten. Mit den Anfragen bei weiteren Vorgehen entsprechend der Dringlichkeit beraten. Mit den Anfragen bei weiteren psychotherapeutischer Praxen steigt

Ein KJP kann aktuell jedem dritten anfragenden Kind einen Termin für ein Erstgespräch anbieten, bei PP ist das bei jedem/r fünften anfragenden Patient*in möglich

In Privatpraxen liegen die Patientenfragen weiterhin um ca. 60 % höher als vor der Pandemie

Auch Psychotherapeut*innen in Privatpraxen fühlen sich durch die hohe Zahl an Patientenfragen belastet

die Chance einer Psychotherapeutischen Sprechstunde und gegebenenfalls notwendiger Psychotherapie.

Etwa jede/r fünfte Kollege*in in einer Privatpraxis (22 %) gibt an, dass ihn/sie die Patienten-anfragesituation „sehr belastet“. Bei den Vertragspsychotherapeut*innen sind es sogar 37 %. 57 % der befragten Privatpraxen bezeichnen die Anfragesituation als „etwas belastend“ und 22 % als „gar nicht belastend“ (s. Abb. 9).

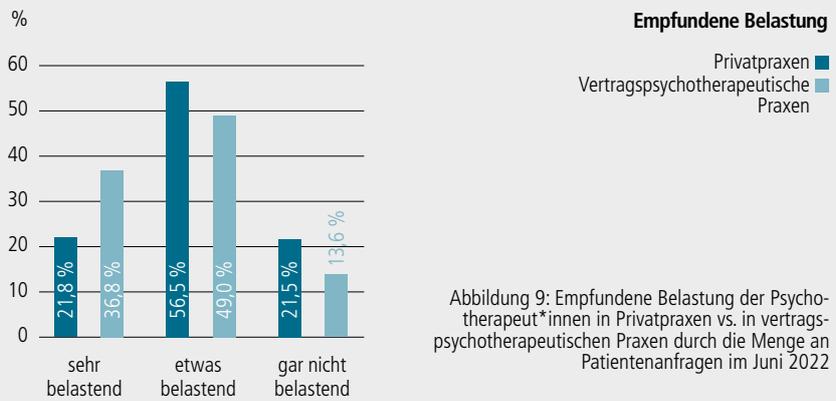


Abbildung 9: Empfundene Belastung der Psychotherapeut*innen in Privatpraxen vs. in vertragspsychotherapeutischen Praxen durch die Menge an Patientenfragen im Juni 2022

In vertragspsychotherapeutischen Praxen liegen für die Hälfte der Patient*innen, in Privatpraxen für gut 1/4 der Patient*innen, mehr als 6 Monate zwischen Anfrage und Beginn der Richtlinienpsychotherapie

Weiterhin ist es so, dass in den Privatpraxen ein deutlich höherer Anteil der Patient*innen schneller behandelt werden kann. Bei der Wartezeit auf ein Erstgespräch sind die Unterschiede zwischen den Praxisarten weniger stark als bei der auf den Beginn der eigentlichen Richtlinienpsychotherapie. Jedoch erhalten in Privatpraxen mehr als doppelt so viele Patient*innen bereits innerhalb einer Woche ein Erstgespräch (7,9 % in Privatpraxen vs. 3,1 % in vertragspsychotherapeutischen Praxen; s. Abb. 10). In der Umfrage von 2021 lag das Verhältnis noch bei 5 zu 1 (fünffmal so viele Patient*innen erhielten in der Privatpraxis innerhalb von einer Woche ein Erstgespräch im Vergleich zur Vertragspraxis).

Auch kann in den Privatpraxen ein deutlich höherer Anteil der Patient*innen schneller eine Richtlinienpsychotherapie beginnen. Die Anfragenden erhalten in den Privatpraxen deutlich früher einen Termin für einen Behandlungsplatz: 42 % können innerhalb von drei Monaten nach ihrer Anfrage in der Praxis die Psychotherapie beginnen. In den vertragspsychotherapeutischen Praxen können 23 % der Anfragenden innerhalb von drei Monaten nach Anfrage eine Therapie beginnen. Bei fast der Hälfte der anfragenden Patient*innen dauert es mehr als 6 Monate, bis sie in einer Vertragspraxis eine Richtlinienpsychotherapie beginnen können. In Privatpraxen gilt dies für ein Viertel der Patient*innen (s. Abb. 11).

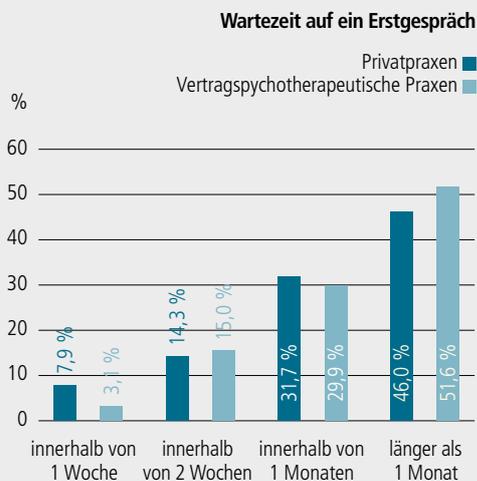


Abbildung 10: Vergleich der Wartezeit auf eine Psychotherapeutische Sprechstunde (Erstgespräch) in Privatpraxen und vertragspsychotherapeutischen Praxen im Juni 2022 (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

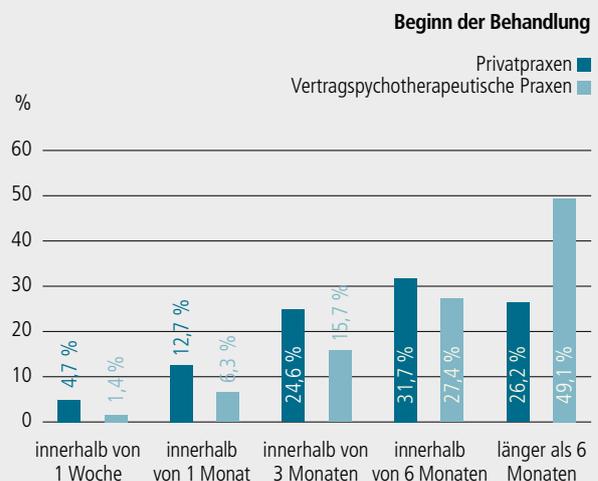


Abbildung 11: Behandlungsbeginn in Privatpraxen und vertragspsychotherapeutischen Praxen im Juni 2022 im Vergleich (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

Regionale Unterschiede

1.051 an der Umfrage teilnehmenden Psychotherapeut*innen (53 %) haben ihren Praxissitz in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner*innen), 942 Teilnehmer*innen (47 %) in einer Mittelstadt, Kleinstadt oder Landgemeinde (jeweils unter 100.000 Einwohner*innen).

Auch aktuell berichten die Psychotherapeut*innen in Großstädten im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie von einer stärkeren Zunahme der Patientenfragen als ihre Kolleg*innen in kleineren Städten und im ländlichen Raum. Die durchschnittliche Anzahl an Patientenfragen liegt in den Großstädten aktuell um 48 % höher als vor der Pandemie; in den anderen Gebieten um 35 % höher. In den Großstädten haben die Anfragen damit gegenüber Januar 2021 noch einmal um zwei Prozentpunkte zugenommen.

Der Anteil der Anfragenden, die besonders lange auf ein Erstgespräch bzw. einen Behandlungsplatz warten müssen, liegt in den Großstädten etwas niedriger als in kleineren Orten und im ländlichen Raum (s. Abb. 12 und 13). 49 % der Anfragenden müssen in der Großstadt länger als einen Monat auf ein Erstgespräch warten (54 % in ländlichen Gebieten), und 43 % müssen in der Großstadt länger als sechs Monate auf einen Behandlungsplatz warten (54 % in ländlichen Gebieten). Bei den Psychotherapeut*innen in den kleineren Städten bzw. ländlichen Gebieten empfindet ein etwas höherer Anteil die Anzahl der Patientenfragen als „sehr belastend“ als bei den Psychotherapeut*innen in Großstädten (39 % vs. 31 %).

In Großstädten liegt die Zahl der Patientenfragen weiterhin um fast 50 % höher als vor der Pandemie

Auch in Großstädten muss die Hälfte der Patient*innen länger als 4 Wochen auf ein Erstgespräch warten

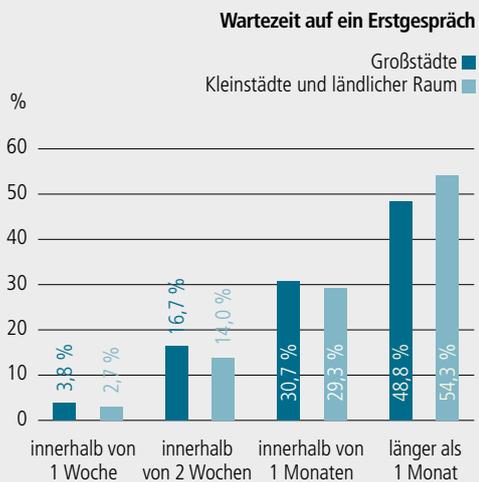


Abbildung 12: Vergleich der Wartezeit auf eine Psychotherapeutische Sprechstunde (Erstgespräch) in Großstädten und Kleinstädten/ländlichem Raum im Juni 2022 (Dauer seit Anfrage in der Praxis)

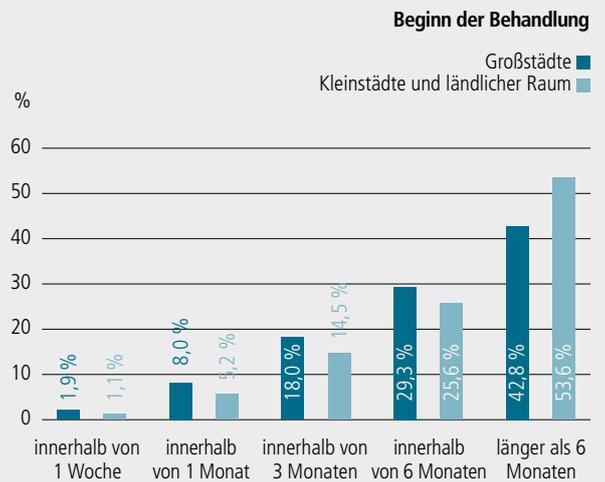


Abbildung 13: Behandlungsbeginn in Großstädten und Kleinstädten/ländlichem Raum im Juni 2022 im Vergleich (Dauer seit Anfrage in der Praxis)



Dr. Cornelia Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Bereichsleitung Psychotherapeutische Versorgung der DPTV, Referatsleiterin Wissenschaft und Forschung der DPTV. Frühere wissenschaftliche Tätigkeiten an der Technischen Universität München und am Tumorzentrum der Charité Berlin.



Rabe-Menssen, C. (2021). Patientenfragen während der Corona-Pandemie. DPTV-Umfrage. In: Psychotherapie Aktuell 2, S. 6-13.
 Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. European child & adolescent psychiatry, 31(6), 879-889.



Delia Dörr

Den Umgang mit Stress und Schmerzen lernen

Chronische Schmerzen verursachen häufig ein erhebliches Leiden bei Betroffenen, sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychologischen Ebene. Ein Online-Training zum Stress- und Schmerzmanagement kann Patient*innen hilfreiche Strategien für den Umgang mit ihrer Erkrankung vermitteln.

In Deutschland leiden rund fünf bis acht Millionen Erwachsene an chronischen Schmerzen, wie zum Beispiel Migräne und Kopfschmerzerkrankungen, Endometriose, Rückenleiden oder Nervenschmerzen (Hasenbring, Korb & Pflingsten, 2017; Zimmermann, 2004). Schmerzerkrankungen verursachen hohe gesellschaftliche Kosten, beispielsweise durch die Notwendigkeit medizinischer Langzeitbehandlungen, eine mögliche Arbeitsunfähigkeit oder sogar Frühberentung (vgl. Hadjistavropoulos & Craig, 2004; Schmidt, Chenot & Kohlmann, 2017). Darüber hinaus ist insbesondere der hohe individuelle Leidensdruck der Betroffenen ein Faktor, welcher die dringende Notwendigkeit weiterer Forschungsbestrebungen im Bereich der Schmerzversorgung verdeutlicht. Patient*innen erleben in vielen Fällen neben den körperlichen Beschwerden eine hohe psychologische Belastung sowie eine verringerte Lebensqualität durch ihre Erkrankung (Göbel, 2001; von Wachter, 2012; World Health Organization, 1992). Expert*innen sind sich daher mittlerweile einig, dass chronische Schmerzen nicht nur ein physiologisches Phänomen darstellen. Viel eher besteht eine Wechselwirkung zwischen einer Vielzahl an verschiedenen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (Asmundson & Wright, 2004). Ein wichtiger psychologischer Aspekt im Zusammenhang mit Schmerzen ist Stress (Berman, Iris, Bode & Drengenberg, 2009; Heinrichs, Stächele & Domes, 2015). Einerseits kann chronischer Stress zu gesundheitlichen Problemen sowie einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit führen (Kaluza, 2018; Kleinstäuber, Bleichhardt, Gottschalk & Rief, 2018). Andererseits weisen Stress und Schmerzen Parallelen in Bezug auf die dahinterliegenden neurobiologischen Prozesse auf (Abdallah & Geha, 2017; von Wachter & Kappis, 2019). Darüber hinaus stellen chronische Schmer-

zen selbst häufig einen großen Stressor im Leben der Betroffenen dar (von Wachter & Kappis, 2019). So sehen sich beispielsweise viele Patient*innen dazu gezwungen, trotz starker Schmerzen ihre Alltagsaufgaben – seien es Haushalt, Job oder soziale Verpflichtungen – zu bewältigen. Auch die Angst, auf der Arbeit schmerzbedingt auszufallen und hierdurch vielleicht sogar finanzielle Engpässe zu erleben, stellt einen Stressor dar. Eine überhöhte Anstrengung auf der Arbeit als Folge von Versagensängsten erhöht bei Personen mit chronischen Schmerzen sogar erwiesenermaßen das Burnout-Risiko (Korb, 2013).

Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, Schmerzpatient*innen Strategien im Umgang mit stress- und schmerzbezogenen Belastungen zu vermitteln. Dies sollte mithilfe psychologischer Maßnahmen geschehen, welche speziell auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst sind. Die Versorgung von Schmerzpatient*innen ist jedoch – insbesondere in Hinblick auf die gezielte Berücksichtigung psychologischer Komponenten – nicht flächendeckend gesichert (vgl. BVSD, 2019; Kröner-Herwig & Frettlöh, 2017). Es existieren zwar bereits Stressmanagement-Trainings, jedoch sind diese in der Regel entweder nicht auf die speziellen Anforderungen von Menschen mit Schmerzerkrankungen angepasst oder vermitteln die Sichtweise, Stress und seine Auswirkungen seien vorwiegend negativ und sollten vermieden werden (vgl. Crum, Salovey & Achor, 2011, 2013; Jamieson, Crum, Goyer, Marotta & Akinola, 2018). Die gänzliche Vermeidung von Stressoren im Alltag ist aber nicht realistisch umsetzbar, insbesondere für Personen mit chronischen Schmerzen, deren Leiden, wie zuvor beschrieben, einen allgegenwärtigen Stressor darstellt. Die Forschung der vergangenen Jahre zeigt, dass vor allem die

Art und Weise, wie Personen Stress bewerten, ihre individuelle Stressreaktion und deren Konsequenzen beeinflusst (Crum, Akinola, Martin & Fath, 2017). Die generelle, situationsübergreifende Überzeugung einer Person, ob Stress eher positive oder negative Konsequenzen hat – das sogenannte stress mindset (Crum et al., 2013) – kann somit darüber bestimmen, ob Stress sich negativ auf verschiedene Parameter auswirkt. Unterschieden wird hierbei zwischen einem sogenannten stress-is-enhancing mindset („Stress ist förderlich für verschiedene Parameter, wie beispielsweise das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Produktivität“) sowie einem stress-is-debilitating mindset („Stress hat einen negativen Einfluss auf die zuvor genannten Faktoren“). So würde beispielsweise eine Person mit einem stress-is-enhancing mindset davon ausgehen, dass ein herausforderndes Projekt auf der Arbeit zwar mit Stress einhergeht, aber hierdurch auch eine Lern- erfahrung, eine gesteigerte Motivation und somit persönliches Wachstum möglich sind. Jemand mit einem stress-is-debilitating mindset hingegen würde annehmen, dass das Erleben von Stress zu gesundheitlichen Schäden oder einer verringerten Produktivität führt. Es konnte bereits empirisch nachgewiesen werden, dass ein stress-is-enhancing mindset positive Effekte hat. Beispielsweise

führt es zu einem gesteigerten positiven Affekt, das heißt positiveren Emotionen (Crum et al., 2017) und kann einen Schutzfaktor in Bezug auf depressive Symptome und Ängste darstellen (Huebschmann & Sheets, 2020). Die Forschung liefert zudem erste Hinweise dafür, dass Menschen mit Schmerzkrankungen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen eher ein stress-is-debilitating mindset aufweisen (Grünenwald, Kaluza, Schultze & van Dick, 2022; Heathcote et al., 2018) und zeigt zudem, dass das individuelle stress mindset durch Interventionen veränderbar ist (vgl. Crum et al., 2011; Keech, Hagger & Hamilton, 2021). Daher kann eine Integration dieses Ansatzes in Trainings für Schmerzpatient*innen einen hilfreichen Baustein in der Behandlung darstellen.

Insbesondere Online-Trainings haben hierbei das Potenzial, die Versorgungslücke für Personen mit chronischen Schmerzen zu verringern (vgl. z.B. Bender, Radhakrishnan, Diorio, Englesakis & Jaddad, 2011; Eccleston et al., 2014; Macea, Gajos, Calil & Fregni, 2010). Online-Trainings sind kostengünstig sowie flexibel hinsichtlich Zeit und Ort der Teilnahme, was Personen mit Schmerzen eine erhöhte Flexibilität bietet. Bislang existierte allerdings kein speziell für Schmerzpatient*innen konzipiertes, wissenschaftlich fundiertes Online-Training, welches, auf dem Ansatz des stress mindsets aufbauend, umfassend Strategien für den Umgang mit der eigenen Erkrankung vermittelt. Aus diesem Grund wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Goethe-Universität Frankfurt in Kooperation mit dem Schmerzzentrum Rhein-Main ein solches Training konzipiert und evaluiert. Ein übergeordnetes Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob ein speziell für Schmerzpatient*innen entwickeltes Online-Angebot das stress mindset der Teilnehmer*innen sowie verschiedene stress- und schmerzbezogene Faktoren im Zusammenhang mit der Erkrankung beeinflussen kann. Ferner sollte hierbei evaluiert werden, ob das Training somit eine geeignete Alternative beziehungsweise Ergänzung zu Vor-Ort-Angeboten darstellt.

Bislang existierte allerdings kein speziell für Schmerzpatient*innen konzipiertes, wissenschaftlich fundiertes Online-Training, welches, auf dem Ansatz des stress mindsets aufbauend, umfassend Strategien für den Umgang mit der eigenen Erkrankung vermittelt.



Das Online-Training und seine Konzeption

Die Erstellung sowie die Evaluation des Online-Trainings erfolgten in mehreren Schritten. Zunächst wurde im Rahmen einer exploratorischen Pilotstudie vorab das Lernformat getestet, indem Videomaterialien und Online-Übungen zu den Themen Stress- und Schmerzmanagement am Schmerzzentrum Rhein-Main in das Versorgungsprogramm integriert wurden. Aufgrund der positiven Resonanz zur Art der Wissensvermittlung – sowohl von Patient*innen als auch vonseiten der Behandler*innen – wurde das Onlinetraining zum Stress- und Schmerzmanagement entwickelt. Anschließend wurde ein erster Entwurf des Trainings einer Expert*innengruppe präsentiert und anhand des Feedbacks angepasst. Die finale Version des Trainings besteht aus vier Videositzungen mit integrierten Aufgaben und (Entspannungs-)Übungen. Die Sitzungen dauern zwischen 30 und 60 Minuten an und können bei Bedarf pausiert und später fortgesetzt werden. Der empfohlene zeitliche Abstand zwischen den Sitzungen beträgt eine Woche. Patient*innen können jedoch auch länger zwischen den Trainingseinheiten pausieren, beispielsweise wenn aufgrund einer stärkeren Schmerzepisode eine Teilnahme zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich ist.

Die erste Sitzung befasst sich mit dem Thema Stressmanagement. Hierbei werden Informationen zu biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren bei Schmerzerkrankungen vermittelt und der Zusammenhang zwischen Stress und Schmerzen sowie die menschliche Stressreaktion erklärt. Ferner wird die Rolle des stress mindsets erläutert und eine Technik vorgestellt und erprobt, mit welcher das eigene stress mindset positiv beeinflusst werden kann. Die Teilnehmer*innen werden anschließend dazu eingeladen, diese Technik in der Folgewoche im Alltag anzuwenden. Die zweite Sitzung des Trainings befasst sich mit sozialen Faktoren in Bezug auf Schmerzerkrankungen und vermittelt zudem Wissen zum Thema Schmerzkommunikation. Hierbei wird anhand von Informationen und praktischen Übungen thematisiert, inwiefern das soziale Umfeld die Gesundheit beeinflusst und

Kostenlose Video-Seminare
mit RAin Düsing + RA Achelpöhlner

**STUDIENPLATZ-
KLAGE**

Mi 8. März | Mi 22. März
Mi 5. April | Mi 19. April
Mi 3. Mai | Mi 17. Mai

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

wie Patient*innen ihre Schmerzen und Bedürfnisse anderen Menschen vermitteln können. Es folgen die Anregungen, für die Folgewoche aktiv soziale Aktivitäten einzuplanen sowie ein Protokoll der eigenen Schmerzen zu führen, um in Vorbereitung für das nächste Trainingsmodul den Schmerzverlauf im Alltag schriftlich festzuhalten. Sitzung drei behandelt die Themen Schmerzmanagement und Entspannungsmethoden. Hierbei werden anhand eines biopsychosozialen Modells verschiedene Faktoren und deren Wechselwirkungen bei Schmerzerkrankungen erläutert. Zudem werden die Teilnehmer*innen dazu angeregt, schmerzlindernde und schmerzverstärkende Faktoren in ihrem Alltag zu identifizieren und Entspannungsmethoden zu erproben. Die vierte und letzte Sitzung befasst sich vertiefend mit dem Thema Schmerzmanagement, wobei eine gesonderte Sitzung für Migräne- und Kopfschmerzpatient*innen angeboten wird. Da die Trainingsteilnehmer*innen zu Beginn ihre Schmerzart angeben, werden sie hier automatisch der für sie passenden Sitzung (allgemeine Schmerzinformationen und entsprechende Techniken versus Inhalte zu Migräne- und Kopfschmerzerkrankungen) zugeordnet. Dieser Teil des Trainings umfasst unter anderem Techniken für das persönliche Schmerzmanagement im Alltag, die Aufmerksamkeitslenkung bei Schmerzen und den Umgang mit schmerzbezogenen Ängsten.

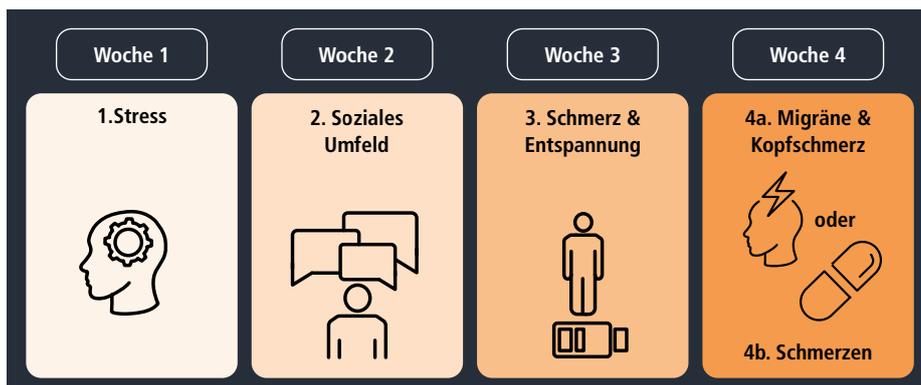


Abbildung 1: Übersicht über das gesamte Online-Training zum Stress- und Schmerzmanagement.

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Erste Evaluation des Trainings

In einem ersten Schritt wurde im Rahmen der Masterarbeit von Delia Dörr die erste Sitzung zum Thema Stressmanagement evaluiert. Hierauf aufbauend werden derzeit die restlichen Module des Trainings und deren Effekte ausgewertet. Da die erste Sitzung eine in sich geschlossene Einheit mit einem speziellen Themenschwerpunkt darstellt, ist eine gesonderte Betrachtung der Ergebnisse möglich.

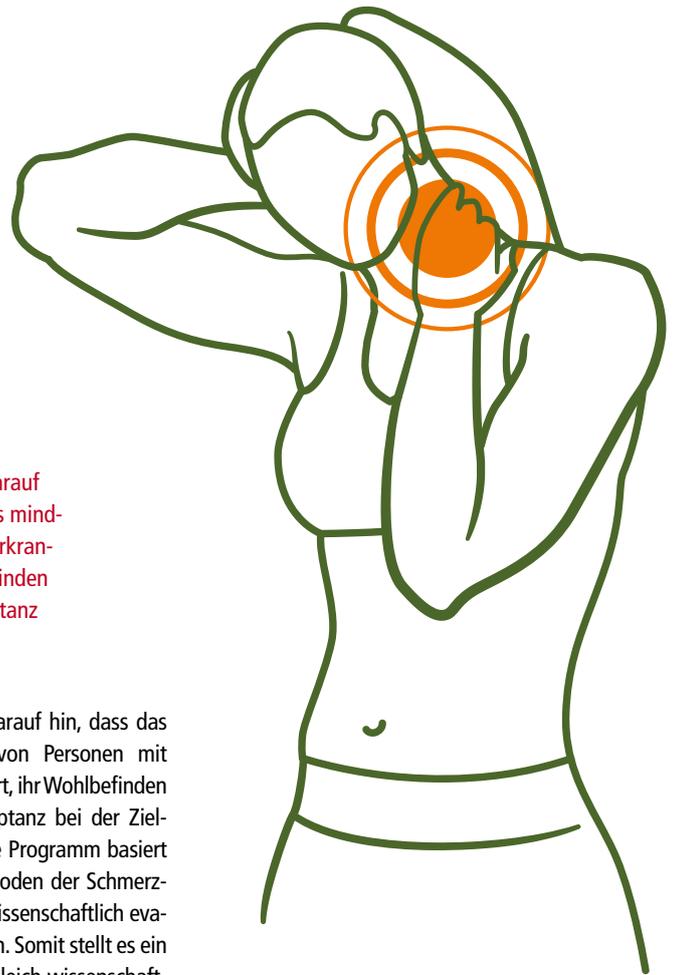
Zu Beginn der Untersuchung wurden die Teilnehmer*innen randomisiert, das heißt zufällig, einer Interventions- und einer Wartekontrollgruppe zugewiesen. Erstere konnte direkt mit dem Training starten, letztere wartete circa drei Wochen, bevor die Teilnehmer*innen ebenfalls die Möglichkeit erhielten, mit dem Training zu beginnen. Die Befragungen erfolgten pseudonymisiert.

Die ersten Befunde in Bezug auf das Stressmanagement-Training sind vielversprechend. Insgesamt konnten zum Zeitpunkt der Analyse zur Stressmanagement-Sitzung die Daten von 366 Schmerzpatient*innen zum ersten Messzeitpunkt (T1) und 191 zum zweiten Messzeitpunkt (T2, Post-Messung nach einer beziehungsweise drei Wochen) berücksichtigt werden. Unter den Teilnehmer*innen waren verschiedenste Schmerzkrankungen vertreten, wie beispielsweise Migräne und Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Endometriose und viele weitere. Der Großteil der Patient*innen litt zum Teilnahmzeitpunkt bereits seit über fünf Jahren an chronischen Schmerzen. Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe zeigte sich eine signifikante Verbesserung des stress mindsets innerhalb der Interventionsgruppe. Dies bedeutet, dass Patient*innen, die an der Trainings-sitzung teilgenommen haben, ihre Einstellung zu Stress in Richtung eines stress-is-enhancing mindsets verändern und somit eine positivere Haltung gegenüber Stress entwickeln konnten. Auch die psychologischen Stresssymptome der Patient*innen verbesserten sich signifikant im Vergleich zu Personen, die das Training nicht absolviert hatten. Psychologische Stresssymptome können sich beispielsweise in einem mangelnden Vermögen, sich zu entspannen oder in der Wahrnehmung alltäglicher Dinge als Belastung äußern. Des Weiteren nahmen Trainingsteilnehmer*innen im Vergleich zu Wartekontrollgruppe ihre Schmerzen als weniger belastend wahr als vor der Sitzung. Die Teilnehmer*innen bewerteten die Trainingssitzung insgesamt als hilfreich für ihren Umgang mit der Erkrankung im Alltag.

Die Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass das Training das stress mindset von Personen mit Schmerzkrankungen verbessert, ihr Wohlbefinden steigert sowie eine hohe Akzeptanz bei der Zielgruppe erreicht.

Die Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass das Training das stress mindset von Personen mit Schmerzkrankungen verbessert, ihr Wohlbefinden steigert sowie eine hohe Akzeptanz bei der Zielgruppe erreicht. Das konzipierte Programm basiert einerseits auf praktischen Methoden der Schmerztherapie und andererseits auf wissenschaftlich evaluierten Prinzipien und Techniken. Somit stellt es ein im Alltag anwendbares und zugleich wissenschaftlich fundiertes Angebot dar, welches die medizinische Behandlung von Schmerzpatient*innen sinnvoll ergänzen und die Versorgungslücke zumindest teilweise schließen kann.

Weiterführende Analysen im Rahmen des aktuell an der Goethe-Universität laufenden Forschungsprojekts können helfen, die Ergebnisse der ersten Sitzung zu bestätigen sowie die weiteren Trainings-sitzungen zu evaluieren und die Langzeiteffekte der Intervention zu untersuchen. Sollten diese Ergebnisse ebenso positiv ausfallen wie die vorläufigen Befunde der ersten Sitzung, könnte das Online-Training in Zukunft einen vielversprechenden Baustein in der Schmerzbehandlung darstellen.



Hinweis: Dieser Artikel ist eine Kurzfassung der Masterarbeit von Delia Dörr, welche unter der Betreuung von Dr. Antonia Kaluza und Prof. Dr. Rolf van Dick an der Goethe-Universität Frankfurt erstellt wurde.

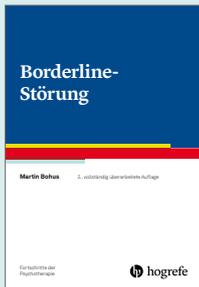


Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Delia Dörr

M. Sc.-Psychologin, während des Masterstudiums unter anderem in den Bereichen Schmerzpsychotherapie und Human Resources tätig. Zuletzt im Rahmen der Masterarbeit im Projekt zur Konzeption und Evaluation des Online-Trainings für Schmerzpatient*innen in der sozialpsychologischen Abteilung der Goethe-Universität Frankfurt aktiv. Seit Ende des Studiums Personalreferentin mit dem Schwerpunkt Nachwuchsförderung.



Martin Bohus
Borderline-Störung

Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Band 14

2., vollständig überarbeitete Auflage
2019, VI/122 Seiten, € 19,95 (DE) /
€ 20,60 (AT) / CHF 27.90, im Reihenabo:
€ 15,95 (DE) / € 16,40 (AT) / CHF 22.50,
ISBN 978-3-8017-2853-3
Auch als eBook erhältlich.



Christian Stiglmayr / Hans Gunia
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein Manual für die ambulante Therapie

Reihe: Therapeutische Praxis

2017, 165 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 49,95 (DE) / € 51,40 (AT) /
CHF 65.00, ISBN 978-3-8017-2424-5
Auch als eBook erhältlich.



Katharina Krog et al.
Integrierte Versorgung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Ein DBT-basierter Praxisleitfaden

2021, 157 Seiten, inkl. CD-ROM,
€ 29,95 (DE) / € 30,80 (AT) / CHF 40.50,
ISBN 978-3-8017-2972-1
Auch als eBook erhältlich.



Michael Franz / Sara Lucke
Borderline-Störung

Krisenintervention und störungsspezifische Behandlung

2021, 168 Seiten, € 24,95 (DE) /
€ 25,70 (AT) / CHF 34.50,
ISBN 978-3-8017-2944-8
Auch als eBook erhältlich.



Petra Zimmermann et al. (Hrsg.)
DBT-Sucht

Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline- und Substanzgebrauchsstörungen (DBT-S)

2021, 285 Seiten, inkl. Online-Materialien, € 39,95 (DE) / € 41,10 (AT) /
CHF 52.50, ISBN 978-3-8017-3021-5
Auch als eBook erhältlich.



Claudia Trasselli et al.
DBT-Familienskills

Ein Praxisleitfaden

2022, 246 Seiten, inkl. Online-Materialien, € 34,95 (DE) / € 36,00 (AT) /
CHF 46.50, ISBN 978-3-8017-3181-6
Auch als eBook erhältlich.



Anne Kristin von Auer / Michael Kaess
Borderline-Persönlichkeitsstörung

Reihe: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie – Band 31

2023, VII/173 Seiten, inkl. Online-Materialien, € 24,95 (DE) / € 25,70 (AT) /
CHF 34.50, im Reihenabo: € 17,95 (DE) /
€ 18,50 (AT) / CHF 24.90,
ISBN 978-3-8017-2775-8
Auch als eBook erhältlich.



Anne Kristin von Auer / Michael Kaess
Ratgeber Borderline-Persönlichkeitsstörung

Informationen für Eltern und weitere Bezugspersonen

Reihe: Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie – Band 31

2022, 66 Seiten, Kleinformat,
€ 9,95 (DE) / € 10,30 (AT) / CHF 14.50,
ISBN 978-3-8017-2776-5
Auch als eBook erhältlich.

Archontula Karameros

Ambulante Gruppenpsychotherapie bei PTBS und KPTBS

Erfahrungsbericht zur gruppentherapeutischen Arbeit bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS), der einen Bogen spannt zum aktuellen „state of the art“ in der Fachwelt. Empfehlungen der einschlägigen Dachorganisationen werden anhand evidenzbasierter effektiver Gruppenansätze bei PTBS und KPTBS und Erfahrungen aus der ambulanten Praxis veranschaulicht und abschließend diskutiert: komplexe posttraumatische Belastungsstörung, traumabezogene Gruppentherapien, Multikomponentenansatz.

Gruppentherapien bestehen als anerkannte Behandlungsform bereits seit den 1940er-Jahren. Dennoch fällt bis heute die Entscheidung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz in erster Linie auf die Einzeltherapie. Häufig steckt dahinter die Annahme, dass in einer Eins-zu-eins-Psychotherapie effizienter gearbeitet wird. Dieser Vorstellung widerspricht jedoch die Datenlage, die schon seit einiger Zeit auf gleich gute Behandlungsergebnisse zwischen Gruppen- und Einzeltherapie bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und bei anderen psychischen Störungen verweisen kann (Strauss u. Mattke, 2018). Eine weitere nicht zu unterschätzende Hemmschwelle besteht darin, dass viele Menschen aus der Vergangenheit unangenehme Erlebnisse mit Gruppen verbinden wie Mobbing, Ausgrenzungen in der Schule und eine Reaktivierung ihrer schmerzhaften Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie befürchten.

Auf uns Psychotherapeut*innen kommen also Hürden zu, Patient*innen mit psychischen Problemen für die Teilnahme an einer ambulanten Gruppenpsychotherapie zu gewinnen, wenn eine Indikationsstellung vorliegt. Aber es lohnt sich, denn eine psychotherapeutische Gruppe vermag einen zwischenmenschlichen Zusammenhalt erzeugen und eine physische sowie emotionale Sicherheit herzustellen, bei der viele Menschen mit psychischen Problemen eine soziale Verbundenheit und die Wertschätzung zu sich selbst wieder neu erfahren können.

Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapien

Sicherlich entscheidet auch die eigene professionelle Ausrichtung darüber, ob Gruppenpsychotherapien beispielsweise bei Personen mit einer PTBS durchgeführt werden und auf welche Gruppenkonzepte zurückgegriffen wird. Ich selbst bin ausgebildet als psychologische Psychotherapeutin in der Richtlinie kognitive Verhaltenstherapie und habe im Anschluss an meine Approbation eine Zusatzqualifikation für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und für die Gruppenpsychotherapie erworben.

Letztere fiel in eine Zeit, in der störungsspezifische Verhaltenstherapie-Gruppenkonzepte hoch im Kurs standen. In meinem ambulanten Praxisalltag führte ich bei Erwachsenen Trainings sozialer Kompetenzen durch. Das Gruppensetting verhalf den Patient*innen, über ihre sozialen Ängste und Defizite hinauszuwachsen. Außerdem führte ich in Anlehnung an das DBT-Behandlungsprogramm Skills-Gruppen kombiniert mit Einzeltherapie vor allem bei jungen Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) durch. Hier lernte ich sowohl die Kombinationsbehandlung mit Einzeltherapie und Gruppentherapie als auch die Skills-Aneignung sehr schätzen, die für viele Frauen der Schlüssel war, mit ihrem Leben gut klarzukommen. Meistenteils hatten sie auch komorbide Störungen, zu denen häufiger die Diagnose der PTBS (DSM-5, 2013) gehörte. Und sie hatten meistenteils in der Kindheit mehrfache interpersonale Gewalt und Vernachlässigung durch nahestehende Bindungspersonen erlebt.

An illustration of a man with a beard, wearing a light blue long-sleeved shirt and dark trousers, climbing a wide, curved staircase. The staircase is made of reddish-brown steps and curves upwards and then downwards. The background features stylized clouds in shades of orange and dark purple, and a small green plant with round leaves. The overall style is flat and modern.

Auf der Suche nach traumafokussierten Therapieansätzen

Vor diesem Hintergrund beschäftigte ich mich mit traumafokussierten Therapieansätzen (unter anderem EMDR) und wurde 2010 in spezieller Psychotherapie (DeGPT) zertifiziert. Ich begann dann Gruppenpsychotherapien für Menschen anzubieten, die als Erwachsene eine PTBS nach Unfällen, Überfällen oder einer Vergewaltigung entwickelt hatten. Vorwiegend arbeitete ich mit dem Ansatz der Cognitive-Processing-Therapie (CPT) (Resick et al., 2012b). CPT wird sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting – mit und ohne Erstellung von Traumanarrativen – über etwa 14 Doppelsitzungen angeboten. Der Fokus richtet sich auf die Bearbeitung traumabezogener kognitiver Schemata, die im Zusammenhang mit PTBS-typischen Konfliktthemen des Verlusts von Sicherheit im Leben, von Vertrauen und von Selbstwert stehen. Oft hatten die Patient*innen aber auch noch mit anderen Traumafolgen und Störungen zu kämpfen. Zu ihnen zählten Depressionen, Dissoziationen, ADHS, Selbstverletzung, Suizidalität, psychische Störungen, Süchte, Ängste und Zwänge. Dieser Umstand veranlasste mich im Einzelfall noch genauer zu prüfen, inwiefern die Teilnahme an einer CPT-Gruppenpsychotherapie sinnvoll ist. Da sie eine deutliche Reduktion der PTBS-Symptomatik bewirkt, besonders wenn im Erwachsenenalter einmalig traumatische Ereignisse stattfanden, entschied ich mich für eine CPT-Gruppenteilnahme, wenn „nur“ eine PTBS vorliegt und wenn neben den Folgen der Traumatisierung ein gutes Funktionsniveau besteht.

Eine psychotherapeutische Gruppe vermag einen zwischenmenschlichen Zusammenhalt erzeugen und eine physische sowie emotionale Sicherheit herzustellen, bei der viele Menschen mit psychischen Problemen eine soziale Verbundenheit und die Wertschätzung zu sich selbst wieder neu erfahren können.

PTBS/KPTBS – Diagnosen

Die Beobachtung, dass extreme Ereignisse ausgeprägte Reaktionen verursachen, ist eigentlich nicht neu. Trotzdem wurde in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder mit den Folgen von Traumatisierungen wissenschaftlich und gesellschaftlich gerungen, äußert Gysi (2021, S. 60) zur Diagnostik der PTBS/KPTBS. 2019 ist als neue und eigenständige Diagnose die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) von der WHO mit der ICD-11 eingeführt worden. Zusätzlich zu den Kriterien der „klassischen“ PTBS (DSM-5) beinhaltet die KPTBS Probleme der Selbstorganisation (Maercker, 2013, 2019). Diese beruhen meistens auf schwerwiegenden interpersonellen Gewalterfahrungen (psychischer, körperlicher, emotionaler und sexueller Missbrauch) und auf Vernachlässigung in der Kindheit. Sie gehen vorwiegend von nahestehenden Bezugspersonen in der Familie und in der Nachbarschaft aus. Sie wirken sich für Kinder besonders nachhaltig aus und äußern sich als Entwicklungs- und Bindungstraumatisierung und können mit Beeinträchtigungen des Erlebens, Denkens, Fühlens und der Interaktion mit der Umwelt einhergehen. Sie können sich auf der neurobiologischen, der emotionalen und der interpersonalen Ebene bemerkbar machen, sodass häufig Eindrücke, Wahrnehmungen und Informationen weniger kohärent und psychologisch flexibel verarbeitet und ausgedrückt werden. Probleme der Selbstorganisation chronifizieren sich zumeist und können auch zu Traumafolgestörungen führen. Die diagnostischen Kriterien der KPTBS (ICD-11) beinhalten: Traumatrias der PTBS; Affektive Dysregulation (erhöhte emotionale Reagibilität, fehlende Emotionsregu-

lation, gewalttätige Ausbrüche), Somatisierung und Dissoziation. Funktionen des Selbst (negative Selbstkonzepte, mangelndes Selbstvertrauen, Scham- und Schuldgefühle), zwischenmenschliche Probleme (Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten, Probleme mit Nähe und Intimität, Misstrauen im Kontakt mit anderen).

Das Erfreuliche an der Konzeption der komplexen PTBS liegt in ihrer integrativen Ausrichtung. Anstelle einer Auflistung von komorbiden Symptombildern enthält sie eine kohärente Formulierung, die sich auf die Konsequenzen von anhaltender Traumatisierung in der Kindheit bei gleichzeitig fehlender Protektion der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen beziehen.

Empfehlungen der Dachorganisationen

In Anlehnung an die Empfehlungen der Dachorganisationen (ISTSS, ESTSS, DeGPT) und der Fachwelt (Ford, 2021) wurden klinische Einsatzmöglichkeiten bei der komplexen PTBS empfohlen. Außerdem sollte eine Therapie bei komplexer PTBS sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting mehrere Stadien durchlaufen. Das erste Stadium dient den Teilnehmenden der Herstellung von Sicherheit in der Gruppe, der Stabilisierung und der Selbstfürsorge. Für die gruppentherapeutische Arbeit spielen der Beziehungsaufbau, die Beachtung der Gruppendynamiken und die Themen der Psychoedukation eine zentrale Rolle. Die Themen der Psychoedukation umfassen: Selbstwertsteigerung, Skills-/Fertigkeitenaufbau, Emotionsregulation, Achtsamkeitspraxis, soziale Kompetenzen, Suchtbewältigung, Krisenbewältigung, Depression, Ärgermanagement (und andere mehr).



**DER ONLINE MARKTPLATZ
FÜR FORTBILDUNGEN**
www.smetis.de

In Kürze
verfügbar!

smetis, der neue Online Marktplatz für Fortbildungen,
ist ein weiterer Service der New Media Company.
Erstmals können Sie Ihre Wunsch-Fortbildung nicht nur
deutschlandweit suchen, sondern auch auf alle wichtigen
Unterlagen jederzeit und unkompliziert zugreifen.
Vom Handout bis zur Teilnahmebestätigung liegt alles an
einem Ort und steht Ihnen mit wenigen Klicks zur Verfügung.
Freuen Sie sich auf smetis!

smetis
wie für mich gemacht!

Das zweite Stadium, in dem bereits Gruppenkohäsion, Vertrauen und Sicherheit aufgebaut werden konnten, ist der Traumaverarbeitung mittels Methoden der Traumakonfrontation gewidmet. Auch wenn die Stadien nicht rigide ausgeführt werden müssen, gilt als Richtlinie, dass das zweite Stadium nicht vor dem ersten Stadium erfolgen sollte. Das dritte Stadium dient der Stärkung des Erreichten und der Zukunftsperspektive und kann auch mit Teilnehmenden aus anderen Gruppen durchgeführt werden. Ergänzend zu den beschriebenen Richtlinien werden sehr eindrücklich die Zielvorgaben für die gruppentherapeutische Arbeit mit von interpersoneller Gewalt betroffenen Frauen in dem Gewaltprogramm (Herman, Kallivayalil, & Mitglieder, 2019) benannt. Mehrere von ihnen seien hier aufgeführt:

1. Akkurater Einstieg, um die Sicherheit der Anwesenden zu gewährleisten;
2. Gefühle der Selbstanklage, der Scham, des Beschädigt-Seins überwinden;
3. Im sicheren Rahmen und freiwillig traumatische Erinnerungen aufrufen können, die gegenwärtig Probleme machen, ohne von ihnen überwältigt zu sein;
4. Neueinschätzung und Bejahung zentraler Grundannahmen und Werte über die Welt, die Zukunft, über Beziehungen und sich selbst, die realistisch sind.

Gruppenpsychotherapie bei KPTBS – „state of the art“

Von namhaften Vertreter*innen der Fachwelt wird empfohlen, sich bei der Behandlung der komplexen PTBS an den diagnostischen Kriterien zu orientieren und sie in das eigene Behandlungskonzept zu integrieren. Nach heutigem Verständnis wird ein Kaskadenmodell oder auch ein Multi-komponentenansatz in der Einzeltherapie und in der Gruppe angeraten, um auch die Probleme mit der Emotionsregulation, mit der Bindung und mit dem Selbstkonzept angemessen einbeziehen zu können (Maercker et al., 2021).

Für die Gruppenpsychotherapie bei KPTBS empfiehlt sich eine Teilnehmerzahl von sechs bis acht Personen und sie wird optimalerweise von zwei Psychotherapeut*innen angeleitet. Die Gruppensitzungen (einmal pro Woche oder 14-tägig, 100 bis 120 Minuten) haben geregelte Abläufe. Sie kann sich zielgruppenübergreifend auf ein oder mehrere Schwerpunktthemen beziehen oder auch zielgruppenspezifisch durchgeführt werden (traumatischer Verlust, häusliche Gewalt). Es gelten in der Gruppenpsychotherapie bei komplexer PTBS die bekannten Ausschlusskriterien. Schwierige Gruppeninteraktionen (Reenactment) dürfen und können vorübergehend auftreten, sofern mit

AUS DER PRAXIS

dem* der Teilnehmenden im Vorfeld eine Übereinkunft zum verantwortungsvollen Umgang getroffen werden konnte.

Zwei prominente Beispiele für effektive Gruppenpsychotherapie bei komplexer PTBS mit einem Umfang von 16 Sitzungen sind das kognitiv-verhaltenstherapeutische STAIR-Narrativ-Therapieprogramm (STAIR/NT) und die Trauma Recovery Group (TRG). Das STAIR/NT wurde für das Einzel- und Gruppensetting entwickelt (Cloitre et al., 2009) und ist ein phasenorientierter Therapieansatz, in dem sowohl zurückliegende traumatische Erlebnisse als auch gegenwartsbezogene Bedarfe der Teilnehmenden aufgegriffen werden. Die TRG (Herman et al., 2011) wurde für Frauen mit interpersoneller Gewalterfahrung entwickelt. In der TRG werden kognitiv-verhaltenstherapeutische (zum Beispiel Expositionstraining) und psychodynamische Komponenten kombiniert. Im Mittelpunkt steht die prozessorientierte Arbeit an der Zielformulierung, die im Kontext der eigenen Traumageschichte der Teilnehmerin steht („Ich möchte nein sagen lernen“. „Ich möchte mit meiner Familie über mein Trauma reden können“).

Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie bei komplexer PTBS

Bei der Übertragung und Anpassung an ein ambulantes Gruppenpsychotherapie-Konzept konnte ich von den Therapieprogrammen STAIR/NT und TIG sehr profitieren. So habe ich nicht-traumafokussierte Strategien (emotionale und interpersonale Regulation) und traumafokussierte Behandlungsstrategien (schriftlich vorbereitete Traumanarrative/prozessives Arbeiten an Therapiezielen im Kontext mit der eigenen Traumageschichte) direkt einbeziehen können. Es nehmen auch bei mir in der Regel sechs bis acht Patient*innen (gemischtgeschlechtlich) an meinem halboffenen Gruppenpsychotherapie-Programm teil. Sie befinden sich gleichzeitig bei mir in der Einzeltherapie. Ihre übereinstimmenden Rückmeldungen haben mich darin bestärkt, dass die Kombination der Faktoren sorgfältige Vorbereitung auf die Gruppenpsychotherapie, die Kombination Einzel und Gruppe, themenbezogener Austausch und wechselseitige Unterstützung in der Gruppe einen vorzeitigen Therapieabbruch wirksam zu verhindern vermögen.



Archontula Karameros

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT) für Erwachsene, Kinder und Jugendliche (Einzel- und Gruppentherapie) in eigener Praxis in Berlin. Vorstandsmitglied der DPtV-Landesgruppe Berlin.

„Akkurater Einstieg“ – Auszug 1. Gruppensitzung (ambulante Praxis)

PT: Ich freue mich, Sie hier begrüßen zu können ... Vorstellungsrunde ... Lassen Sie uns über die Grundregeln sprechen, um sicherzugehen, dass die Gruppe für Sie alle ein sicherer Ort ist ... Was ist für Sie unterstützend?

O: Diskretion.

X: Wir behandeln uns mit Respekt.

N: Wir sprechen nur freiwillig über unsere privaten Belange.

PT: Wie klingt für Sie die Aufstellung der Grundregeln?

U: Das ist für mich neu und gut, dass ich hier selber die Grundregeln aufstellen kann.

PT: Lassen Sie uns heute auch darüber sprechen, was eigentlich für Sie ein Trauma bedeutet?

B: Für mich waren Drogen immer ein Mittel, um zu überleben. Aber sie haben mich auch abgetötet. Ich brauchte das, um mit mir klarzukommen.

PT: Das sind die zwei Seiten beim Trauma. Was macht es wiederum aus, sich lebendig zu fühlen und sein Leben so führen zu können, wie man es sich in Wahrheit wünscht?

PT: Ja, das macht für mich einen gewaltigen Unterschied, nicht aufzugeben, die Liebe zu meinen Kindern richtig erleben zu können, das spornt mich an.

Diskussion

Für uns Psychotherapeut*innen kann das noch relativ junge Gebiet der Psychotraumatologie ein spannendes Unterfangen sein, wenn es um den „richtigen“ Einsatz (gruppen-)therapeutischer Vorgehensweisen (siehe Multikomponentenansatz) bei Menschen mit PTBS/KPTBS geht. Dabei könnte eine vielversprechende Entwicklung in Richtung eines Multikomponentenansatzes weisen, in den gemeinsame Bausteine aus effektiven Therapien Eingang finden, um den Bedarfen der Menschen mit einer PTBS/KPTBS bestmöglich gerecht zu werden.

Wahrscheinlich lassen sich viele Psychotherapeut*innen mit Gruppenpsychotherapie bei PTBS/KPTBS von den umfangreichen Weiterbildungen abschrecken. Da der Behandlungsbedarf Betroffener und gleichzeitig der Schulungsbedarf der Kolleg*innen sehr hoch sind, könnten sie vielversprechend durch verkürzte „traumainformierte“ Fortbildungseinheiten ersetzt werden.

Viele Menschen mit komplexer Traumatisierung verfügen über eine hohe Resilienz sowie Funktionstüchtigkeit. Sie sind in Psychoedukationsgruppen mit störungsübergreifenden Themen wie Selbstwert, soziale Ängste und andere in der Regel ebenso gut aufgehoben und könnten auch von Psychotherapeut*innen ohne Zusatzqualifikation in Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden.

Das betrifft auch entwicklungs-traumatisierte Kinder. Sie weisen häufig eine erstaunliche Resilienz auf und benötigen zur psychischen Gesundheit vor allem die geeignete soziale Unterstützung in ihrem erweiterten sozialen Umfeld (Schulklasse, Verein und so weiter). Hier besteht noch hoher Bedarf an therapeutischer Vermittlungsarbeit.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.

Silke Ahrend

Gruppenpsychotherapie darf leicht sein und Spaß machen!

Das bisherige Wissen und Können als Einzeltherapeut*in neu nutzen in der MVT-Gruppentherapie – gelebte Zwischenmenschlichkeit und persönliche Potenzialentfaltung.



Kurz gefasst

Meine größte Hemmschwelle bei meinem „Entwicklungsübergang“ von der kognitiven Verhaltenstherapeutin im Einzelsetting zur MVT-Gruppentherapeutin (Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie) waren meine Befürchtungen, was am Allerschlimmsten passieren könnte. Ein Teil von mir glaubte, dass durch die Gruppendynamik ein Vielfaches an Traumatisierungen „explodieren“ und weder meine Person noch die Gruppe dieses Leid sicher halten könnte. Doch das Gegenteil ist eingetroffen. Ich habe erlebt und verstanden, dass Gruppenpsychotherapie leicht sein und Spaß machen darf! Im Rückblick sehe ich vor allem zwei wesentliche Faktoren, die das bewirkt haben. Zum einen, dass es in der MVT-Gruppentherapie nicht vorrangig um Kompetenzerwerb, sondern um Entwicklung zu einem sicher gebundenen Menschen sowie um Potenzialentfaltung geht. Und zum anderen, dass der mit der Gruppe gemeinsam gestaltete sichere Vertrauens- und Resonanzraum die Heilung schwerer Bindungsverletzungen der Patient*innen ermöglicht.



Schon während meiner Gruppentherapie-Ausbildung 2017 erarbeitete ich als Bestandteil der Ausbildung ein störungs- und methodenübergreifendes Konzept strategischer Persönlichkeitsentwicklung in Anlehnung an das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) von Matthias Berking (2017) und dem strategisch-behavioralen Ansatz (SBT) von Serge Sulz und Gernot Hauke (2009). Mir hatte an diesen beiden Ansätzen gefallen, dass sie mir ermöglichten, in mein Gruppentherapiekonzept alle mir als nützlich und wirkungsvoll erwiesenen Therapiemethoden zu integrieren und störungsübergreifende, alters- und gemischtgeschlechtliche Gruppen zu bilden, die die Lebensrealität der Patient*innen besser abbildeten.

Ein oder zwei Jahre vorher hatte ich im Einzelsetting mein therapeutisches Arbeiten sozusagen vom Kopf auf die Füße gestellt: vom rein kognitiven Arbeiten zu einer Vertiefung der persönlichen Erfahrung der Patient*innen durch das körperliche Spüren und Fühlen mit Embodiment-Techniken. Ob die Patient*innen ihren Körper überhaupt spüren und die körperlich gefühlte Botschaft der Emotionen als Bedürfnismelder wahrnehmen und verstehen konnten, wurde zunehmend wesentlicher für den Therapieerfolg.

Beglückend fand ich, dass die Embodiment-Techniken in der Gruppe sogar viel leichter umzusetzen sind und eine viel größere Wirkung als in der Einzeltherapie entfalten, wenn der Erlaubnisraum entsteht, dass man sich gegenseitig bei diesen Interventionen beobachten darf und das persönliche Erleben in der Gruppe geteilt wird.

Erst mit Beginn meines Gruppentherapie-Angebots gelang mir durch den entwicklungsstufenspezifischen SBT-Ansatz der Übergang von der kognitiven zur kognitiv-affektiv-behavioralen Therapie des SBT-Ansatzes, wo ich erstmals umfassend verstand, dass Denken, Fühlen und Verhalten sowie das Selbst- und Weltbild der Patient*innen in ihrem Körper eingebettet sind.

Sulz hat diese systemische Einheit sehr treffend in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt, die den Body oder Körper als Mittelpunkt sieht, in dem alle emotionalen und mentalen Funktionen sowie das Selbst und die Beziehungen zu anderen als „Em-Body-Ment“ verkörpert sind. Das körperliche Gewahrsein wird damit zum Ausgangspunkt für persönliche Veränderung und Entwicklung.

In dieser Abbildung befindet sich auch ein Pfeil in Richtung Transzendenz, der in meinem Verständnis für das persönliche WOFÜR der Patient*innen steht, was ihnen im Herzen wichtig ist. Dieses WOFÜR gibt ihnen die Kraft, sich auf die eigenen Entwicklungslöcher mit allen schmerzlichen Momenten einzulassen und auch die andere Seite ihrer Entwicklungslöcher zu sehen, wofür sie das alles auf sich genommen haben. Das WOFÜR hilft ihnen schließlich, ihre bisher ungelebten Potenziale zu entfalten und zunehmend freier ihre zwischenmenschlichen Beziehungen zu ihrem Partner, zu ihren Kindern, ihren Freunden und Arbeitskolleg*innen zu gestalten. Und tatsächlich macht dieses WOFÜR die Gruppenpsychotherapie für die Patient*innen und für mich leicht, da es die innere Kraft aktiviert und sich die Gruppe in dem gemeinsamen WOFÜR wiederfindet. Es macht diese zu einem lebendigen Prozess, der von den Patient*innen als Spaß und Freude erlebt wird. Es ist einer der wichtigsten Wirkfaktoren für diesen erfolgreichen Therapieprozess.

Beglückend fand ich, dass die Embodiment-Techniken in der Gruppe sogar viel leichter umzusetzen sind und eine viel größere Wirkung als in der Einzeltherapie entfalten.

Gemeinsam geht die Gruppe in einem sicheren Vertrauens- und Resonanzraum die Entwicklungsstufenleiter hinauf, wo die Kompetenzen der jeweiligen Entwicklungsstufe nachentwickelt wurden: auf der Körper-Stufe die Kompetenz der Selbstberuhigung in persönlichen Stress- und Triggersituationen, auf der Affekt-Stufe die Kompetenz der emotionalen Vitalität und den primären unterdrückten Handlungsimpulsen wieder zu vertrauen, auf der Denken-Stufe die Kompetenzen zum Erleben von Selbstbestimmtheit und Selbstwirksamkeit und auf der Empathie-Stufe die gelingende zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung.

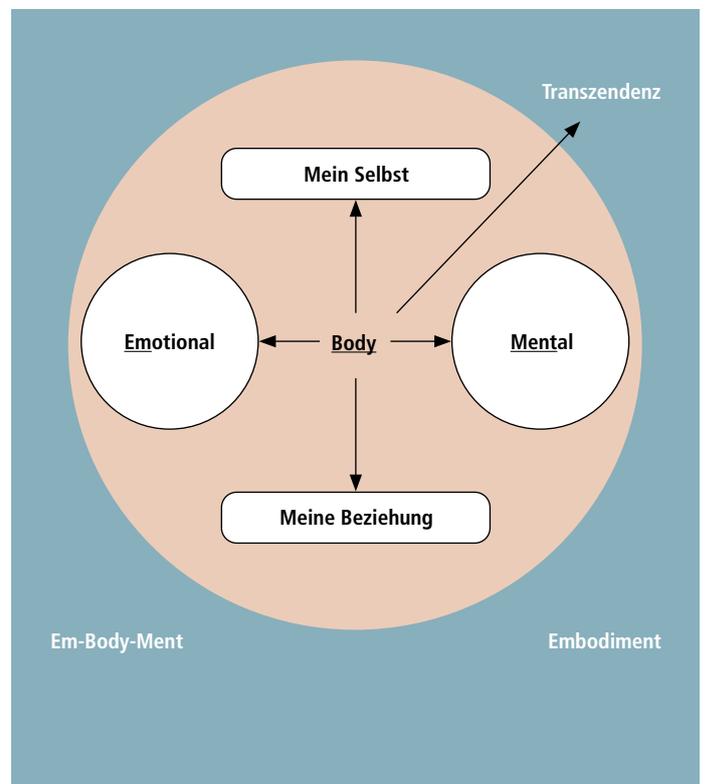


Abbildung 1: Serge Sulz: Der Körper (Body) als Zentrum – ausgerichtet am Lebens-Sinn (Wertstufe)



Im Jahr 2021 nahm ich dann nach der Veröffentlichung des MVT-Ansatzes (Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie nach Serge Sulz) zwei wesentliche Veränderungen in meinem bisherigen Gruppentherapiekonzept vor, die eine völlige Neuausrichtung zur Folge hatten.

Seitdem sich in der MVT-Forschung (Sulz, 2022b) sichere Bindung sowie Bedürfnisbefriedigung unerfüllter frustrierter Kindheitsbedürfnisse als die zentralen Wirkfaktoren für eine erfolgreiche Therapie herausgestellt haben, wie auch meine eigenen Erfahrungen bestätigten, ist nun meine MVT-Gruppentherapie konsequent darauf ausgerichtet, wie sich die Patient*innen ab der ersten Gruppenstunde zu einem sicher gebundenen Menschen nachentwickeln können und die sichere

Das sogenannte Emotion Tracking des MVT-Ansatzes ist die zentrale Intervention zur nachträglichen Erfüllung konkreter frustrierter Kindheitsbedürfnisse.

Beziehung und Bindung in der Gruppe die Grundlage jedes Entwicklungsschritts und des Kompetenztrainings wird. Die meist zu Beginn der Therapie unsicher, ängstlich-vermeidend, ängstlich-abhängig oder ambivalent gebunden Patient*innen erleben durch die kontinuierliche aktive Förderung von sicherer Bindung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin, zur

Gruppe und zu sich selbst permanent heilsame und befriedigende korrigierende Erfahrungen in Form von „Antidots“ bis dahin unerfüllter Kindheitsbedürfnisse, die das Wachstum und die Heilung der verletzten Seele (Sulz, 2022a) ermöglichen. Sie erleben fortwährend, wie sich „sicher gebunden sein“ für sie körperlich und emotional anfühlt. Gleichzeitig bekommen sie ein mentales Verständnis des Gefühls sicherer Bindung und Beziehung zu sich selbst und zu anderen, die sie zu einem sicher-gebundenen Menschen reifen lässt.

Das sogenannte Emotion Tracking des MVT-Ansatzes ist die zentrale Intervention zur nachträglichen Erfüllung konkreter frustrierter Kindheitsbedürfnisse. In der Gruppe durchgeführt, erleben auch die anderen Patient*innen stellvertretend eine tiefe, emotional heilsame Nacherfüllung konkreter unerfüllter Grundbedürfnisse. Das anschließende mentale Verstehen und das Teilen in der Gruppe führen schließlich zu neuem Bewusstsein der inneren psychischen Prozesse von sich selbst und den anderen. Es findet eine tiefe Integration auf der körperlichen, emotionalen und mentalen Ebene in die eigene Persönlichkeit statt in Form eines positiven Selbst- und Beziehungsverständnisses.



Vielleicht
Liebe auf den
ersten Blick

psyx ist da!

Lernen Sie unsere neue
Praxissoftware für
Psychotherapie jetzt kennen.

Mehr auf [psyx.medatixx.de!](https://psyx.medatixx.de)



Die Patient*innen und auch ich erleben nach diesen gemeinsamen Emotion-Tracking-Arbeiten tiefes Glück, Freude und Stolz aufgrund der überwundenen Schwierigkeiten und korrigierenden Erfahrungen. Diese positiven Gefühle sind für mich zu den somatischen Markern und Wegweisern für eine gelingende persönliche Entwicklung in jeder Gruppenstunde geworden. Sie zeigen mir die zunehmende sichere Verbundenheit zu sich selbst und zu den anderen Menschen in der Gruppe, was sich dann unmittelbar positiv auf das Alltagserleben und Alltagsgeschehen auswirkt. So berichten die Patient*innen:

„Das Gefühl von Vertrautheit und Geborgenheit in der Gruppe ist über die Zeit bei mir sehr stark gewachsen. Ich finde, in der Gruppe lernt man viel leichter andere zu akzeptieren, zu schätzen und so zu nehmen wie sie sind. Auch die Kommunikation untereinander wird sozusagen ‚nebenbei‘ gelernt“. (MS)

„Zurzeit hat mich die Gruppentherapie aus der Selbstisolation geholt. Ich musste mich ‚Fremden‘ gegenüber öffnen und erst dann waren neue Wege möglich.“ (BK)

„Der besondere Wirkfaktor war/ist für mich der, dass man in jedem anderen Problem jedes Einzelnen – auch ein Stück immer sich selber sehen kann ... und selbst wenn die Probleme nicht die gleichen sind – dann aber bestimmte Verhaltensmuster und Reaktionen an denen man sich dann doch auch wieder erkennt ...“ (JE)

Damit erreichte mein ursprüngliches Gruppentherapiekonzept eine neue Tiefe im Verständnis der menschlichen Psyche, so wie es Sulz auch in seiner Workshopbeschreibung zur MVT-Ausbildung (2022c) beschreibt. Die Therapien sind für mich erfüllend und für die Patient*innen heilsam und bereichernd und es erscheint mir der

Durchbruch in meinem therapeutischen Arbeiten und für mich persönlich zu sein. Mich selbst hat die MVT-Gruppentherapie darin

unterstützt, mich meinen Befürchtungen bei meinem Entwicklungsübergang von einer Einzel- zu einer Gruppenpsychotherapeutin in der MVT-basierten Supervision zuzuwenden und wie meine Patient*innen zutiefst heilsame Erfahrungen auf meinem Weg zu einer reifen Therapeutenpersönlichkeit zu integrieren (Sulz, 2019).

Abschließend will ich den MVT-Ansatz kurz darstellen:

Mich selbst hat die MVT-Gruppentherapie darin unterstützt, mich meinen Befürchtungen bei meinem Entwicklungsübergang von einer Einzel- zu einer Gruppenpsychotherapeutin in der MVT-basierten Supervision zuzuwenden.

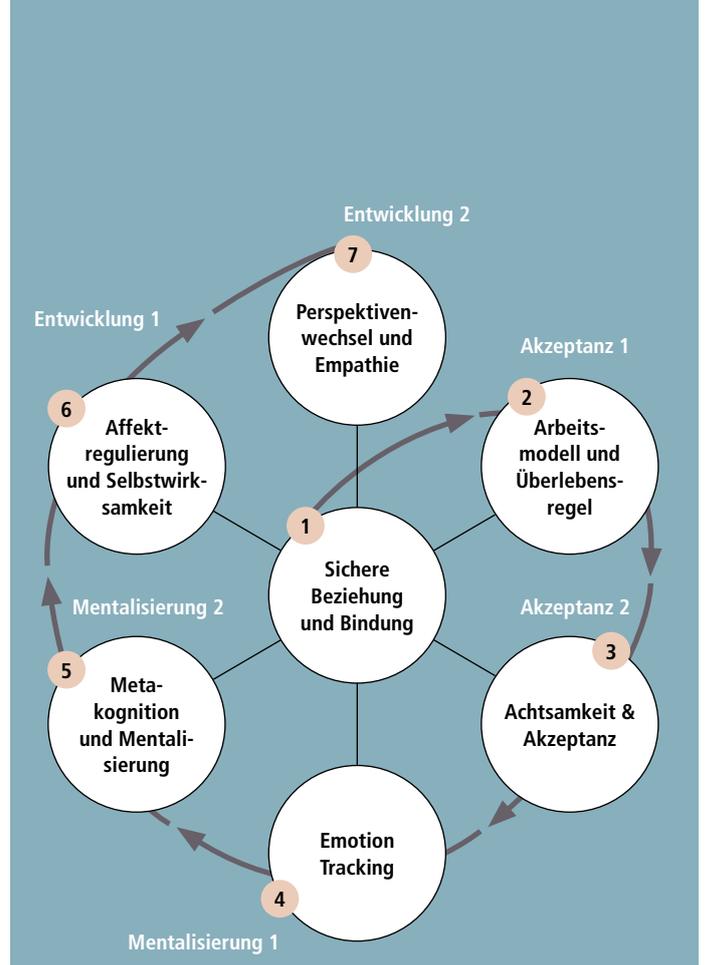


Abbildung 2: Der MVT-Ansatz (Sulz, 2022a)

Im MVT-Ansatz von Serge Sulz gibt es sieben Arbeitskerntemen, die aufeinander aufbauen, sich aber auch gegenseitig bedingen. Zu allererst die Erfahrung von sicherer Beziehung und Bindung – weiterhin zwei Akzeptanzmodule, um das eigene Gewordensein besser zu verstehen (inneres Arbeitsmodell und Achtsamkeit), zwei Mentalisierungsmodule, bei der über Emotion Tracking ein tiefer emotionaler Schmerz aufgrund von kindlicher Bedürfnisfrustrationen durch passende Antidote korrigiert wird und im Nachhinein auf einer Metaebene mentalisiert wird sowie zwei Entwicklungsmodule, die besonderes Augenmerk auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit und die Entwicklung von Empathiefähigkeit durch das Erreichen zweier Entwicklungsübergänge legt.

Der Mensch entwickelt sich über sechs Entwicklungsstufen von der Körper-Stufe bis hin zur Werte-Stufe zu einem reifen, an Werten orientierten Menschen.

Allerdings geht es bei der MVT wie dargestellt nicht einfach nur um Kompetenzerwerb und zwei Entwicklungsübergänge, auch wenn die im Vordergrund stehen. Sondern der Mensch entwickelt sich über sechs Entwicklungsstufen (siehe Abbildung 2) von der Körper-Stufe bis hin zur Werte-Stufe zu einem reifen, an Werten orientierten Menschen, wobei der Mensch auf jeder Entwicklungsstufe stufenspezifische Defizite hat und dafür bestimmte stufenspezifische Kompetenzen entwickelt.

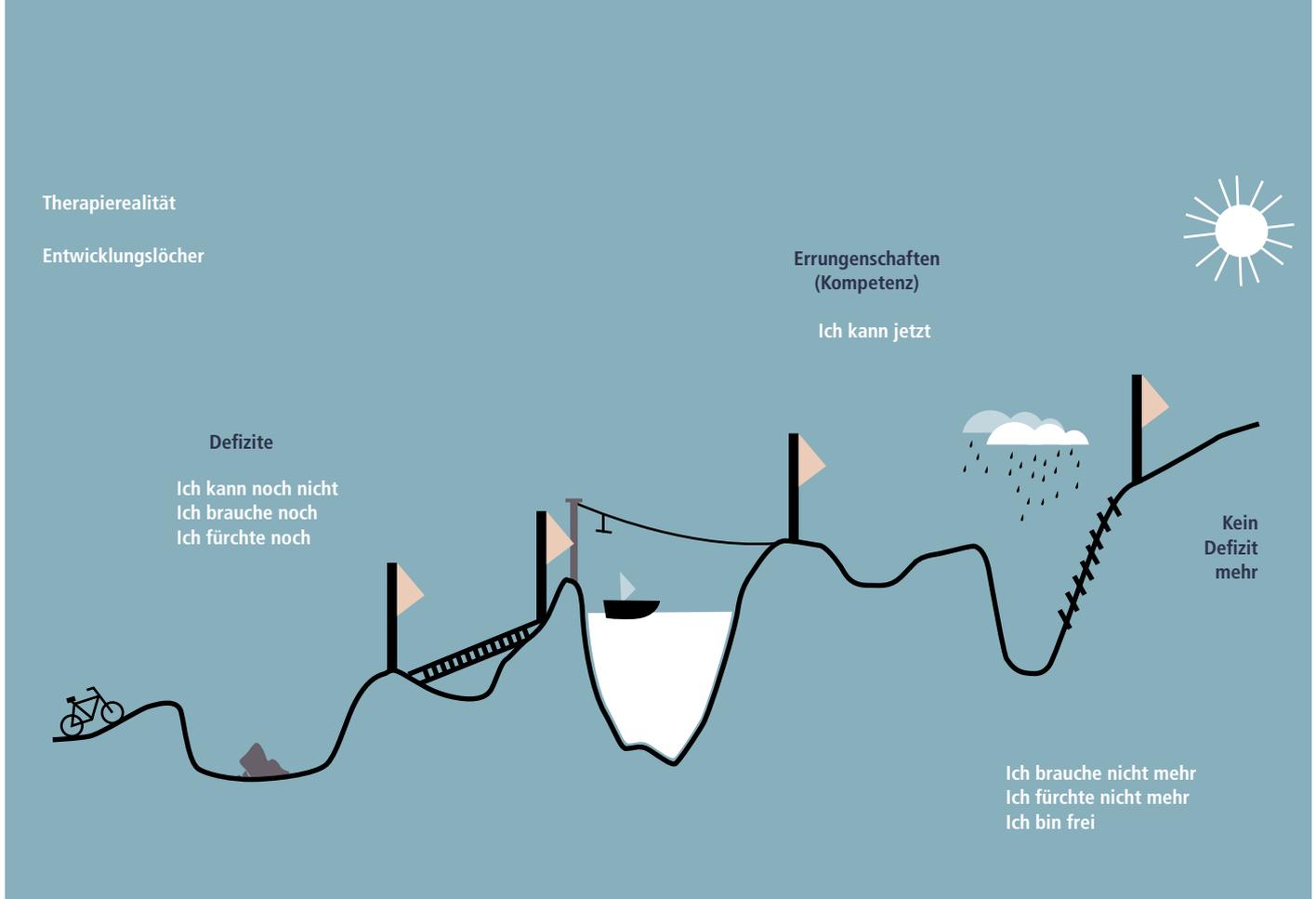


Abbildung 3: Gruppengespräche als strategische Persönlichkeitsentwicklung – „weg von“ defizitären Entwicklungs-
löchern „hin zu“ der Entfaltung der eigenen Potenziale (eigene Abbildung)

Der*die Patient*in ist nach dem Therapieprozess ein*e andere*r geworden. Er*sie hat aus seinen Entwicklungsdefiziten seine*ihre Potenziale entfaltet und er*sie hat sich zu einem sicher gebundenen freien Menschen entwickelt. Er*sie ist nicht mehr bedürfnisabhängig aufgrund der fortlaufenden Erfüllung seiner*ihrer frustrierten Kindheitsbedürfnisse im Therapieprozess. Dadurch ist er*sie angstfrei geworden aufgrund der erlebten Zwischenmenschlichkeit in der Gruppe, dass seine*ihre Bedürfnisse von anderen Menschen gesehen und befriedigt wurden. Durch seinen Kompetenzerwerb wurde er*sie autonom und empathiefähig, sodass er*sie jetzt seine*ihre zwischenmenschlichen Beziehungen erfolgreich gestalten kann.

Erste Ergebnisse der MVT-Forschung bestätigen meine Erfahrungen und die oben dargestellten Berichte der Patient*innen zur Verbesserung der psychischen Symptome durch MVT. Die dysfunktionale Überlebensregel wirkt weniger aufs Verhalten und Erleben ein, der Umgang mit Angst und Wut verbessert sich und Persönlichkeitsstärken nehmen zu (Sulz, 2022b).

Zusammengefasst kann ich mit dem MVT-Kompass der sechs Entwicklungsstufen und der sieben MVT-Module gemeinsam mit den Patient*innen zielsicher durch die Entwicklungsprozesse navigieren und sie darin unterstützen, ein positives Bewusstsein über sich selbst und andere zu entwickeln. Mittlerweile habe ich in Supervision mit Prof. Dr. Dr. Serge Sulz ein vom EUPEHS-Institut zertifiziertes MVT-basiertes Gruppentherapiekonzept entwickelt und biete es in Einführungsworkshops sowie im Rahmen der Gruppentherapieausbildung zum Erwerb der Fachkunde Gruppentherapie (VT) an. Gruppenpsychotherapie darf auch leicht sein und Spaß machen!



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Silke Ahrend

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Einzel- und Gruppentherapie nach dem MVT-Ansatz, Supervisorin für Verhaltenstherapeutische Psychotherapie (CIP), Ausbildungsgruppen in MVT-Gruppentherapie in Berlin am SBT-Institut.

Tewes Wischmann

Psychosoziale Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann sowohl negative emotionale Auswirkungen auf den einzelnen Partner als auch Konsequenzen für die Paarbeziehung haben. Die psychischen Auswirkungen ungewollter Kinderlosigkeit werden im Allgemeinen unterschätzt, während psychische Ursachen von Fertilitätsstörungen zu oft vermutet werden.

Ungewollte Kinderlosigkeit liegt nach der Definition der WHO vor, wenn es trotz regelmäßigen ungeschützten sexuellem Verkehr nach einem Jahr noch nicht zum Eintritt einer klinischen Schwangerschaft gekommen ist (Zegers-Hochschild, Nygren et al. 2006). Was ist an dieser Definition auffällig? Zum einen liegt hier eine einseitig heteronormative Sichtweise vor, in der sich gleichgeschlechtliche Paare und Einzelpersonen mit Kinderwunsch nicht wiederfinden werden. Zum anderen ist die Zeitspanne von einem Jahr willkürlich gesetzt (bis 2001 lag sie noch bei zwei Jahren, (te Velde, Habbema et al. 2017)), und etwa die Hälfte der nach einem Jahr kinderlos gebliebenen Paare wird in den folgenden drei Jahren doch noch schwanger (Gnoth und Mallmann 2016). Da ungewollte Kinderlosigkeit sich nicht selten aus gewollter Kinderlosigkeit entwickelt, und dies innerhalb eines Paares auch unterschiedlich verlaufen kann, ist die Prävalenz insgesamt nur schwer einzuschätzen.

Unerfüllter Kinderwunsch ist unsichtbar: Von vier kinderlosen Paaren ist eines ungewollt kinderlos, wir sehen aber nicht, welches Paar. Da ungewollte Kinderlosigkeit oft noch stigmatisiert wird – Stichwort: „psychogene Sterilität“ (Wischmann, Schick et al. 2020) – bleiben die psychischen Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches weitgehend im Verborgenen. Ungewollt Kinderlose haben immer noch keine Lobby, und Betroffene (insbesondere Männer) können nicht auf Rollenmodelle zur Bewältigung zurückgreifen. Tatsächlich erleben die meisten Betroffenen diese Krise als sehr starke emotionale Belastung, vergleichbar mit einer eigenen schweren körperlichen Erkrankung beziehungsweise dem Tod einer nahestehenden Person.

Frauen und Männer unterscheiden sich dabei im Erleben und Erleiden dieser Krise kaum voneinander, auch wenn gesellschaftliche Stereotype – die sich auch in Forschungsergebnissen reproduzieren können – Unterschiede postulieren.

Unterschiede zeigen sich hingegen im Erleben der medizinisch assistierten Reproduktion, da sich der weitaus größte Anteil der Diagnostik und Therapie auf die Frau und deren Körper bezieht (Wischmann 2012): Sie misst ihre Basaltemperaturkurve, bekommt Blut zur Hormonbestimmung entnommen, unterzieht sich einer Ultraschalldiagnostik und erlebt das Scheitern der Bemühungen um eine Schwangerschaft als erste (mit dem Wiedereintritt der Monatsblutung). Die Verarbeitung dieser „Achterbahn der Gefühle“ – dem emotionalen Auf und Ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung – ist hingegen durch das Paar zu leisten (soweit es sich nicht um Alleinstehende mit Kinderwunsch handelt): „Infertility is a shared stressor“. Dabei haben die Bewältigungsstrategien beider Partner in dieser Situation einen wechselseitigen (sowohl förderlichen als auch ungünstigen) Einfluss aufeinander (Volmer, Rösner et al. 2017). Neben den – oft als überwältigend erlebten – Gefühlen wie Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Trauer und Enttäuschung geht unerfüllter Kinderwunsch nicht selten mit massiven Selbstwertproblemen, sexuellen Funktionsstörungen und sozialem Rückzug einher. In einer psychosozialen Kinderwunschberatung sollte das Auftreten dieser Empfindungen normalisiert (und eben nicht als Ausdruck persönlichen Versagens konnotiert) werden.

Kurz gefasst

Die sensationell erscheinenden Erfolge der modernen Reproduktionsmedizin – zum Beispiel Geburten nach Uterustransplantation – suggerieren zuweilen, der Wunsch nach einem eigenen Kind sei jederzeit und garantiert umsetzbar. Zu den Schattenseiten dieser Entwicklung gehört, dass der emotionale Impact sowohl ungewollter Kinderlosigkeit als auch der medizinisch assistierten Reproduktion häufig massiv unterschätzt wird, von Betroffenen, ihren Angehörigen, aber auch von Professionellen (wie Beratungsfachkräften, Psychotherapeut*innen und Reproduktionsmediziner*innen). Im Folgenden sollen erste Handreichungen zum Thema gegeben werden: Neben der Darstellung der Auswirkungen eines unerfüllten Kinderwunsches werden Einschätzungen der medizinischen wie auch paramedizinischen Angebote gegeben, sowie konkrete Tipps zur Gesprächsführung mit ungewollt Kinderlosen vorgestellt. Der Artikel schließt mit Verweisen auf niederschwellig verfügbare Informationsquellen zur Thematik.



In der Kinderwunschberatung sollten primär konkrete Handreichungen für hilfreiche Strategien im Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch und der medizinischen Behandlung vermittelt werden (Wischmann 2014). Zentral ist dabei, Fahrpläne zu erstellen und Grenzen zu setzen. Nur in seltenen Fällen wird die Grenze von medizinischen Fachkräften gezogen, die eigenen (emotionalen und finanziellen) Ressourcen der Betroffenen sind diesbezüglich entscheidend wirksam. Zentral ist es auch, einen „Plan B“, „C“, „D“ und so weiter zu entwickeln, sowie sich um die eigene Person und um sich als Paar zu kümmern wie auch die persönlichen Ressourcen zu aktivieren („In welchen Situationen gelingt es Ihnen, den unerfüllten Kinderwunsch zu vergessen?“), um der „Eigendynamik der Reproduktionsmedizin“ etwas entgegengesetzt zu können.

„So extrem es klingen mag: beim Thema künstliche Befruchtung müssen sich alle Beteiligten darüber im Klaren sein, dass man hierbei ganz schnell die Wesensmerkmale eines Junkies entwickelt“ (Zuschrift Spiegel Online vom 06.11.2022).

Alternative Perspektiven zu entwickeln ist aufgrund der Erfolgchancen assistierter Reproduktion essenziell wichtig. Bei einer durchschnittlichen Lebendgeburtenrate von 20 % pro Behandlungszyklus „künstlicher Befruchtung“ gehen rein rechnerisch nach drei Zyklen circa 50 %, nach vier Zyklen circa 40 % und nach fünf Zyklen circa ein Drittel der Paare ohne Kind aus der medizinischen Behandlung hervor (Wischmann und Thorn 2023). Die Aussicht definitiver Kinderlosigkeit ist sicherlich eine gefühlsmäßig herausfordernde Vorstellung, das Thema sollte aber kein Tabuthema für das Paar werden, auch nicht für die psychosoziale Beratungsfachkraft, und selbstverständlich auch nicht für die Reproduktionsmediziner*innen.

„Verbesserungswürdig in der medizinischen Betreuung ist die allzu vorsichtige Ausdrucksweise bei den ‚schlechten‘ Ergebnissen, die bei mir immer wieder zu Hoffnungen geführt haben. Dadurch wurde das Ergebnis ‚keine Kinder‘ zu bekommen, meinerseits zu sehr in den Hintergrund gedrängt. Und als das Ergebnis nicht mehr zu verleugnen war, waren wir diesem nicht gewachsen.“ (M. S. in (Wischmann und Stammer 2016)).

Beruhigend kann in diesem Zusammenhang die Informationsgabe sein, dass es im Langzeitverlauf nur geringe Unterschiede in der Lebensqualität und der Lebenssituation zwischen ungewollt Kinderlosen und Eltern gibt, und die Trennungsraten ungewollt kinderloser Paare deutlich erniedrigt ist: Das Erleben und die Bewältigung dieser Krise „schweiß“ die Paare in der Regel mehr zusammen (Wischmann, Borkenhagen et

al. 2021). Die Trauerarbeit setzt zudem letztlich wieder diejenigen Energien frei, die zuvor im Auf und Ab der fortpflanzungsmedizinischen Behandlung gebunden waren. Rituale zur Bewältigung sind dabei unbedingt zu empfehlen (Wischmann 2022): Dies betrifft nicht nur den Abschied vom Kinderwunsch, sondern selbstverständlich auch jeden unglücklichen Schwangerschaftsverlauf nach assistierter Reproduktion (wie Fehl- und Totgeburt sowie extrauterine Schwangerschaft), der von Paaren mit Kinderwunsch oft noch als besonders belastend wahrgenommen wird (Wischmann 2016). Nach Schwangerschaftsverlust geht kein Paar unbeschwert in eine Folgeschwangerschaft. Positives Denken ist zum Schwanger-werden (und -bleiben) aber auch nicht zwingend notwendig.

In der psychosozialen Kinderwunschberatung sollten die Betroffenen auch zum „Geschäft mit dem schlechten Gewissen“ informiert werden: Existenzielle Krisen lassen einen oft zum letzten Strohalm greifen, und das können bei unerfülltem Kinderwunsch Angebote zur „Auflösung innerer Blockaden“ sein (zum Beispiel Familienaufstellungen sowie Meridian-Energie- und Emotionalkörper-Therapien), aber auch baubiologische Sanierung des Schlafzimmers und Nahrungsergänzungsmittel bei Kinderwunsch: Aus wissenschaftlicher Sicht hat keines dieser paramedizinischen Angebote die Wirksamkeit im Sinne einer Erhöhung der Lebendgeburtenrate erwiesen (Wischmann 2012). Von daher ist auch vom Besuch von Internetforen zum Thema dringend abzuraten, da dieser meist mit Schuldgefühlen endet, nicht alles Notwendige unternommen zu haben (Wischmann 2022). Aber auch die vielfältigen reproduktionsmedizinischen Zusatzangebote („Add-Ons“) halten einer evidenzbasierten Überprüfung kaum Stand: Von den von der britischen HFEA in einem Ampelsystem bewerteten zwölf Add-Ons (wie „Assisted Hatching“, „EmbryoGlue“, „Time-Lapse Imaging“) bekam keines eine grüne Wertung (Effektivität nachgewiesen) und sieben eine rote (Effektivität nicht nachgewiesen).

Unter bestimmten Voraussetzungen ist von einer zeitlich umfangreicheren psychosozialen Kinderwunschberatung auszugehen. Hierzu zählt insbesondere die Familienbildung mithilfe Dritter, in Deutschland also mittels hier erlaubter Samenspende beziehungsweise mittels Embryonenspende/-adoption (Legalität umstritten) und Eizellgabe oder Leihmutterchaft (beides hier verboten). Die mit dieser Form der Familienbildung häufig verknüpften Fantasien und Befürchtungen, die insbesondere mit anonymer Gametenspende einhergehen, sollten vor Inanspruchnahme dieser Möglichkeiten (gegebenenfalls im Ausland) eingehend und offen miteinander besprochen und kritisch diskutiert werden. Auch ethische Überle-



INSTITUT FÜR PSYCHOLOGISCHE
PSYCHOTHERAPIE

Leitung: Prof. Dr. Rainer Sachse

Das IPP bietet an:

Von der Psychotherapeutenkammer NRW zertifizierte Veranstaltungen
Tages- und Wochenendveranstaltungen sowie Fortbildungsreihen

Unter anderem zu den Themen:

Therapeutischer Umgang mit Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen,
z. B. Narzisstische, Histrionische, Borderline PS

Spezielle Themen bei der Behandlung von Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen,
z. B. Beziehungsgestaltung, Motivierung, Konfrontation

Ansätze Klärungsorientierter Psychotherapie bei verschiedenen Störungsbildern

Psychotherapeutische Arbeit bei Psychosomatik, Trauma u. a.

Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Klärungsorientierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie

Detaillierte Informationen zu Themen, Terminen, Kosten und Fortbildungspunkten unter:
ipp-bochum.de/fobi, kop-bochum.de
weiterbildung@ipp-bochum.de | Tel: 0234-92 33 85 10 | IPP, Prümerstraße 4, 44787 Bochum

gungen sollten in der Beratung genügend Raum haben (Wischmann 2021). Professionelle Kinderwunschberatung sollte wie immer allparteilich und ergebnisoffen stattfinden, dabei aber nicht nur das Wohl des Paares, sondern auch das (zukünftige) Kindeswohl berücksichtigen. Eigene ethische Grenzen müssen dabei berücksichtigt werden, gegebenenfalls kann eine Weitervermittlung an eine andere Beratungsfachkraft erwogen werden.

Zur Ressourcenstärkung von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffenen kann Ratgeberliteratur empfohlen werden: Als Einstieg hilft die „ultimative Kinderwunsch-Checkliste“ (www.dr-wischmann.de), aktuell ist der Ratgeber von BKiD erhältlich (Wallraff, Thorn et al. 2022), und als Verweis auf den wissenschaftlichen Hintergrund sind die Leitlinien der AWMF zu nennen (unter www.leitlinien.net kostenfrei abrufbar), insbesondere „Diagnostik und Therapie vor assistierter Reproduktion (015-085)“, „Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie (016-003)“ sowie „Habituelle Aborte (015-050)“. Andere aktuelle Medien (wie Podcasts und Videos) sind unter www.informationsportal-kinderwunsch.de des Bundesfamilienministeriums kostenfrei verfügbar, medizinische Informationen zur Reproduktionsmedizin unter www.bzga.de. Psychosoziale Bera-

tungsfachkräfte und Psychotherapeut*innen seien auf „Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch“ (Stammer, Verres et al. 2004) sowie die Fortbildungsmanuale (Thorn 2014, Thorn, Wischmann et al. 2022) und die Angebote des Fortbildungsinstituts von BKiD verwiesen (www.kinderwunschfortbildung.de). Eine Übersicht über gesellschaftliche und politische Aspekte ungewollter Kinderlosigkeit gibt der kostenfreie Sammelband „Kinderwunsch? Beratung!“ (Wischmann und Thorn 2018). Schließlich sei noch auf das Beratungs- und Informationsangebot der „Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD“ verwiesen (www.bkid.de).



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann

Psychologischer Psychotherapeut (AP), seit über 30 Jahren spezialisiert auf Beratung, Psychotherapie, Forschung und Lehre bei und zu unerfülltem Kinderwunsch: Beratend als Verfasser beziehungsweise (Mit-)Herausgeber von Ratgeberbüchern, therapierend als analytischer Psychotherapeut, forschend als Wissenschaftler des Heidelberger Universitätsklinikums und Leitlinienautor bei der AWMF, der Bundesärztekammer sowie der ESHRE, und lehrend im BKiD-Fortbildungsinstitut als Dozent und dessen Geschäftsführer.

Cornelia Fisch

Ihre Stimme in der Psychotherapie

Die Stimme verbindet Menschen. Sie ermöglicht uns, miteinander in Kontakt und Resonanz zu gehen. In der Psychotherapie kann sie einen wesentlichen Anteil an gelingenden Prozessen haben.

Die ursprüngliche organische Funktion der Stimmbänder und des Kehlkopfs bestand darin, die Luftröhre vor eindringenden Fremdkörpern, wie Lebensmitteln zu verschließen und somit die Lunge zu schützen. Was sich daraus entwickelt hat, ist ein komplexes, wunderbares, Beziehung gestaltendes Organ.

Das beginnt schon im Mutterleib, wenn das Baby die Stimme der Mutter, des Vaters hört. Ab der 28. Schwangerschaftswoche ist das Hörorgan weitestgehend ausgebildet. Es nimmt die Stimme und Stimmung der Mutter ganzkörperlich wahr,

ist unmittelbar damit verbunden. Eine Veränderung geht mit einer Veränderung seiner direkten Umwelt einher. Stellen Sie sich eine werdende Mutter vor, die sehr unter Stress und Anspannung steht, da wird es für das Baby im Bauch enger, es gerät ebenfalls unter Anspannung. Wenn dann die Stimme der Mutter zwangsläufig in einen anderen Ton verfällt, lernt das Baby, diesen mit der eigenen angespannten Lage zu verbinden. Wir lernen sehr früh, Stimmen und die dazugehörige Stimmung zuzuordnen und uns entsprechend zu verhalten. Kommt das Baby dann auf die Welt, äußert es sich direkt über die eigene Stimme. Mit der Stimme macht es auf sich aufmerksam. Sie wird zu seiner ersten Möglichkeit, mit der Umwelt in Kontakt zu treten.



Kurz gefasst

Die Stimme ist eines der wichtigsten Mittel zur Beziehungsaufnahme und zur Beziehungsgestaltung. Wenn wir miteinander sprechen, teilen wir uns über unsere Stimme mit. Sie trägt das, was wir sagen wollen, vom Innen ins Außen, auf der inhaltlichen und auf der emotionalen Ebene. Mit ihr gestalten wir die Atmosphäre, die Schwingung im Raum. Sie ermöglicht uns, mit unseren Mitmenschen und unserer Umwelt in ein unmittelbares Resonanzverhältnis zu gehen. Wir können mit unserer Stimme einen Menschen berühren, ganz real, durch die physikalische Schwingung, die entsteht. In der Psychotherapie liegt darin eine wesentliche Möglichkeit der Kontaktaufnahme von der Psychotherapeut*in zur Patient*in und anders herum. Im Klang der Stimme einer Person wird ihre aktuelle Stimmung und ihre basale emotionale Verfasstheit hörbar. Wir reagieren zunächst intuitiv auf den Klang von Stimmen. In diesem Artikel nehmen wir diese Erkenntnisse genauer unter die Lupe.

„Das erste und grundlegende Organ, mittels dessen wir die Welt zum Antworten bringen (...), ist jedoch die Stimme.“ (Hartmut Rosa, 2017, S. 109)

Die Stimme ist dann für das Baby der wichtigste Weg, auf sich aufmerksam zu machen, und die Befriedigung seiner lebenswichtigen Bedürfnisse zu erwirken. Sie ermöglicht ihm ein erstes Erleben von Selbstwirksamkeit und das gänzlich ohne Worte. Genauso hört und identifiziert das Neugeborene die Stimmung im Raum, ohne die

Worte zu verstehen.

Betrachten wir die Entwicklung der Stimme anthropologisch, war unseren Vorfahren bis zur Entwicklung des aufrechten Ganges eine differenzierte Artikulation nicht möglich. Die physiologischen Gegebenheiten gaben das nicht

her. Die für das eigene Überleben wichtige gelingende Verständigung unserer Vorfahren vollzog sich auf der Ebene von Lauten und Geräuschen. Entschlüsseln zu können, was das Gegenüber wie meint, war dabei ein echter Vorteil. Diese Fähigkeit ist tief in uns verankert.

Die für das eigene Überleben wichtige gelingende Verständigung unserer Vorfahren vollzog sich auf der Ebene von Lauten und Geräuschen.

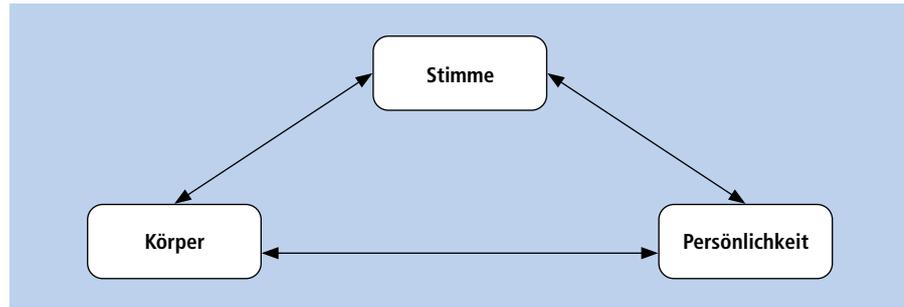
Wir lernen sehr früh, Stimmen und die dazugehörige Stimmung zuzuordnen und uns entsprechend zu verhalten.



AUS DER PRAXIS

Stimme ist Wesen-tlich

Wenn wir sprechen, sind wir als ganze Person mit der Stimme verbunden. Wir sind das Instrument – als Mensch mit allem, was wir sind. Dazu zählt unser ganzer Körper, unser Geist, unsere Seele, geprägt von unserem gesamten Erfahrungsschatz. Ohne Körper keine Stimme. Sie entsteht in ihm und durch ihn. Stimme ist hörbarer Lebensstil.



Konkret heißt das: Jeder Körper in seinem ganz individuellen Gewordensein wird zum Resonanzraum. Um das volle Potenzial, was jede Stimme in sich trägt, zur Verfügung zu haben, benötigen wir Freiheit, Durchlässigkeit und damit Schwingungsfähigkeit des Körpers. Überall, wo wir verspannt sind, wo wir uns im Körper festhalten, wird die Schwingung aufgehalten.

Beispiel: Langes Sitzen vor dem Computer führt häufig zu einem verspannten Nacken, unser Kinn ist trotz aller guten Vorsätze vorgegerutscht. Das hat eine deutliche Verengung des sogenannten Ansatzrohres (Hals, Nacken und Rachen) zur Folge. In Konsequenz klingt die Stimme dann deutlich enger, als wenn der Nacken lang und frei ist. Versuchen Sie es einmal!

Beispiel: Eine Person hat gelernt, dass es gefährlich sein kann, „gesehen zu werden“, sich Raum zu nehmen. Sie kann dazu übergegangen sein, den eigenen Raum auf ein Minimum zu beschränken. Die Bewegung des Körpers, die wir für die Atmung benötigen, wird so ebenfalls limitiert. Das hat eine verengende Wirkung auf die Atmung selber, sie wird möglicherweise flach. Die Durchlässigkeit des Körpers und damit seine Klangbereitschaft verringert sich.

Nur ganz selten begegnen wir bei Erwachsenen Stimmen, die ganz frei sind, die ganz ungestört in all ihren Farben klingen können, die das, was genetisch angelegt ist, voll ausschöpfen können. Das Leben hinterlässt Spuren, Erfahrungen schlagen sich nieder. Eine genauere Wahrnehmung der Stimme ermöglicht uns, dies zu identifizieren.

Stimme ist eine Art klingende Körpersprache. In den meisten Fällen wird hörbar, wie eine Person durch ihr Leben geht. Ist zum Beispiel der Körpertonus eher unterspannt, klingt die Stimme hauchiger oder rauer. Wenn wir unter Druck stehen, kann die Stimme etwas eng und scharf klingen.

Die gerade von einer Person empfundenen Emotionen finden ebenfalls im Körper statt und verändern diesen. Das hat natürlich einen Einfluss auf die zur Schwingung bereitstehenden Resonanzräume, und damit auf den entstehenden Klang. Die emotionale Stimmung wird wahrnehmbar. Wenn Menschen nicht mit ihren Emotionen in Kontakt sind, wird dies ebenfalls hörbar.

Stimme ist eine Art klingende Körpersprache. In den meisten Fällen wird hörbar, wie eine Person durch ihr Leben geht.

räume verstärken den Klang. Mit unseren Artikulationswerkzeugen (Lippen, Zähne, Zunge,

Gaumen, Rachen) spezifizieren wir ihn. Sprechen ist klingender Atem und eine physiologisch stimmige Atmung hat einen großen Einfluss auf den Stimmklang. Unsere individuelle Art zu atmen wird aber auch von Erfahrungen geprägt: Atmung beinhaltet den Wechsel zwischen Spannung und Entspannung, zwischen „Sich-Raum-nehmen“ und „Raum geben“, zwischen „Etwas-zu-sich-hineinlassen“ und „Es-wieder-abgeben“. Menschen, die damit ein Thema haben, werden dies vermutlich in ihrer Art zu atmen wiederfinden.

In jeder Kommunikationssituation, aber besonders in der Psychotherapie, in der es auf Vertrauen und auf ein Miteinander in Schwingung geraten ankommt, liegt in der Stimme eine besondere Wirkkraft. Sie wirkt als Brücke in beide Richtungen.



Braucht die Psychotherapie die Stimme?

Versuchen Sie einmal, ohne die Stimme mit Patient*innen in Kontakt zu kommen. Das könnte sich schwierig gestalten. Schon in der Auswahl der Therapierenden richten sich die Patient*innen häufig nach dem ersten Eindruck. Bei einem ersten Gespräch, meistens per Telefon, wird die Stimme dann zu einem ausschlaggebenden Kriterium.

Hat eine Patient*in sich für Sie entschieden, ist auch die weitere Beziehungsaufnahme in einer ersten Sitzung ohne Stimme undenkbar. Mit ihr sprechen Sie Ihre Patient*innen an, stellen Sie Kontakt her und gestalten die Sitzung.

Die Stimme wird dabei zu einer Art Brücke, auf der wir uns begegnen. Sie öffnet uns einen Zugang zum Gegenüber. Über sie transportieren wir auf unterschiedlichen Spuren relevante Informationen.

Hat eine Patient*in sich für Sie entschieden, ist auch die weitere Beziehungsaufnahme in einer ersten Sitzung ohne Stimme undenkbar. Mit ihr sprechen Sie Ihre Patient*innen an, stellen Sie Kontakt her und gestalten die Sitzung.

Nehmen wir zunächst die rein inhaltliche Spur. Hier tauschen wir Worte aus, von einer Person zur anderen. Stimme

macht Sprache hörbar. Wenn wir die von einer Person gewählten Worte genau nehmen, ermöglicht das eine klarere Sicht darauf, was genau sie ausdrücken will. Man kann sagen, dass in der Sprache das Denken sichtbar wird. Für die Therapie wird es dadurch besprechbar.

Am Klang der Stimme hören wir die körperliche Verfasstheit einer Person und ihre Atmung, was uns Aufschluss über die Person selber gibt. Auf einer anderen Spur dieser Brücke wird hörbar, welche Haltung wir zueinander einnehmen. Ob wir uns auf Augenhöhe treffen, ob es ein hierarchisches Gefälle gibt, wie wir miteinander umgehen, uns zueinander stellen. Eine weitere Spur öffnet uns den Blick auf die aktuelle Stimmung unseres Gegenübers. Durch die oben beschriebenen Vorgänge wird sehr schnell und differenziert hörbar, wie wir uns fühlen. Also auch, wie wir auf das von einem Gegenüber Geäußerte reagieren. Ob die Information uns erreicht, wie sie uns erreicht und was das in uns bewirkt. Das sind nur einige Spuren, die über die Stimme wahrnehmbar werden.

Wir senden also Informationen und nehmen Informationen von unserem Gegenüber auf. Die Informationen bleiben dabei nicht außerhalb unseres Körpers, sondern berühren diesen als Schwingung ganz real. Wir geraten also über die Stimme in eine Resonanz miteinander und lösen eine Reaktion im anderen aus.

Stimme in der Psychotherapie

In jeder Kommunikationssituation, aber besonders in der Psychotherapie, in der es auf Vertrauen und auf ein Miteinander in Schwingung geraten ankommt, liegt in der Stimme eine besondere Wirkkraft. Sie wirkt als Brücke in beide Richtungen. So hat unsere Stimme eine Wirkung auf die Patient*innen, deren Stimme aber auch auf uns. Beide verarbeiten wir die Information, die wir durch den Klang der Stimme erhalten, zunächst auf einer sehr intuitiven Ebene. Dabei nehmen wir in Sekundenbruchteilen ganzkörperlich wahr, wie unser Gegenüber spricht. Man nennt dies den „motorischen Mitvollzug“. Wir reagieren dann entsprechend des in uns durch diese Stimme angeregten Impulses auf diese Person. In die intuitive Bewertung fließen unsere tiefverankerten evolutionären Grunderfahrungen zu spezifischen Klängen, sowie die Erlebnisse aus dem ganz individuellen Erfahrungsraum ein.



EGO-STATE-THERAPIE

Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



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

Das Buch zum Kurs – neu bei V & R: **Leutner/Cronauer: Traumatherapie-Kompass**



Begegnung, Prozess und Selbstentwicklung in der Therapie mit Persönlichkeitsanteilen

Curriculum 2022-23

- Seminar 7 Spezial-EMDR/EST am 27.+28.01.23**
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR
- Seminar 8 Spezial-Körpersprache am 24.+25.03.23**
Die Körpersprache der Ego-States

Curriculum 2024-25

- Seminar 1 am 12.+13.01.24**
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen
- Seminar 2 am 01.+02.03.24**
Arbeit mit verletzten Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten Klient:innen
- Seminar 3 am 19.+20.04.24**
Arbeit mit traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit kontrollierenden und beschützenden Anteilen
- Seminar 4 am 21.+22.06.24**
Kontaktaufnahme und Arbeit mit

kontrollierenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

Seminar 5 am 30.+31.08.24
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 15.+16.11.24
Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

Die Seminare sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum:zur Ego-State Therapeut:in.

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation
Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € (ab 2024: 545 €) inkl. Verpflegung.
Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

WWW.EST-RHEINLAND.DE



„Die Stimme des/der Therapeut*in löst bei dem/der Patient*in Emotionen aus und wirkt damit direkt auf das limbische System...“ (Lothar Schatzenburg, 2020, S. 49)

In jeder Sitzung hat der Klang unserer Stimme einen Einfluss darauf, welche Schwingung und Stimmung im Raum ist. Es wird für die Patient*innen intuitiv spür – und hörbar, wie wir auf das Gesagte reagieren. Wir können unsererseits am Klang der Stimme der Patient*innen ebenso intuitiv erkennen, wie diese sich fühlen. In dem Moment, wo die intuitive Wahrnehmung auf eine bewusste Ebene gehoben wird, werden Reaktionen und Muster über die Stimme wahrnehmbar und besprechbar. Die Stimme wird zu einem kostbaren Arbeitsinstrument.



Beispiel: Ein Patient betritt Ihren Behandlungsraum und Sie begrüßen ihn mit einer freundlichen zugewandten Haltung und Stimme. Er reagiert abwehrend mit einer harschen, lauten Stimme. Sie fragen nach, was ihn in diese Stimmung versetzt. Er antwortet, dass ihn Ihre freundliche Art an eine „falsche, freundliche“ Tante erinnert, die seiner Familie viel Schaden zugefügt hat. Und überhaupt kann ja niemand Freundliches es wirklich ehrlich meinen. Damit erhalten Sie Aufschluss über möglicherweise relevante Zusammenhänge.

Mit der Stimme kann es in der Psychotherapie gelingen, ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Dies wird zur Herausforderung, wenn Menschen in einem vom sympathischen Nervensystem gesteuerten Zustand (fight and flight) sind. Das Hören ist dann verändert, die mittleren Frequenzen werden ausgeblendet und nur die Tiefen (Gefahrenquelle) und die Höhen (Wo ist jemand in Gefahr?) werden hörbar. Gerade in Stresssituationen ist das hilfreich zu wissen.

In jeder Sitzung hat der Klang unserer Stimme einen Einfluss darauf, welche Schwingung und Stimmung im Raum ist. Es wird für die Patient*innen intuitiv spür – und hörbar, wie wir auf das Gesagte reagieren.

Mit Ihrer Stimme

- können Sie Stimmungen kreieren,
- lassen Sie Bilder entstehen,
- öffnen Sie Räume,
- schließen Sie Räume,
- stellen Sie Distanz oder Nähe her,
- stimulieren Sie möglicherweise Stimmungen Ihres Gegenübers,
- können unvorhergesehene Übertragungen entstehen,
- können Sie Menschen berühren, bewegen und ihnen Halt geben.

An der Patient*innenstimme hören Sie

- die Grundstimmung Ihrer Patientin oder Ihres Patienten,
 - die körperliche Verfasstheit, das körperliche Gewordensein (Embodiment),
 - die aktuelle emotionale Stimmung oder den Versuch, diese zu verbergen,
 - bestehende oder nicht bestehende Kongruenz zwischen Aussage und Emotion,
 - welche Persönlichkeitsanteile willkommen sind, gelebt werden und welche nicht,
 - das aktuelle energetische Niveau der Patient*in,
 - wieviel Raum sich die*der Patient*in zugesteht,
 - mit welcher Resonanz er*sie rechnet.
- 



Vermutlich fließen diese Dinge mehr oder weniger intuitiv in ihre Arbeit bereits ein. Die eigene Stimme besser kennenzulernen beinhaltet, sie in Klangfülle, Klangfarben, Lebendigkeit zu entwickeln und diese Aspekte zur Verfügung zu haben. Das erleichtert ein differenziertes Gestalten Ihrer Sitzungen und die Stimme wird zu einer Quelle gelingender Prozesse. Sie öffnet den Weg zu einer zutiefst menschlichen Begegnung, der in Gänze einfach nicht erklärbar ist und auch nicht erklärt werden muss: Der Zauber, den eine Stimme ausmachen kann; wie sehr Menschen sich öffnen können, wenn jemand den richtigen Ton findet, ganz intuitiv; wie sehr eine Stimme berühren kann; wieviel Sicherheit eine beruhigende, vertraute Stimme einem Kind aber eben auch einer erwachsenen Person vermitteln kann. Stimme ist Schlüssel im Verstehen und Werkzeug in der konkreten Arbeit.



Cornelia Fisch

Stimm- und Körpercoach, Opersängerin, arbeitet im eigenen Institut, dem Singkulturhaus AlmaViva in Soest mit Sprech- und Körperpraxis. Externe Arbeitgeber sind diverse Universitäten, DPTV, DLR, IHK und andere.

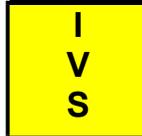


Lothar Schattenburg: Stimme und Sprechen in der Psychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, 2020, S. 49
Hartmuth Rosa: Resonanz, Suhrkamp, 2017, S. 109

Stimme ist Schlüssel im Verstehen und Werkzeug in der konkreten Arbeit.



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



Institut für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie Verhaltensmedizin Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie

staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015

IVS Fachtagung: „Systemische Therapie – was ist da eigentlich anders?“ und „Die Relevanz der Psychotherapie in der Klimakatastrophe“ am 12./ 13. Mai 2023

Stadthalle Fürth - für Studierende und PIAs anderer Institute kostenfrei

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

• Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r

Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine: .

Dr. Thomas Lorz „Betreuungsrecht und Beurteilung der Testier- und Geschäftsfähigkeit“ 12. März 2023 (SZV),

Rainer Glowalla „Rechtliche Grundlagen“ 25./26. März 2023 (Grundlagen, SZV, Familienrecht) - online

DP Dr. Miriam Kolter „Einführung in die Diagnostik: Sexualanamnese“ 28./29. April 2023 (Grundlagen, Glaubhaftig., Fam.-, Strafr., SZV)

• Klinische Hypnose (KliHyp) Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken)

nächster Termin: **DP Frauke Niehues** „B3 Indirekte Kommunikation und Induktion“ 10./11. März 2023 (auch Quereinstieg mögl.)

C-Seminar: DP Susanne Kohlhoff „Lösungen für Patienten mit Sinn- und Identitätskrisen“ 4./5. März 2023

• Klinische Hypnose, Hypnotherapie u. hypnosystemische Interventionen mit Kindern u. Jugendl. (KiHyp)

Fortbildungscurr. (K1-K7) der MEG nächster Beginn: **Dr. DP Burkhard Peter** „Einführungsseminar in die Hypnose“ (KE/B1)“ 6./7. Okt. 23

• Sexualtherapie / Sexualmedizin (Curr. 156 FE in 10 Blöcken) nächste Veranstaltung:

Prof. Dr. Philipp Stang u. Jonas Kleinöder „Sexuelle Entwicklungsstörung“ 18./19. März 2023

• Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation f. Ärzte u. Psychologen (Curr.136 Std.) nächster Beginn 13. Januar 2024

• EMDR-Zusatzqualifikation: DP Gertrud Skoupy „EMDR Grundlagenseminar“ 17./18. März 2023

NEU: Systemisch fundierte Psychotherapie am IVS: Ab April 2023 wird neben der Ausbildung in Verhaltenstherapeutisch fundierter Psychotherapie auch die Ausbildung in Systemisch fundierter Psychotherapie möglich sein.

Laufend neue Termine

Neu!

Neu!

Kontakt und Infos: IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 41/43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, -203, Fax: -202, -204

Homepage/Online-Anmeldung: www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)



Janine Peine

Überraschung Umsatzsteuer

Praxisinhaber*innen aufgepasst bei Leistungen von ausländischen Unternehmen.

Wer seine Praxisräume renoviert oder eine neue Internetseite erstellen lässt, zerbricht sich vermutlich eher über die Farbgestaltung als über die Umsatzsteuer den Kopf. Doch das kann in der Betriebsprüfung teuer werden, wenn das Kleingedruckte in der Rechnung auf den Übergang der Steuerschuldnerschaft hingewiesen hat und Praxisinhaber*innen dieser Pflicht nicht nachgekommen sind.

Psychotherapeut*innen als umsatzsteuerliche Unternehmer*innen

Niedergelassene, selbständige Psychotherapeut*innen sind im umsatzsteuerlichen Sinne Unternehmer*innen, da sie eine berufliche Tätigkeit selbstständig ausüben. Beruflich ist jede nachhaltige Tätigkeit zur Erzielung von Einnahmen. Die im Rahmen von Heilbehandlungen ausgeführten Leistungen sind regelmäßig von der Umsatzsteuer befreit. Dies führt dazu, dass auch kein Vorsteuerabzug für bezogene Leistungen möglich ist.

Nicht unter die steuerfreien Heilbehandlungen fallen medizinisch nicht indizierte Leistungen, Gutachtertätigkeiten, schriftstellerische Tätigkeiten oder Supervisionen und Coachings. Hierfür kommt gegebenenfalls eine separate Befreiungsvorschrift zur Anwendung. Aber auch falls dies nicht einschlägig sein sollte, kann die Umsatzbesteuerung dennoch entfallen, wenn die Kleinunternehmerregelung zum Tragen kommt. Das ist der Fall, wenn der Gesamtumsatz zuzüglich der darauf entfallenden Steuer im vorangegangenen Kalenderjahr 22.000 Euro nicht überstiegen hat und im laufenden Jahr 50.000 Euro voraussichtlich nicht übersteigen wird. Bei der Berechnung des Gesamtumsatzes zählen die steuerfreien Umsätze nicht mit.

Doch in Ausnahmefällen, wie beim Übergang der Steuerschuldnerschaft, schulden Psychotherapeut*innen als Leistungsempfänger*innen dennoch die Umsatzsteuer und müssen diese an das Finanzamt abführen.

Leistungsempfänger*in als Steuerschuldner*in

Wer als Unternehmer*in Werklieferungen und bestimmte sonstige Leistungen eines im Ausland ansässigen Unternehmens bezieht, schuldet die Umsatzsteuer auf diese Leistungen. Was viele nicht wissen: Das gilt selbst dann, wenn die Leistungen für den nichtunternehmerischen (privaten) Bereich bezogen werden.

Als Folge muss die*der Leistungsempfänger*in die Umsatzsteuer selbst berechnen und an das Finanzamt abführen. Dies gilt auch für Kleinunternehmer*innen, denn die Vereinfachungsregel kommt für diese Umsätze nicht zum Tragen. Besonders bitter: Bei Psychotherapeut*innen, die grundsätzlich nur steuerfreie Umsätze ausführen, darf diese Umsatzsteuer auch nicht als Vorsteuer abgezogen werden.

Also Achtung bei Angeboten von ausländischen Unternehmen – die Umsatzsteuer muss als Kostenfaktor immer mit bedacht werden.

Beispiele für betroffene Umsätze

Typische Fälle für den Übergang der Steuerschuldnerschaft möchten wir anhand des folgenden Beispiels demonstrieren.

Psychotherapeutin P. möchte ihre Praxis renovieren. Dazu beauftragt sie Maler M. aus Tschechien mit der Verschönerung der Praxisräume. Als die Renovierung abgeschlossen ist, lässt P. neue Fotos von den Praxisräumen machen und der niederländische Grafikdesigner G. erstellt für P. eine neue Internetseite in frischem Layout.

Wer als Unternehmer*in Werklieferungen und bestimmte sonstige Leistungen eines im Ausland ansässigen Unternehmens bezieht, schuldet die Umsatzsteuer auf diese Leistungen.

Konsequenzen für die Leistungsempfängerin

Für alle Leistungen, die von den ausländischen Unternehmern bezogen wurden, schuldet die Leistungsempfängerin die Umsatzsteuer und muss diese an das deutsche Finanzamt abführen. An den ausländischen Unternehmer wird nur den Nettobetrag gezahlt.

Besonderheiten sind auch bei der Rechnungsstellung zu beachten. Auf der Rechnung des ausländischen Unternehmens muss ein Hinweis auf den Übergang der Steuerschuldnerschaft vorhanden sein. Doch selbst wenn dieser fehlt, entbindet das die Leistungsempfänger*innen nicht von der Pflicht zur Anmeldung und Zahlung der Umsatzsteuer.

Die Anmeldung und Abführung der Umsatzsteuer haben mit Ablauf des Monats der Rechnungserteilung, spätestens jedoch mit Ablauf des der Ausführung der Leistung folgenden Kalendermonats zu erfolgen. Bei Teilzahlungen, Anzahlungen und Vorauszahlungen entsteht die Umsatzsteuer bereits dann, wenn die Zahlung geleistet wird.

Sollte die*der leistende Unternehmer*in fälschlicherweise eine Rechnung mit offen ausgewiesener Umsatzsteuer stellen, schuldet er*sie diese auch. Das entbindet Leistungsempfänger*innen aber nicht von ihrer Verpflichtung, ihrerseits die Umsatzsteuer anzumelden und zu zahlen. Im Zweifel entsteht die Umsatzsteuer dann zweifach. Die*der Leistende kann die Rechnung aber berichtigen.

Die Anmeldung und Abführung der Umsatzsteuer haben mit Ablauf des Monats der Rechnungserteilung, spätestens jedoch mit Ablauf des der Ausführung der Leistung folgenden Kalendermonats zu erfolgen.



Janine Peine

Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Berlin, Fachberaterin für Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven)

ETL Systeme AG – ETL ADVISION –
Steuerberatungsgesellschaft
etl-advision@etl.de
www.etl-advision.de
Telefon: 030 22641248

Online-Präsentation: Altersvorsorge für Psychotherapeut*innen

STÖVER
FINANZPLANUNG

Wenn Sie Ihre Altersvorsorge noch nicht geplant haben oder diese auf den Prüfstand stellen wollen, sind Sie hiermit herzlich eingeladen, an unserer 60-minütigen Online-Präsentation teilzunehmen.

Nach der Präsentation werden Sie wissen:

- Welche Altersvorsorgebausteine es gibt, welche davon sinnvoll sind und welche Sie nicht an Ihr Rentenziel bringen werden.
- Wie sich der Niedrigzins und die aktuell hohe Inflation auf Ihre Altersvorsorge auswirken und was Sie dagegen tun können.
- Wie Sie mit einfachen Mitteln Ihre Versorgungssituation berechnen und planen können.
- Warum es sinnvoll ist, die Ruhestandsplanung nicht auf die lange Bank zu schieben.

Haben Sie Lust dabei zu sein? Dann lassen Sie sich jetzt unverbindlich zur Teilnahme vormerken.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der Stöver Finanzplanung GmbH & Co KG

Jetzt informieren und anmelden!*

www.stoever-finanzplanung.de/psychotherapeuten
info@stoever-finanzplanung.de, Tel. 0421-2469795-0

*Für Mitglieder der DPTV und deren Partner:innen kostenlos.



Kriege, Konflikte und Katastrophen als Themen der Psychotherapie

DPTV stellt sechste Staffel ihrer Podcast-Reihe vor.



POD
CAST



„Persönliche Krisen stehen im Mittelpunkt vieler Psychotherapien. Dass wir jedoch alle zur selben Zeit von erheblichen Erschütterungen getroffen werden, ist für unsere Generation eine neue Erfahrung. Seit 2020 breiten sich Krisen aus, deren Folgen uns noch länger beschäftigen werden: die Pandemie, Naturkatastrophen, ein Krieg in Europa“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV). In der sechsten Staffel der DPTV-Podcast-Reihe „Leben heißt Veränderung“ erzählen Psychotherapeut*innen vom Umgang mit traumatisierten Menschen, von wirksamen Kriseninterventionen und zupackenden Initiativen nach einer Katastrophe. Die sechs neuen Folgen stehen ab sofort kostenlos zum Download bereit.

Soforthilfe nach einer Naturkatastrophe

Von der Flut im nahen Ahrtal hörte Daniela Lempertz zuerst in den Abendnachrichten. Dann erreichte die Kinder- und Jugendpsychotherapeutin der Anruf einer Kollegin, die dringend um Unterstützung bat. Ohne zu zögern packte die EMDR-erfahrene Verhaltenstherapeutin das Nötigste zusammen und baute in den folgenden Tagen gemeinsam mit Kolleg*innen ein Netzwerk auf: die Soforthilfe Psyche. In einer Podcast-Folge erzählt Daniela Lempertz, wie das gelang und was sie im Ahrtal erlebt hat.

Wenn Psychotherapeut*innen selbst eine Krise erleben

In einer der neuen Folgen geht es um ein Tabuthema, über das nur wenige zu sprechen wagen: Auch Psychotherapeut*innen können mit psychischen Krankheiten zu tun haben, die sie ihrerseits erst überwinden müssen. Oft mithilfe von Psychotherapie. Anke Glaßmeyer hat das geschafft und erzählt, wie ihr das gelungen ist. Außerdem beschreibt die niedergelassene Psychotherapeutin, wie Selbstfürsorge aussehen kann.

Kultursensible Sprache im Krisengespräch

Psychotherapie setzt auf das Gespräch, auf Sprache. Doch vielen fällt es schwer, eine psychische Krise in Worte zu fassen. Um hierbei zu helfen, startete die Masterpsychologin und angehende Psychotherapeutin Hatice Budak einen Instagram-Account: @HybridPsychologist, mit inzwischen 20.000 Followern. In unserem Podcast erklärt sie, wie wichtig die, auch kultursensible, Wortwahl ist, gerade bei der Betrachtung von Krisen.

Diese und weitere Themen der sechsten Staffel finden Sie alle drei Wochen hier: www.dptv.de/podcast – sowie bei Apple, Spotify und Podigee.

Gebhard Hentschel bestätigt als Bundesvorsitzender der DPtV

DPtV-Delegiertenversammlung wählt Bundesvorstand.

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel wurde als Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) bestätigt. Auf ihrer Sitzung in Berlin wählte ihn heute die Delegiertenversammlung des Verbands erneut in das Amt. Als stellvertretende Bundesvorsitzende wurden Dipl.-Psych. Barbara Lubisch, Dipl.-Psych. Dr. Enno Maaß, Dipl.-Psych. Dr. Anke Pielsticker, Dipl.-Psych. Michael Ruh und Dipl.-Psych. Sabine Schäfer im Amt bestätigt. Neu in den Bundesvorstand gewählt wurde Dipl.-Psych. Dr. Christina Jochim, die bislang als kooptiertes Mitglied tätig war.

Digitalisierung weiter kritisch begleiten

„Auch in den kommenden Jahren wird der Verband viel zu tun haben“, betont Gebhard Hentschel. „Die Umsetzung der neuen Psychotherapeuten-Weiterbildung wird im Fokus stehen – aber ebenso die Bewältigung der hohen Therapie-Nachfrage in Zeiten von Krieg, Pandemie und fortschreitender Klimaveränderung. Weiterhin setzen wir uns für eine faire Vergütung unserer Mitglieder ein – in Praxis und Anstellung. Auch die Digitalisierung werden wir weiter kritisch begleiten.“ Der Psychologische Psycho-

therapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Hentschel ist seit 2001 in eigener Praxis in Münster tätig und engagiert sich seit 1998 berufspolitisch für die Psychotherapie. Seit 2007 ist er Mitglied im DPtV-Bundesvorstand und im Landesvorstand Westfalen-Lippe. Gebhard Hentschel ist unter anderem Mitglied in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV.

Der neu gewählte DPtV-Bundesvorstand (v.l.n.r): Dr. Anke Pielsticker, Sabine Schäfer, Gebhard Hentschel, Dr. Christina Jochim, Dr. Enno Maaß, Barbara Lubisch und Michael Ruh.



Kurz gemeldet ...

Präsenz in Kammern und Gremien

Mit langjähriger Erfahrung und berufspolitischem Wissen setzt sich der Bundesvorstand für die DPtV-Mitglieder ein: Barbara Lubisch, Enno Maaß, Anke Pielsticker, Michael Ruh und Sabine Schäfer sind seit mehreren Jahren im DPtV-Bundesvorstand, in Psychotherapeutenkammern sowie in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung aktiv. Die neue Stellvertretende Bundesvorsitzende Christina Jochim ist Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin und Stellvertretende Sprecherin des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Einen Wechsel gab es im DV-Vorstand: Dr. Peter Schuster, der die DV-Sitzungen seit 2013 leitete, beendete seine Amtszeit als Vorsitzender. Zu seiner Nachfolgerin wurde Julia Leithäuser (Landesgruppe NRW-Nordrhein) gewählt – nach einem Jahr als Stellvertreterin des Vorsitzenden. Neue Stellvertreterin im DV-Vorstand wurde Dr. Kristina Schütz (Landesgruppe Niedersachsen). DPtV-Bundesvorstand und Bundesgeschäftsstelle dankten Dr. Peter Schuster herzlich für seine verlässliche und umsichtige Sitzungsleitung.



Dr. Peter Schuster (links) beendete seine Amtszeit als Vorsitzender der Delegiertenversammlung. Als Nachfolgerin wurde Julia Leithäuser (rechts) gewählt.

Kinder und Jugendliche nach Corona: Hilfe wird jetzt gebraucht

Die DPtV unterstützt die Forderungen des Deutschen Ethikrats. „Der Deutsche Ethikrat spricht sehr klar die Beeinträchtigungen und Belastungen an, die Kinder und Jugendliche während der Corona-Pandemie erleiden mussten“, sagt Gebhard Hentschel, DPtV-Bundesvorsitzender. In seiner „Ad-hoc-Empfehlung“ empfiehlt der Ethikrat, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen zu verbessern.

<https://t1p.de/6fcch>

Umfangreicher Patientenfragebogen nach Therapieabschluss nicht sachgerecht!

bvvp, DPtV, VAKJP und DGPT kritisieren IQTiG-Qualitäts-sicherungsverfahren. Der vom IQTiG entwickelte Fragebogen wird von den Verbänden als ungeeignet bewertet, um die Qualität einer psychotherapeutischen Behandlung zu ermitteln und damit die Behandlungsqualität zu verbessern.

<https://t1p.de/b9p8k>

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ab Januar 2023

Beschäftigen Sie in Ihrer Praxis Angestellte? Sind Sie selbst als Angestellte*r tätig? Wenn sich Beschäftigte krankmelden, für die zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit (AU) ein Beschäftigungsverhältnis besteht (ob als Minijob oder sozialversicherungspflichtig), können Betriebe die AU-Daten nunmehr bei der zuständigen Krankenkasse elektronisch anfragen. Eine Pflicht zur Vorlage der AU-Bescheinigung durch die Beschäftigten besteht nicht mehr.

<https://t1p.de/mxfyi>

Berufliche Zukunft der Psychotherapeut*innen gestalten

DPTV engagiert sich in der KBV-Vertreterversammlung.

Gebhard Hentschel, Dr. Anke Pielsticker, Michael Ruh und Amelie Thobaben von der DPTV sowie Ulrike Böker (bvvp) und Bernhard Moors (VAKJP) vertreten die Psychotherapeut*innen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die psychotherapeutischen Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wählten die Mitglieder in die 16. Amtsperiode. „Die DPTV ist damit stark vertreten in diesem wichtigen Gremium und wird sich für die Themen einsetzen, die unseren Mitgliedern in ihrer täglichen Praxis wichtig sind: faire Vergütung, Digitalisierung mit Sachverstand, Erhalt der Kontingente, verbesserte Bedarfsplanung“, sagt DPTV-Bundesvorsitzender Hentschel. „Wir danken unseren Mitgliedern für ihre Stimme in den KV-Wahlen und das Vertrauen in unsere Arbeit. Damit können wir auch in den nächsten sechs Jahren mit Ihnen gemeinsam die berufliche Zukunft der Psychotherapeut*innen gestalten.“

Ulrike Böker, Bernhard Moors, Amelie Thobaben, Gebhard Hentschel, Dr. Anke Pielsticker und Michael Ruh vertreten die Psychotherapeut*innen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

KBV-Vorstand dankt für Zusammenarbeit

KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen betonte in der Begrüßung des Wahlgremiums die gute Zusammenarbeit mit den Psychotherapeut*innen und freute sich auf eine Fortsetzung. Auch Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV, dankte den psychotherapeutischen KBV-Vertreter*innen für die Unterstützung. Die anschließende Wahl wurde geleitet von der stellvertretenden Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung Barbara Lubisch.

Vertreterversammlung der KBV

Die KBV ist die Dachorganisation der regionalen KVen und organisiert die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das höchste Entscheidungsgremium ist die Vertreterversammlung mit 60 Vertreter*innen der Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und anderer Gruppen. Fragen der psychotherapeutischen Versorgung diskutiert zudem ein Beratender Fachausschuss für Psychotherapie.



DPTV CAMPUS Veranstaltungen

März bis Juli 2023

März

- 25.03. Schmerzpsychotherapie – eine Einführung
Dr. Paul Nilges, Dr. Anke Diezemann-Pröbldorf, Mainz, 23-28

April

- 15.04. Somato-was? Wie Psychotherapie bei anhaltenden Körperbeschwerden und Krankheitsängsten helfen kann
Dr. Severin Hennemann, Düsseldorf, 23-33
- 21.04. IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis
Thomas Klug, IT-Security Manager, Hannover, 23-35
- 22.04. Psychopharmakologie für Psychotherapeut*innen
23.04. PD Dr. med. Kim Hinkelmann, Dr. med. Francesca Regen, Berlin, 23-37
- 26.04. Bundesvorstand im Gespräch
DPTV-Bundesvorstand, online, 23-38
- 28.04. Psychosoziale Aspekte bei unerfülltem Kinderwunsch
Prof. Dr. Tewes Wischmann, Stuttgart, 23-40

Mai

- 05.05. Methoden der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung
Dr. Elke Stodolka, Leipzig, 23-01
- 06.05. Prokrastination – Störungsbild, Diagnostik und Behandlung des pathologischen Aufschiebens
Julia Elen Haferkamp, Nürnberg, 23-42
- 10.05. Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung
Dieter Best, Mainz, 23-44

Juni

- 01.06. Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung
Dieter Best, Hamburg, 23-48
- 02.06. Sozialmedizinische Anfragen – nur lästiger Papierkram?
03.06. Dr. med. Thomas Leitz, Münster, 23-15
- 08.06. Sylter Praxistage: Feinheiten der Abrechnung für Anfänger und Fortgeschrittene
Amelie Thobaben, Westerland, 23-50
- 08.06. Sylter Praxistage: Effizient und pragmatisch ein QM-Handbuch nach G-BA-Richtlinie erstellen
Sabine Schäfer, Westerland, 23-51
- 09.06. Sylter Praxistage: Praxisentwicklung: Kauf, Verkauf, Kooperationen
Amelie Thobaben, Westerland, 23-52
- 09.06. Sylter Praxistage: Betriebswirtschaftliche Tipps zur Praxisführung
Steffen Knapp, Dipl.-Finanzwirt (FH), Steuerberater, Westerland, 23-53
- 10.06. Sylter Praxistage: Anstellung in der psychotherapeutischen Praxis
Steffen Knapp, Dipl.-Finanzwirt (FH), Steuerberater, Sabine Schäfer, Westerland, 23-54
- 11.06. Sylter Praxistage: Diagnostik im Rahmen der neuen PT-Richtlinie
Dr. Enno E. Maaß, Westerland, 23-56
- 13.06. Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung
Dieter Best, Berlin, 23-57
- 17.06. Smart-Therapy – Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der psychotherapeutischen Behandlung
Dr. Lasse Sander, online, 23-60

Juli

- 08.07. Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen
Dr. Tina Zeiss, Frankfurt, 23-65

Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung – Abrechnung

	Bender/Berner/Best/Dilling/Schaff/Uhlemann
A	Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung – Abrechnung
	3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2022, medhochzwei Verlag
	398 Seiten
ISBN	978-3-86216-838-5
€	54,99 (44,00 für DPtV-Mitglieder über www.dptv.de/shop)

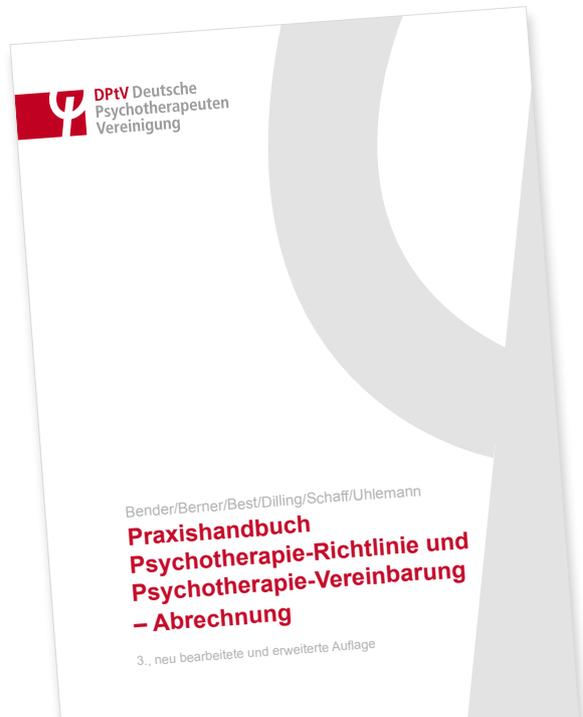
Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie von 2017 und den seitherigen weiteren Reformschritten haben sich die Rahmenbedingungen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung als Leistung der GKV grundlegend geändert. Das vorliegende Praxishandbuch erläutert in dieser 3. Auflage sämtliche Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung in verständlicher Weise und beinhaltet ein zusätzliches Kapitel zur Abrechnung der Leistungen, die im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden können. Es gliedert sich in sieben Kapitel (276 Seiten) und fünf Anhänge (111 Seiten):

Kapitel 1 informiert über die verschiedenen psychotherapeutischen Versorgungsangebote, die erheblich erweitert wurden durch zum Beispiel die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung als erste, schnelle und unbürokratische Maßnahme, Systemische Therapie als neues Richtlinienverfahren und die Möglichkeit der Verordnung von DiGA. Besonderheiten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden ausführlich in Kapitel 2 dargestellt. Kapitel 3 beleuchtet die formalen Voraussetzungen zur Durchführung einer Psychotherapie. In Kapitel 4 geht es um Definitionen und rechtliche Fragen bezüglich ambulanter Psychotherapie in der GKV, gesetzlicher Grundlagen der Psychotherapie (SGB V, PT-RL, PT-VB) und den Verordnungsbefugnissen von PP und KJP. Neu hinzugekommen ist hier zum Beispiel die Möglichkeit der Verordnung von Ergotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Nach einer kurzen Erläuterung zur psychosomati-

schen Grundversorgung in Kapitel 5 mit verbalen sowie übenden und suggestiven Interventionen folgt mit Kapitel 6 ein zusätzliches Kapitel zur Abrechnung der Leistungen, die im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie erbracht werden können. Sehr praxisorientiert werden hier die Grundlagen zum Verständnis des EBM sowie Abrechnungsbeispiele unterschiedlicher Leistungen (Videosprechstunde, Patientenvermittlung über TSS, Einzel- und Gruppentherapie, nicht antragspflichtige Leistungen, psychodiagnostische Testverfahren, Zuschläge etc.) aufgezeigt. Interessant sind in Kapitel 7 die Zahlen zur Psychotherapie in der GKV, die die Entwicklung seit Inkrafttreten des ersten Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 bis 2020 aufzeigt. Es folgen noch sehr umfangreiche Anhänge: ein Überblick über die Kontingentschritte in der LZT nach Verfahren und Patientengruppen, die Psychotherapie-Richtlinie, die Psychotherapie-Vereinbarung, Formblätter (PTV 1-12) sowie eine praktische Hilfestellung zur Ausfüllung der Formulare.

Diese besonders gelungene 3. Auflage des Praxishandbuches beschreibt didaktisch-ergonomisch und umfassend die aktuellen sozial- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Die einzelnen Vorschriften werden kommentiert und mit einer Vielzahl von anschaulichen Beispielen versehen. An der Erläuterung von Besonderheiten habe ich dieses Buch gemessen: Erreichbarkeit von Ausbildungseinrichtungen, Abgrenzung Paartherapie, Einbeziehung von Bezugspersonen im Erwachsenenbereich, Einverständnis der Sorgeberechtigten, Gutachterverfahren und so weiter. Das Buch wendet sich an alle, die sich mit den neuen Regelungen befassen (müssen): Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KVen und der Krankenkassen. Die Autorenschaft hat mitgewirkt bei der Entwicklung der Neuerungen und hat ihre profunden Sachkenntnisse in einem sehr gut lesbaren Standardwerk gegossen, ein Must-have.

**Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli**



Klimagefühle

Erderwärmung, Gletscherschmelze, Dürren, Überschwemmungen, ... trotz der verheerenden Auswirkungen, die die Klimakrise uns fast täglich vor Augen führt, werden diese von vielen Menschen kaum ausreichend wahrgenommen oder ignoriert. Die Psychotherapeutinnen Dohm und Schulze plädieren in ihrem Buch dafür, sich mit den eigenen Gefühlen und Gründen seelischer Abwehr (stärker) auseinanderzusetzen. Schon im Vorwort fragt Prof. Dr. Mojib Latif, Präsident der Deutschen Gesellschaft Club of Rome: „Warum kommen wir nicht vom Wissen zum Handeln?“ Er skizziert ein Ziel des Buches: „Um aus der Verleugnung der Klimakrise herauszukommen, müssen wir uns auch emotional mit ihr auseinandersetzen.“ Mit dem von den Autorinnen generierten Begriff „Klimagefühle“ erhalten wir anschließend einen Überblick zu Gefühlen, die im Zusammenhang mit der Klimakrise auftauchen, beispielsweise Angst, Wut, Traurigkeit, Schuld, Hoffnung. Sie bieten schlichte Erläuterungen zu psychodynamischen Abwehrmechanismen, immer mit Bezug zur Klimakrise. Die Psychologischen Psychotherapeutinnen, tiefenpsychologischer Hintergrund, differenzieren zwischen behandlungsbedürftigen (beispielsweise Depressionen) und nicht-behandlungsbedürftigen Gefühlslagen.

Ein eigenes, berührendes Kapitel widmen sie als Mütter dem Thema „Kinder und die Klimakrise“. Bereichert wird das Buch durch Schilderungen von Expert*innen aus Öffentlichkeit/Klimaschutz, die sich persönlich äußern und Erfahrungen hinsichtlich ihrer Klimagefühle einbringen wie Prof. Dr. Eckart von Hirschhausen, Dr. med. Monika Krimmer, Özden Terli, Carola Rackete. Das liest sich spannend.

Im Kapitel „Ins Handeln kommen“ geht es um konkrete Möglichkeiten von (Klima)Engagement. Sich selbst einbringen könne Klimaängste, Ohnmachtsgefühle mildern, so Dohm und Schulze. Wir erfahren, dass ein weiteres Ziel verbesserte „Klimaresilienz“ sei, also dass Menschen in der emotionalen Auseinandersetzung mit der Klimakrise in ihrer Resilienz wachsen.

Das Buch bleibt, trotz schwerer Klimakrise, im Stil locker, sehr persönlich, auch inspirierend und damit leicht lesbar. Jeder individuelle Schritt von Klimaschutz wird hier zum notwendigen, er befördert Gesundheitsschutz und Mut zur Verantwortungsübernahme. Lea Dohm und Mareike Schulze leisten als Begründerinnen der „Psychologists for Future“ mit ihrem Buch einen klugen Beitrag aus unserer Profession heraus. Sie fordern, sich bei der Klimakrise nicht (weiter) weg zu ducken, sondern gemeinsame Optionen des Handelns mit Kammern/Verbänden zu entwickeln, auch Klimaproteste bleiben ein Sprachrohr. Beide nehmen kein Blatt vor den Mund, beispielsweise, dass es ein beschwerlicher Weg war, das Thema in den Kammern, Berufs- und Fachverbänden zu platzieren. Dies ist nicht zuletzt ihrer Tatkraft, dem Engagement und Mut dieser Teilgruppe der „Fridays for Future“ zu verdanken. Einige Zeit dachte ich selbst, die „Zersplitterung“ in Psychologists, Parents, Architects, ... for Future schwächt die Bewegung. Spätestens beim Lesen wird klar, dass es nicht stimmt.

Mein Gesamteindruck des Buches ist positiv. Wer Zweifel hegt, ob das Thema in der Psychotherapie etwas zu suchen hat, sollte es lesen. Wer sich nicht fürchtet, mit dem eigenen Schmerz, auftauchenden Gefühlen zum Thema Klimakrise in Berührung zu kommen, ... lesen. Und wer den Klimaschutz ernst nimmt, dabei jedoch noch andere mit guten Argumenten zu überzeugen sucht, könnte das Buch verschenken.

Rezensioniert von Kerstin Sude



A



ISBN



Lea Dohm, Mareike Schulze

Klimagefühle:

Wie wir an der Umweltkrise wachsen, statt zu verzweifeln

2022, Knaur HC

272 Seiten

978-3-426-28615-9

€ 16,99



Psychotherapeutische Arbeit mit trans*Personen

Zum Thema LGBTQIA+ fehlen fundierte und praxisorientierte Handbücher im deutschsprachigen Raum. Umso mehr habe ich mich über das Buch der Kolleg*innen gefreut, die neben ihrer Expertise auch ihre eigenen Erfahrungen als Zugehörige der queeren Community in dieses sehr umfassende Buch einfließen lassen. Es begegnen mir in meiner Praxis immer mehr Jugendliche und Erwachsene, die sich mit gendernonkonformen Verhaltensweisen, sexueller Orientierung und Diskriminierungen beschäftigen. Es besteht also absolut die Notwendigkeit, sich als Psychotherapeut*in umfassend mit dem Thema „Trans“ zu beschäftigen, um zukünftig trans*sensible Psychotherapie anzubieten.

Das Buch startet mit grundsätzlichen Definitionen und Schreibweisen zur allgemeinen Orientierung. Neu war für mich der Begriff „stealth“ (Lebensort/Lebensphase, bei der eine trans*Person als nicht geoutet lebt). Anschließend stellen die Autor*innen Modelle und diagnostische Kriterien der einzelnen Diagnosen vor, kommentieren und reflektieren diese durchaus auch kritisch. Berichte von Betroffenen sowie das Aufzeigen weiterer Diskriminierung zeigen auf, wie belastend die Erfahrungen von trans*Personen sein können. Die Autorinnen stellen zudem unterschiedliche Leit- und Richtlinien vor (neben der S3-Leitlinie auch beispielsweise die Standards of Care der World Professional Association of Transgender Health (SoC)).

Besonders spannend ist das Kapitel zu Entwicklungsprozessen von Geschlechtsidentitäten, das auch hier durch Fallbeispiele die Entwicklung der geschlechtlichen Identität anschaulich darstellt (sehr berührend fand ich den Transitionsbericht von Ilka). Sehr hilfreich empfinde ich im Kapitel zur Transgesundheit das „Minoritäten-Stress-Modell“ sowie die trans*spezifische Ausarbeitung (Gender Affirmation Framework). Beide Modelle eignen sich auch zur Psychoedukation. Neben den Risikofaktoren und Belastungen beleuchten die Autorinnen auch die Ressourcen von trans*Personen. Das Buch geht auch auf Themen wie Re-Transition, spezifische Beziehungsthemen von trans*Personen und trans*Personen innerhalb des Familiensystems ein. Sexualtherapeutisch ist das Unterkapitel „Sexualität“ von Relevanz: Hier gehen die Autorinnen auf Besonderheiten bezüglich des Zugangs zur Sexualität vor oder nach dem Trans*coming-out sowie in der Hormonbehandlung oder nach Genitaloperationen ein. Hier hätte ich mir mehr Erfahrungsberichte und/oder auch weitere, detailliertere Informationen bezüglich unterschiedlicher OP-Methoden (zum Beispiel Orchiektomie, Neovagina, Labienplastik) sowie zu Schwierigkeiten beziehungsweise Ressourcen von Klient*innen nach solchen Eingriffen gewünscht. Im Kapitel „Trans* im Kontakt“ empfand ich als entlastend die Gedanken der Autorinnen zur Verwirrung, die psychotherapeutische Kolleg*innen (und auch ich) manchmal im Kontakt mit trans*Personen haben, und wie dem entgegengewirkt werden kann.

Im Bereich „Diagnostik“ hätte ich mir deutlichere Empfehlungen für Diagnostikinstrumente sowie gegebenenfalls einen ausführlicheren Leitfaden gewünscht, um im Gespräch die notwendigen Punkte für eine fundierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik im Blick zu haben. Hier wäre gegebenenfalls auch ein Schaubild zum diagnostischen Prozess und zur multidisziplinären Vorgehensweise hilfreich. Das Kapitel „Therapeutische Themen und Prozesse“ finde ich hingegen sehr inspirierend, um ein Gefühl für mögliche Themenbereiche (neben Transitionsprozesse oder Begutachtungen als

	Mari Günther, Kirsten Teren, Gisela Wolf
	Psychotherapeutische Arbeit mit trans*Personen Handbuch für die Gesundheitsversorgung
	2., aktualisierte Auflage 2021, Ernst Reinhardt Verlag
	357 Seiten
	978-3-497-02881-8
	39,90

Schwerpunkte) zu bekommen. Diskriminierung, Passing, internalisierte Trans*feindlichkeit, Arbeit mit Angehörigen sind einige der Themen, auf die eingegangen wird. Abschließend gehen die Autorinnen auf die Begleitung von Kindern und Jugendlichen ein: Hier ist die mit wissenschaftlichen Untersuchungen untermauerte kritische Reflektion orientierungsgebend.

Im letzten Abschnitt geben die Autorinnen Informationen zu psychischen Erkrankungen bei trans*Personen. Auch hier hätte ich mir ausführlichere Fallberichte als Praxisbezug gewünscht, um mehr in die Lebenswelt von Betroffenen einzutauchen, zum Beispiel die Darstellung eines beispielhaften Therapieverlaufs. Das Buch schließt mit weiterführenden Informationen zu Befundberichten, Stellungnahmen und Gutachten sowie zu rechtlichen Fragestellungen (wie Namensänderung) ab. Da ich gerne neuere Medien im Rahmen der Psychotherapie nutze, würde ich mich auch über Tipps für Social-Media-Kanäle, Podcasts, Bücher oder Filme freuen, die sowohl für Klient*innen als auch Fachpersonen von Interesse sein können.

Zusammenfassend ein sehr inspirierendes Buch, das viele Informationen, aber auch viele Anregungen für die Begleitung von trans*Personen bietet. Das Buch eignet sich meiner Meinung nach eher für approbierte, nicht ganz unerfahrene Kolleg*innen, Kolleg*innen mit sexualtherapeutischen Weiterbildungen oder bereits viel Erfahrung und Wissen mit queeren Erlebniswelten. Ein Fortführungsband mit konkreten Interventionen wäre wünschenswert.

Rezensiert von
Marie-Christine Reiswich



Praxisabgabe

KARLSRUHE Zentrum

langjährig etablierte halbe VT-Praxis (Erw, Ki, Ju) ab 01.04.2023 (oder früher) zu verkaufen. KV-Zulassung vorhanden. Kontakt: praxis@helma-blaurock.de, Tel.: 0721 1613331

PRAXISABGABE PSYCHOTHERAPIE

Ab sofort suchen wir aus Krankheitsgründen Nachfolger*in für eine gut laufende Praxis Psychotherapie, KV-Zulassung vorhanden.

Schön ausgestattete Räume sind ggf. vorhanden.

Für alle, die es ländlich mögen, ohne auf das städtische Flair zu verzichten: Die Praxis befindet sich in der Nähe (13 km) von Celle/Niedersachsen.

Interessenten*innen wenden sich bitte an Martin Goebel, Email: goebel@wirksam-handeln.de oder Mobil 01573-2093091.

Sehr gut ausgelastete ganze/halbe Praxis in Peine (Nähe Hannover) in 2023 abzugeben. TP, KJP, KV-Zulassung.

Tel. 0179 931 1958, marianne_echegoyen@web.de

Stuttgart Zuffenhausen:

Praxisanteil abzugeben, VT Erwachsene, KV-Zulassung vorhanden
Kontakt: Praxis-Armdt@t-online.de

Stellenangebote

Sicherstellungsassistenz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiepraxis in Mindelheim gesucht.
Kontakt: a.schertel@gmx.net oder 08261-7981721

Haben Sie Lust, im Team und dennoch ambulant zu arbeiten? Bei uns in Baden-Württemberg, Landkreis Esslingen, werden im Laufe 2023 zwei Stellen bei uns im Team frei. Hier finden Sie weitere Informationen: www.sabineschaefer.com/118.html.

Rufen Sie uns gerne an 07023 749147 oder schreiben Sie uns eine E-Mail: sekretariat@praxisschaefer.de.

Wir suchen für unsere **Praxiszentren in Heidelberg** PP und KJP (w/m/d) mit VT oder TP. Attraktive Tätigkeit und sehr gute Honorierung in Vollzeit- und Teilzeit-Festanstellungen.
Bewerbungen: kontakt@praxis-neckarstaden.de

Verschiedenes

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

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 2.2023:

14. April 2023

Kleinanzeigenpreise 2023

Pro Millimeter: 4,35 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPTV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über medhochzwei-verlag.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 Verlags

Meine DPTV Sind Ihre Daten noch aktuell?

Über www.dptv.de/meine-dptv können Sie

- Ihre Benutzerdaten selbst aktualisieren
- Ihre Mailinglisten verwalten
- Ihren Eintrag in unserer Psychotherapeutensuche bearbeiten
- Ihre Inserate in unserer Praxis- und Jobbörse ändern
- und vieles mehr

#DPtVgoesgreen

Sie lesen lieber online statt auf Papier? Kein Problem!
In Ihren Mitgliedsdaten können Sie das ändern und die „Psychotherapie Aktuell“ als PDF per Mail beziehen.

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 Verlags



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: 23.000 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

Carsten Frege, Dr. Christina Jochim, Mechthild Lahme, Dr. Enno E. Maaß, Dr. Anke Pielsticker, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Sabine Schäfer, 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-Liebnecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn	39
Elron GmbH, Essen	4
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.....	21
IPP Institut für Psychologische Psychotherapie, Bochum.....	35
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	41
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	19
medatixx GmbH & Co. KG, Eltville/Rhein.....	29
New Media Company GmbH & Co. KG, Oldenburg	25
Stöver Finanzplanung, Bremen	44

Bildnachweise

Seite

Adobe Stock/kieferpix	U1-16
Adobe Stock/Microgen	5, 8-9
Adobe Stock/studioworkstock	5, 18, 20
Adobe Stock/VectorMine	5, 22-31
Adobe Stock/LIGHTFIELD STUDIOS	33
Adobe Stock/mast3r	36-40
Shutterstock/Lightspring	40
Adobe Stock/Pcess609	42
Adobe Stock/KovtunArt	45
Adobe Stock/ngupakarti.....	49-52

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

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am 30. Mai 2023.

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
Mo 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

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

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
ankepielticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Julia Leithäuser (Vorsitzende)
Dr. Kristina Schütz (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
Jana Serebriakova
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 15:00 – 17:00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg

Dr. phil. Petjo Bangeow
Joachim-Gottschalk-Str. 12
01968 Senftenberg
Telefon 03573 9347059
p.bangeow@gmail.com

Bremen

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

Hamburg

Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie
Kerstin Sude
Isestr. 41
20144 Hamburg
Telefon 040 46776086
kerstinsude@dptv.de

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
Sallstraße 76
30171 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

NRW-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

NRW-Westfalen-Lippe

Manush Bloutian-Walloschek
Bahnhofstraße 17
58300 Wetter
Telefon 02335 6848680
manushbloutian@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
c/o Dr. Inez Freund-Braier
Leiterin: 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
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
sabine.maur@dptv-rlp.de

Saarland

Kathrin Schlipphak
Quienstraße 20 a
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 99886226
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

Lisa Marie Hubbe
Am Rodelberg 6
39343 Ackendorf
lisahubbe@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



DptV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

**Psychotherapie
in der Privaten
Krankenversicherung
(PKV) und bei
sonstigen Kostenträgern**
Informationen und Arbeitsblätter

**Die Praxisübergabe
an Nachfolger**
Ein Leitfaden

**Steuern in der
psychotherapeutischen
Praxis**

**Aktualisierte
Broschüren!**

Broschüren können
bestellt werden unter
www.dptv.de/bestellungen

www.dptv.de

Karch/Neuhäuser

**Steuern in der
psychotherapeutischen Praxis**

5., neu bearbeitete Auflage