



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

14. Jahrgang | Ausgabe 4.2022 | Gruppenpsychotherapie



Systemische
Gruppenpsychotherapie

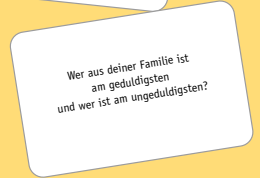
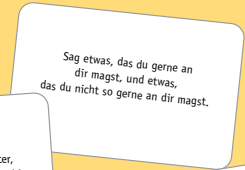
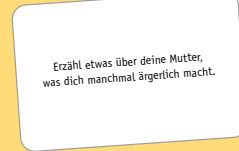
Ambulante Gruppentherapie
als Behandlungsverfahren

Stationäre
Gruppenpsychotherapie



NEU Schematherapie

ab Mai 2023



Die Reise durch das Tal der Modi
Das Spiel zu ausgewählten Modi der Schematherapie. Spielerisch werden 10 Modi aus der Schematherapie mit 250 Fragekarten thematisiert. (6-14 Jahre) € 112,-

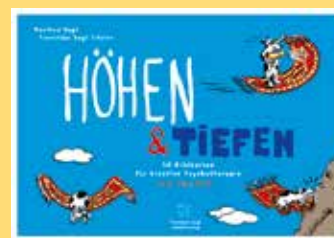
NEU Soziales Kompetenztraining



Die SoKo-Detektive
Das Trainingsspiel für soziale Kompetenz und Interaktion (ab 6 Jahre), € 112,-



Ich bin: VIELSEITIG!
Das Therapiespiel zum Beschreiben, Verstehen & Entwickeln des eigenen Selbst (ab 10 Jahre) € 66,-



Höhen und Tiefen
50 Bildkarten für kreative Psychotherapie zum Umgang mit dem Auf und Ab des Lebens (ab 8 Jahre), € 66,-



... und andere kreative Therapiespiele unter:

www.mvsv.de



Diese Ausgabe hat unübersehbar einen Schwerpunkt: die Gruppenpsychotherapie!



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ungefähr ein Viertel aller Kolleg*innen hat sich ergänzend zur Fachkunde in einem Psychotherapieverfahren auch in Gruppenpsychotherapie qualifiziert. Dennoch wird ambulante Psychotherapie zu 97 Prozent im Einzelsetting durchgeführt. Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 gab es deutliche Erleichterungen für die Gruppenpsychotherapie und im Jahr 2019 eine Reduktion der bürokratischen Hürden. Ziel war und ist es, mit diesen Neuerungen die Durchführung von Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung zu fördern. Dennoch nimmt der Anteil an Psychotherapie im Gruppensetting nur ganz langsam zu.

Der Praxisalltag zeigt, dass derzeit die Gründe häufig noch in der Schwierigkeit liegen, Patient*innen für die Gruppenpsychotherapie zu motivieren, aber auch darin passende Patient*innengruppen zusammenzustellen. Darüber hinaus gibt es auch infrastrukturelle Hürden, wie fehlende Gruppenräume oder fehlende Koordinierungsmöglichkeiten von freien Gruppenplätzen. Die Nachqualifikation zur Gruppenpsychotherapie ist für quereinsteigende Psychotherapeut*innen nicht unmöglich, jedoch neben einem vollen Praxisbetrieb mit erheblichem Aufwand verbunden. Persönliche Einstellungen von Psychotherapeut*innen spielen hier womöglich auch eine Rolle.

Die Modalitäten für Gruppenpsychotherapie bei den Privaten Krankenversicherungen haben sich den Neuerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht angepasst. Insbesondere in der völlig veralteten Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen (GOP) ist die Honorierung einer Gruppensitzung im Vergleich zur bereits unterbezahlten Einzeltherapie völlig unattraktiv: Werden zum Beispiel in der verhaltenstherapeutischen Gruppe fünf Teilnehmende behandelt, wird gerade einmal das Honorar einer Einzelbehandlung erreicht.

Auch wenn es viele (gute) Gründe gibt, eher im Einzeltherapie-setting psychotherapeutisch zu arbeiten, möchten wir Ihnen in diesem Schwerpunkttheft ganz praktische Einblicke geben, wie unterschiedlich und individuell Gruppenpsychotherapie derzeit in der Praxis umgesetzt werden kann. Wir haben Kolleg*innen mit viel Gruppenpsychotherapieerfahrung gebeten, uns Einblick in ihren Erfahrungsschatz zu geben. Wir danken an dieser Stelle allen Beitragenden für ihre Zeit und ihren Einsatz!

Wir würden uns freuen, wenn diese Einblicke in die „Nähkästchen“ dieser Expert*innen Sie motiviert, auch in Ihrer Praxis mit Gruppenpsychotherapie zu starten. Die Einblicke können auch erfahrenen Kolleg*innen Ideen geben, neue Gruppentherapiekonzepte umzusetzen oder bestehende anzupassen. Neues anzugehen bedeutet zunächst, sich aus der Komfortzone eines bisher gut eingespielten Praxisalltags herauszubewegen. Neue Arbeitsmöglichkeiten zu entdecken und zu entwickeln, kann Sie aber auch bereichern. Wagen Sie den Schritt.

Immer wieder sind wir mit der Erwartung konfrontiert, mit einem Mehr an Gruppenpsychotherapie könnten die Mängel in der Bedarfsplanung beseitigt werden. Gruppenpsychotherapie setzt immer auch eine entsprechende Indikationsstellung voraus. Die fehlenden Behandlungskapazitäten für Einzel- und für Gruppenpsychotherapie, insbesondere in den strukturschwachen und ländlichen Regionen, können auch durch mehr Gruppenpsychotherapieplätze nicht behoben werden. Hierzu lohnt sich ein Blick in unsere aktuelle Studie zu den Patientenfragen: Diese sind derzeit vielerorts von den Vertragspsychotherapeut*innen nicht zu bewältigen. Sie stiegen sogar in der Corona-Pandemie nochmals an und liegen weiterhin 40 Prozent über den Anfragen vor der Pandemie.

Jetzt aber möchte ich mich noch ganz herzlich bei Ihnen für Ihr Vertrauen bedanken, dass Sie uns bei den Wahlen in die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen entgegengebracht haben! Wir werden auch in dieser Amtsperiode wieder mit Herz und Verstand an den vielen Baustellen weiterarbeiten und damit unseren Praxisalltag sukzessive verbessern.

Ihnen allen einen guten Jahresausklang, erholsame Feiertage und einen guten Start ins neue Jahr! Bleiben Sie gesund.

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

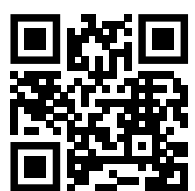
Wenn Sie erkranken beeinträchtigt dies nicht nur Ihr Hier und Jetzt, sondern finanziell auch Ihre Zukunft! Sichern Sie daher Ihre Altersvorsorge zusätzlich ab, erst recht, wenn keine andere Option möglich ist!

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

6 „Gruppenpsychotherapie ist wirksam und manchmal sogar wirksamer als eine Einzelbehandlung.“

46



60



GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

GRUNDLAGEN

- 6 Dr. Marie-Luise Langenbach, Sigrid Pape // Ambulante Gruppentherapie als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren
- 12 Sabine Schäfer // Update: Regelungen in der Gruppenpsychotherapie
- 15 Mechthild Lahme, Sabine Schäfer // FAQ – Gruppenpsychotherapie
- 23 **KIP** Christoph Treubel // Ist wirklich aller Anfang schwer?
- 28 Nicole Pätzelt // Refresh your Ansichten
- 31 Michael Ruh // Einige Aspekte in der Gruppenpsychotherapie
- 34 Alexander Herr, Regina Reeb-Faller // Systemische Gruppenpsychotherapie
- 39 Christina Jochim, Elisabeth Dallüge, Anke Pielsticker // Stationäre Gruppenpsychotherapie – ein Überblick

HINWEISE ZUM START

- 44 Stephanie Hild-Steimecke // Chancen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung
- 46 Helge Sickmann // Überlegungen und Tipps zum Start von verhaltenstherapeutischen Psychotherapiegruppen
- 50 Verena Nölke // Auf dem Land und in der Stadt: Wie anfangen mit Gruppenpsychotherapie?

CO-LEITUNG UND KOMBI

- 56 Svenja Wilhelm // Über die dyadische Leitung einer Psychotherapiegruppe
- 60 Dominik Ohlmeier, Ulrike Stalitz-Erche // Gemeinsam ambulante Gruppen leiten – eine Ermutigung
- 64 Maximilian Heider, David Berthold // Co-therapeutische Gruppentherapie in der Psychotherapieausbildung
- 68 Rita Neuendorff, Sara Lessig und Claudia Frey // Die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer ambulanten Praxis
- 74 Sandra Kirschner // Einzel- und Gruppenpsychotherapie – eine gute Kombi

NEWS

- 78 Patientenfragen weiterhin
40 Prozent über Vor-Corona-Zeit
- 79 Kurz gemeldet ...

CAMPUS

- 80 Veranstaltungen Januar bis
März 2023
- 81 Kleinanzeigen
- 82 Impressum
- 83 Adressen DPTV

Dr. Marie-Luise Langenbach, Sigrid Pape

Ambulante Gruppentherapie als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren

Rahmen- und Abrechnungsbedingungen, Anforderungen, Wirkfaktoren und Evidenz der Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie.

Gruppenpsychotherapie ist wirksam und manchmal sogar wirksamer als eine Einzelbehandlung (vgl. Strauß, 2022, S.189). Trotzdem bietet nur eine Minderheit der von der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen circa 13.000 Gruppenpsychotherapeut*innen in Deutschland Gruppentherapie auch an (vgl. BARGRU-Studie, 2021). Von den 2018 bei einer Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer erhobenen Gründen für diese Zurückhaltung sind einige inzwischen behoben worden („Bürokratischer Aufwand“ und „unzureichende Vergütung“).

Gruppenpsychotherapie ist wirksam und manchmal sogar wirksamer als eine Einzelbehandlung.

Veränderte Rahmen- und Abrechnungsbedingungen der gesetzlichen Krankenkassen

Angesichts der immer weiter steigenden Zahlen von psychisch erkrankten Menschen, der zum Teil langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz und der kontinuierlichen Entwicklung und Erforschung von wirksamen therapeutischen Behandlungen in der Gruppe haben die Krankenkassen auf diesen Missstand reagiert und unterstützen Gruppenbehandlungen – auch aus ökonomischen Gründen – seit einigen Jahren durch verbesserte Rahmenbedingungen:

- Die Vergütung wurde deutlich angehoben.
- Die minimale Teilnehmer*innenzahl wurde auf drei gesenkt.
- Die Vergütung pro Teilnehmer*in richtet sich nach der Gruppengröße, sodass sich auch kleine Gruppen lohnen: Je kleiner die Gruppe desto höher die Vergütung pro Teilnehmer*in.
- Beim Fehlen einzelner Gruppenpatient*innen wird dadurch ein finanzieller Ausgleich gezahlt.
- Eine Gruppe von 6 bis 14 Patient*innen kann zu zweit geleitet werden.
- Bei Gruppentherapie als überwiegendem Verfahren wird die Behandlung ohne Bericht an den Gutachter bewilligt.
- Die „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ (siehe auch S. 44 in diesem Heft) wurde neu eingeführt und es ist möglich, in der Gruppe probatorische Sitzungen anzubieten.



Diese veränderten Rahmenbedingungen haben schon zu einer Erhöhung der gruppentherapeutischen Angebote geführt. Allerdings ist das Angebot noch nicht so gestiegen, wie es für eine bessere Patient*innenversorgung wünschenswert wäre. In der eingangs bereits zitierten Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer 2018 beschrieben die Kolleg*innen unter anderem, „nicht ausreichend geeignete“ oder „zu wenig zugewiesene Patient*innen“ für eine Gruppe zu haben oder „fehlende Räumlichkeiten“. Ein weiterer Grund, der in der genannte Befragung nicht auftaucht, in kollegialen Gesprächen aber häufiger genannt wird, ist ein gewisser Respekt vor den erhöhten Anforderungen, die die Leitung einer Therapiegruppe an uns Psychotherapeut*innen stellt.

Psychotherapeut*innen, die eine Gruppe anbieten wollen, sollten neben der erforderlichen Ausbildung auch Lust auf die Komplexität und Herausforderung einer Gruppe, auf teils unüberschaubare Situationen und natürlich auf gleichzeitigen Kontakt mit unterschiedlichen Patient*innen haben.

Anforderungen an Gruppentherapeut*innen

Eine gruppentherapeutische Behandlung erfordert andere Kompetenzen und anderes Handeln als eine Einzelbehandlung. Psychotherapeut*innen, die eine Gruppe anbieten wollen, sollten neben der erforderlichen Ausbildung auch Lust auf die Komplexität und Herausforderung einer Gruppe, auf teils unüberschaubare Situationen und natürlich auf gleichzeitigen Kontakt mit unterschiedlichen Patient*innen haben.

Der Gruppenprozess muss in jedem Verfahren vor allem zu Beginn achtsam und aktiv gesteuert werden. Der oder die Gruppentherapeut*in setzt einen Fokus oder begleitet die Gruppe dabei, sich einen Fokus zu setzen, der in der Anfangsphase oft durch Interventionen der Leitung, später unter Umständen durch die Gruppe selbst vertieft bearbeitet wird. Im Sitzungsverlauf werden also ständig Entscheidungen als Reaktion auf das Geschehen getroffen, die häufig auf einem Zusammenspiel verschiedener Entscheidungsebenen und -foki beruhen. Das Handwerk des Gruppenleitens lässt sich erlernen, die gute, auf Erfahrung gegründete Intuition entsteht im Tun (vgl. Pape u. Langenbach, 2022). Es braucht also zu Beginn ein Vertrauen in die eigene Intuition und einen liebevollen, reflektierten Umgang mit manchmal auch „suboptimalen“ eigenen Interventionen.

Der Aufbau einer neuen Gruppe

Beim Gruppenaufbau ist zunächst zu entscheiden, für welche Zielgruppe die Behandlung angeboten werden soll. Besonders in verhaltenstherapeutischen Behandlungen gibt es verschiedene Konzepte für unterschiedliche Störungsbilder und Zielgruppen, wie die Erfahrungsberichte in diesem Heft zeigen. Und es muss entschieden werden, welchen zeitlichen und örtlichen Rahmen die Gruppe hat. Soll sie mit einer oder zwei Therapeut*innen, also mit Co-Leitung, durchgeführt werden? Soll sie geschlossen, offen oder teiloffen sein? Dann werden potenzielle Teilnehmer*innen gesucht. Diese können eigene Patient*innen aus der Einzelbehandlung sein, für die eine Gruppenbehandlung sinnvoll erscheint. Sollen weitere Patient*innen angesprochen werden, muss überlegt werden, wie und wo eine Bekanntmachung sinnvoll ist, zum Beispiel bei Kolleg*innen, Beratungsstellen, Arztpraxen oder psychosomatischen Kliniken.

Bei den potenziellen Mitgliedern stellen sich Fragen der Indikation, nach dem erfolgversprechendsten Verfahren und nach der Passung des Mitglieds mit der geplanten Gruppe, die in ausführlichen Vorgesprächen geklärt werden. Hier werden auch die (interaktionellen) Ziele der Behandlung festgelegt, die Motivation und die persönlichen Gruppenerfahrungen exploriert. Ob eine Indikation für eine Kombinationsbehandlung mit Gruppen- und Einzeltherapie vorliegt ist zu klären (vgl. Erfahrungsberichte ab S. 68).

Die Zusammenstellung einer Gruppe wird erfahrungsgemäß häufig erschwert durch Bedenken auf Patient*innen-Seite: zum Beispiel in einer Gruppenpsychotherapie nicht so viel zu bekommen wie in einem Einzelsetting, eigene schlechte Erfahrungen in der Gruppe zu wiederholen, Angst, beschämt zu werden, wenn sie anderen von sich berichten oder in der Gruppe die Kontrolle zu verlieren, zum Beispiel Gefühlsausbrüche zu haben, die im Nachhinein mit Scham verbunden sind. Dies führt dazu, dass Psychotherapeut*innen bei einer Gruppentherapieindikation aktiver für eine Gruppenteilnahme „begeistern“ müssen als für eine Einzelbehandlung.¹

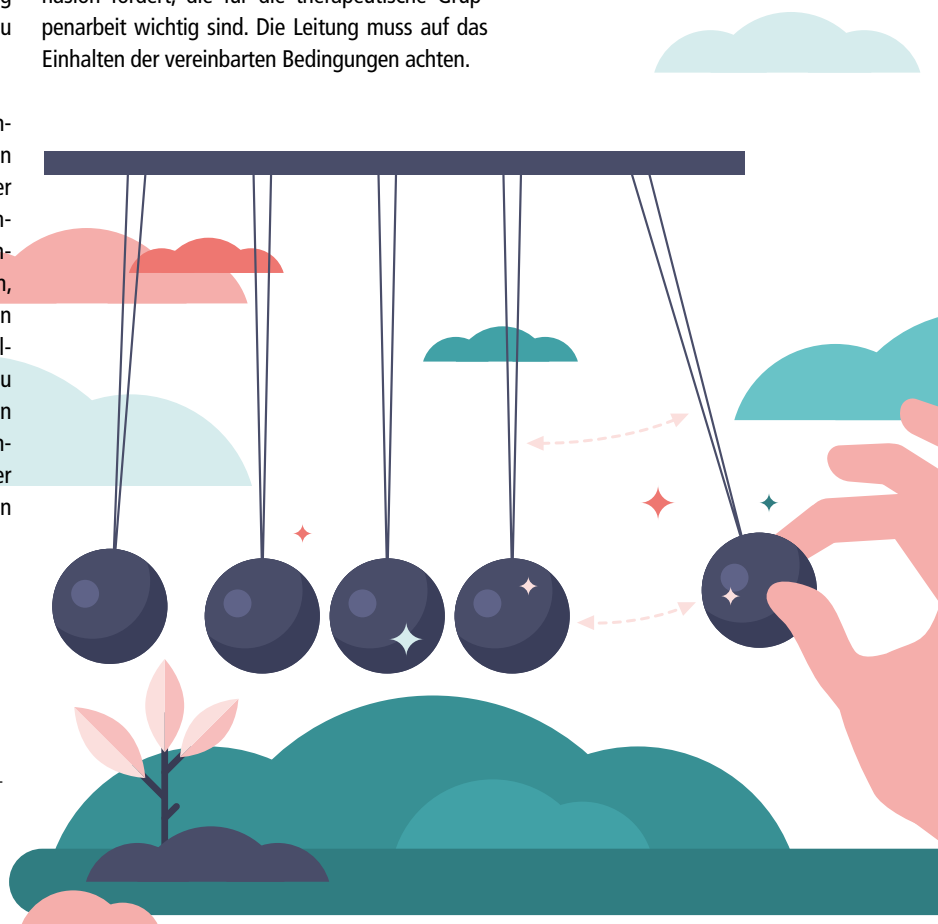
¹So legte ein Kollege einen Bericht einer vergleichenden Untersuchung über den Outcome von Gruppentherapie mit Einzeltherapiepatient*innen im Wartezimmer aus. Das Ergebnis der Untersuchung war ein Gleichstand zwischen beider Settings. Er berichtete, Patient*innen hätten ihn daraufhin häufiger nach einer Gruppenbehandlung gefragt.

Haltgebende Rahmenbedingungen

Jede Therapiegruppe, unabhängig vom Verfahren, bietet den Patient*innen Erfahrungsräume, die in der Einzeltherapie nicht hergestellt werden können. Die Wirksamkeit der Gruppe ist dabei auch von der Einhaltung besonderer Rahmenbedingungen abhängig, die zu Beginn der Behandlung mit den Patient*innen besprochen und in einem Behandlungsvertrag festgelegt und unterschrieben werden:

- Die Patient*innen verpflichten sich verbindlich, regelmäßig und pünktlich an den Sitzungen teilzunehmen. Urlaubs- und eventuell Fehlzeiten werden geregelt.
- Sie bezahlen bei Nichterscheinen ein Ausfallhonorar.
- Die Patient*innen verpflichten sich zur Schweigepflicht. Es darf über den eigenen Prozess, nicht aber Inhaltliches über die anderen Gruppenmitglieder erzählt werden.
- Der private Kontakt außerhalb der Gruppe wird in psychodynamisch arbeitenden Gruppen geregelt: Entweder untersagt oder abgesprochen, dass alles, was im Kontakt „draußen“ geschieht, in die Gruppe eingebracht wird, um die Bildung von Untergruppen und daraus resultierende Störungen im Gruppenkontakt zu verhindern.
- Die Bedingungen zur Beendigung der Zusammenarbeit werden festgelegt.

Durch diese Absprachen entsteht ein haltgebender Rahmen, der durch seine Verbindlichkeit sowohl die Zugehörigkeit und Beziehungs- beziehungsweise Bindungssicherheit sowie die Gruppenkohäsion fördert, die für die therapeutische Gruppenarbeit wichtig sind. Die Leitung muss auf das Einhalten der vereinbarten Bedingungen achten.



Wirkfaktoren und Evidenz der Wirksamkeit von Gruppentherapie

„Yes, we can“ und „Wir schaffen das!“ sind Politiker*innensätze, die auf das „Wir“, auf die Kraft der Gruppe bei schwierigen Aufgaben vertrauen. Eine gemeinsame Aufgabe, auch die, gemeinsam gesünder zu werden, schweißt zusammen und lässt Potenziale entstehen, die die oder der Einzelne so nicht aufbringen kann. Im komplexen Gruppengeschehen wechseln sich ständig Prozesse wachsender Unordnung und Auseinandersetzung mit Neuem, Unbekanntem, mit Prozessen wachsender Ordnung ab; sie überlagern sich und interferieren, folgen aufeinander und lösen sich ab. Dieser ständige Prozess von Integration und Differenzierung (vgl. König u. Schattenhofer, 2020) lässt die Gruppenteilnehmer*innen wachsen und sich weiter entwickeln. In psychodynamischen Gruppen werden diese Prozesse sichtbar gemacht und (dysfunktionale) Beziehungsdynamiken im Hier-und-jetzt auf biografische Entstehungsbedingungen untersucht, verstanden und bearbeitet.

Allen Psychotherapieverfahren ist gemeinsam, dass die Teilnehmer*innen sich der (ambulanten) Gruppe zugehörig fühlen, mit den Gruppenzielen identifiziert sind und über eine Weile in gleicher Besetzung zusammenbleiben, sodass über den haltenden Rahmen Zusammenhalt und Vertrauen entstehen können. Es entstehen also Beziehungen der Mitglieder untereinander, zur therapeutischen Leitung und zur Gruppe als Gesamt, die für die Wirksamkeit eine wichtige Rolle spielen. „... im Gruppensetting hat die therapeutische Beziehung, die sich im Gruppenverlauf entwickelt, eine zentrale Funktion und wird als eine der wichtigen kurativen Eigenschaften von Gruppen hervorgehoben (nach Johnson, Burlingame, Strauß & Bormann, 2008). Wie sich in einer Reihe von Untersuchungen zeigt, können unterstützende, dennoch aber anspruchsvolle Beziehungen im gruppenpsychotherapeutischen Setting zur Besserung des Befindens von Patient*innen sowie zu niedrigeren Abbruchraten beitragen (Burlingame, Fuhrman & Johnson, 2002)“ (zitiert nach Mattke, 2015 in Psychotherapie, Bd 20-2, S. 277).

Foulkes (2017), der Begründer der Gruppenanalyse, postulierte, dass Verletzungen und psychische Beeinträchtigungen in lebensgeschichtlichen Gruppen – Ursprungsfamilie, Schule – entstanden seien und deshalb auch in Gruppen geheilt werden können. Er beschrieb unter anderem drei positive Faktoren, die in jeder Gruppe wirksam werden und aufgrund der Beziehungen in der Gruppe entstehen:

1. Das gegenseitige Verstandenwerden und Verstehen in der Gruppe, das Patient*innen aus ihrer sozialen Isolation herausholt,
2. Spiegelphänomene, bei denen Patient*innen Aspekte ihrer selbst im Verhalten und in den Problemen der anderen wiederfinden und durch Identifikation und Projektion genauer betrachten können,
3. Austausch und Resonanz: Informationsaustausch in der Gruppe hilft allen, die Bedeutung emotionaler Probleme besser zu verstehen.

Foulkes betonte dabei die Wichtigkeit der Gruppe als Unterstützung bei der anstrengenden Arbeit, die eigene innere Welt zu entdecken und mit narzisstischen Kränkungen umzugehen, die das Akzeptieren von Interpretationen oder Konfrontation durch andere mit sich bringt. Denn in der Gruppe sind diejenigen, die ein Gruppenmitglied unter Umständen mit problematischen Verhaltensweisen konfrontieren, auch gleichzeitig diejenigen, die sich als Identifikationsobjekt anbieten, indem sie aus eigener Erfahrung sprechen und eigene Probleme thematisieren.

Neuere Untersuchungen versuchen, die Beziehungen in Gruppen genauer zu fassen. „Olsen, Davies & Gleave (2005) untersuchten verschiedene Beziehungskonstrukte und identifizierten vier zentrale Wirkfaktoren innerhalb von Gruppen, nämlich Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie“ (Mattke, 2015, S. 277). So verschieden diese Begriffe in den verschiedenen Verfahren beschrieben werden, ist doch nachzuweisen, dass

- ein gutes Gruppenklima, in dem wenig Feindseligkeit und Misstrauen herrscht und in dem die Verantwortung für die eigene Veränderung nicht abgegeben wird, sondern Engagement für das Fortkommen besteht,
- eine hohe Gruppenkohäsion mit einem zusammenbeziehungsweise Zugehörigkeitsgefühl aller Mitglieder,
- eine positive therapeutische Allianz, die eine affektive Bindung zur Psychotherapeutin beziehungsweise zum Psychotherapeuten beschreibt und
- Empathie zwischen Leitung und Mitgliedern und den Mitgliedern untereinander

eine heilende Entwicklung in der Gruppentherapie haben (vgl. Mattke 2015, S. 278ff).

Eine ausführlichere Beschreibung von Wirkfaktoren in der Gruppentherapie findet sich bei Yalom. Der wohl bekannteste Gruppenpsychotherapeut und Psychoanalytiker Irvin D. Yalom hat mit seinem 1970 erstmals erschienenen Buch „Theory and Practice of Group Psychotherapy“ ein theoretisches Grundlagenwerk mit unzähligen Fallbeispielen und Forschungsergebnissen geschaffen, das noch heute in seiner 13. Auflage von 2019 als Standardwerk moderner Gruppentherapie gilt. Interessant ist, dass Yalom die klinische Relevanz

GRUNDLAGEN

und das Veränderungspotenzial von Gruppentherapie in Bezug auf die jeweilige Zielgruppe weit höher gewichtet als die Zugehörigkeit der Leitung zu einer bestimmten Psychotherapieschule. Wir nehmen daher an, dass seine Wirkfaktoren auch in verhaltenstherapeutischen und systemischen Gruppen wirksam werden. Seine mittlerweile gut erforschten „und auf den besten zur Zeit verfügbaren klinischen und wissenschaftlichen Daten basierenden“ (Yalom, 2019, S.26) Wirkfaktoren lauten:

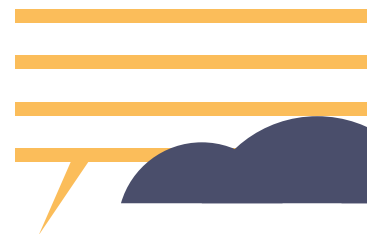
- 1. Hoffnung einflößen:** Hoffnung in Gruppen entsteht durch die Glaubwürdigkeit des Psychotherapeuten beziehungsweise der Psychotherapeutin und durch die Fortschritte, die die Patientin oder der Patient bei anderen Gruppenmitgliedern wahrnimmt. Dieser Faktor ist oft eine Vorbedingung dafür, dass andere Faktoren überhaupt wirksam werden können.
- 2. Universalität des Leidens:** Viele Patient*innen glauben, nur sie allein hätten belastende oder ängstigende Lebenssituationen, Gedanken, Impulse und Fantasien. Die Relativierung dieser Überzeugung durch den Austausch in der Gruppe bringt Erleichterung und Entlastung mit sich und fördert die Selbstakzeptanz.
- 3. Mitteilung von Informationen:** Hierunter versteht Yalom einerseits psychoedukative Unterweisungen über seelische Gesundheit und Krankheit durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten, andererseits auch Ratschläge, die sich Patient*innen gegenseitig geben.
- 4. Altruismus:** Anfangs glauben viele Patient*innen, den anderen Gruppenmitgliedern nichts Wertvolles bieten zu können. Doch bald werden engagierte Anmerkungen von Gruppenmitgliedern gern aufgenommen und als besonders glaubwürdig hoch geschätzt. Die Erfahrung, für andere wichtig sein zu können, hebt das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung der Gruppenmitglieder.
- 5. Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs:** Soziales Lernen in Gruppen kann explizit oder indirekt stattfinden. Gruppentherapiepatient*innen, die länger an Gruppen teilnehmen, lernen nachweislich eine Reihe positiver sozialer Fertigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen. Dazu gehören unter anderem Techniken der Konfliktlösung, Toleranz und Einfühlung in andere.
- 6. Nachahmendes Verhalten:** Gruppenpsychotherapeut*innen und auch Gruppenmitglieder mit ähnlichen Problemen und guten Therapieerfolgen dienen als Modelle, zum Beispiel für Selbstenthüllung und für Unterstützung. Neue Mitglieder orientieren sich in ihrem Verhalten an „älteren“ Gruppenmitgliedern, mit denen sie sich identifizieren können, oder an der Psychotherapeut*in beziehungsweise dem Psychotherapeuten.
- 7. Interpersonales Lernen:** Yalom sieht diesen Faktor als besonders wichtig und komplex an; in seinen Fragebögen ist er in „Input“ (wie andere einen sehen) und „Output“ (wie man mit anderen umgeht) aufgeteilt. Da es den Patient*innen oft an engen zwischenmenschlichen Beziehungen fehlt, ist die Gruppe als sozialer Mikrokosmos ein wichtiger Ort für korrigierende emotionale Erfahrungen und ehrliche Rückmeldungen zu ihrem Sozialverhalten und damit für die Entwicklung alternativer Interaktionsmöglichkeiten. Das beinhaltet auch das Durcharbeiten von Beziehungen zu anderen Gruppenmitgliedern und das Erkennen von Übertragungen, wobei er dem Konzept der „genetischen Einsicht“ im Sinne frühkindlicher Zusammenhänge eine eher untergeordnete Bedeutung zumisst.
- 8. Gruppenkohäsion:** Der Gruppenzusammenhalt oder das Wir-Gefühl einer Gruppe ist ähnlich wichtig wie die therapeutische Beziehung in der Einzeltherapie. Psychotherapeut*innen investieren viel Energie in den Aufbau von Gruppenkohäsion, weil die Kohäsion eine entscheidende Vorbedingung dafür ist, dass andere therapeutische Faktoren wirksam werden können.
- 9. Katharsis:** Hier geht es um den offenen Ausdruck von intensiven Gefühlen. Katharsis scheint notwendig und wirksam für ein gutes Therapieergebnis zu sein, vor allem wenn der interpersonale Kontext berücksichtigt wird und stützende Gruppenbindungen entstanden sind. Blindes Ausagieren von Gefühlen hat dagegen eher ungünstige Folgen.
- 10. Existenzielle Faktoren:** Gruppen kommen immer wieder auf Themen wie Leben und Tod, Krankheit und Gesundheit, Einsamkeit und Gemeinsamkeit, Verantwortung und Ausgeliefertsein zu sprechen. Erfahrene Gruppenmitglieder betrachten existenzielle Einsichten als bedeutsam für ihre Fortschritte. Die existenziellen Faktoren spielen bei Patient*innen mit lebensbedrohlichen Krankheiten oder bei Hinterbliebenengruppen eine besonders große Rolle.
- 11. Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe:** Die meisten Patient*innen haben in ihrer Familie, der ersten und wichtigsten Gruppe ihres Lebens, unbefriedigende Erfahrungen gemacht. Für sie ist deshalb die Bewältigung von Problemen in der Gruppe auch ein Durcharbeiten „unerledigter Geschäfte“ aus Familie und Vergangenheit. Wichtig dabei ist, dass frühe Familienkonflikte nicht einfach nur wiederholt, sondern korrigierend durchlebt werden. Dieser Faktor gilt in der direkten Bearbeitung nur für psychodynamisch arbeitende Gruppen. Natürlich können auch in anderen therapeutischen Gruppen im Verlauf der Gruppenbehandlung Erkenntnisse über dysfunktionale Beziehungsdynamiken in der Ursprungsfamilie gewonnen werden.

Über diese Faktoren hinaus betrachtet Yalom die Schaffung und Erhaltung eines sicheren Rahmens, die Schaffung einer Gruppenkultur mit wünschenswerten Gruppennormen und die Konzentration auf die Interaktion im Hier-und-jetzt der Gruppe als Grundaufgaben von Gruppenpsychotherapeut*innen, die zum Gelingen der Gruppenpsychotherapie erforderlich sind (ebda.).

Betrachtet man diese Wirkfaktoren, so wird deutlich, dass eine Gruppentherapie weit mehr Möglichkeiten der Bearbeitung hat als die Einzelbehandlung. Das Potenzial der Gruppe entfaltet sich wie von selbst, wenn die Rahmenbedingungen – wie beschrieben – und die Haltung der Leitung einen wachstumsfördernden Raum anbieten. Die Evidenz für die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie unterschiedlicher Behandlungsansätze bei verschiedenen Störungsbildern und Patient*innengruppen wurde zuletzt in elf Metaanalysen (in denen 329 randomisiert-kontrollierte Studien mit 370 Vergleichen zwischen Gruppentherapie und verschiedenen Kontrollgruppen berücksichtigt wurden) von Strauß, Burlingame und Rosendahl 2020 (zitiert nach Strauß, 2022) zusammengefasst. Ihr Ergebnis:

„Im Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen ... konnten für Angst- und Zwangsstörungen sowie für Depression große Effekte ($\geq 0,8$) von Gruppenpsychotherapie bei der Reduktion der störungsspezifischen Symptomatik nachgewiesen werden. Für Essstörungen (Bulimie und Binge-Eating-Störung) sowie für Posttraumatische Belastungsstörung fanden sich entsprechend mittelgroße Effekte (0,5-0,8), während für substanzinduzierte Störungen und Schizophrenie kleine Effekte (0,2-0,5) gezeigt wurden“ (Strauß, 2022, S. 188). In einer Untersuchung von Burlingame 2013 (Strauß, 2022, S. 187) wurden zusätzlich der sozialen Phobie und der Panikstörung sehr gute bis exzellente Evidenz und der Affektiven Störung gute, vielversprechende Evidenz für die Wirksamkeit der Behandlung bescheinigt, wenn Gruppentherapie der primäre Behandlungsansatz war. Wenn Gruppentherapie Teil eines komplexen Behandlungsangebots war, konnten für Substanzabhängigkeit, schwere psychiatrische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen und sogar Krebserkrankungen sehr gute bis exzellente Evidenz für die Wirksamkeit der Gruppenbehandlung nachgewiesen werden (vgl. Strauß, 2022).

„Im Vergleich mit unbehandelten Kontrollgruppen ... konnten für Angst- und Zwangsstörungen sowie für Depression große Effekte ($\geq 0,8$) von Gruppenpsychotherapie bei der Reduktion der störungsspezifischen Symptomatik nachgewiesen werden.“



Die Angebote für die Gruppenselbsterfahrung zukünftiger Gruppenpsychotherapeut*innen, die Möglichkeiten, bei erfahrenen Gruppenpsychotherapeut*innen direkt in der Gruppe als Co-Leitung zu lernen und Vernetzungsangebote in Interventions- und Supervisionsgruppen müssten erheblich ausgebaut werden.

Fazit

Angesichts verbesserter Rahmenbedingungen und nachgewiesener Wirksamkeit bleibt die Frage nach den Gründen, warum Gruppenbehandlungen nicht in größerem Maße angeboten werden, offen. Ob es daran liegt, dass sich trotz Zulassung für Gruppenpsychotherapie viele Kolleg*innen die Leitung einer Gruppe doch (noch) nicht zutrauen? Aus unserer Sicht müssten die Angebote für die Gruppenselbsterfahrung zukünftiger Gruppenpsychotherapeut*innen, die Möglichkeiten, bei erfahrenen Gruppenpsychotherapeut*innen direkt in der Gruppe als Co-Leitung zu lernen und Vernetzungsangebote (Pape u. Langenbach, 2014) in Interventions- und Supervisionsgruppen erheblich ausgebaut werden. Dieser Prozess braucht Initiative von denen, die sich in Richtung Gruppenpsychotherapie auf den Weg machen.

In den folgenden Beiträgen in diesem Heft werden Erfahrungen aus der gruppentherapeutischen Arbeit vorgestellt. Wir wünschen uns eine anstreckende und ermutigende Wirkung für Psychotherapeut*innen mit Lust auf Gruppenpsychotherapie.



Dr. phil. Marie-Luise Langenbach

Dipl.-Psych., Psychotherapeutin für Einzel- und Gruppentherapie (TP) in einer Gemeinschaftspraxis in Hamburg St. Georg. Dozentin, Supervisorin, Lehrtherapeutin und Selbsterfahrungsleiterin in Gruppen an verschiedenen Ausbildungsinstituten. Als Coach und in der Ausbildung von Coaches tätig.



Sigrid Pape

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin für tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie in einer Gemeinschaftspraxis in Hamburg-Altona. Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin an verschiedenen Ausbildungsinstituten. Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie für Erwachsene.



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

DpTV-Mailingliste Gruppenpsychotherapie

Sie möchten sich mit anderen Gruppenpsychotherapeut*innen zu Fragen der Gruppenpsychotherapie austauschen? Tragen Sie sich im Mitgliederbereich (Meine DpTV > Meine Mailinglisten) in unsere DpTV-Gruppenmailingliste ein. Es lohnt sich!



Kurz gefasst

Die im November 2020 zur Förderung der Gruppenpsychotherapie beschlossenen Gesetze wurden nun in die Psychotherapie-Vereinbarung eingearbeitet und deren Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt. Darüber hinaus kann die Gruppenpsychotherapie nun auch per Videobehandlung durchgeführt werden. Dieser Beitrag setzt auf der ausführlichen Darstellung in der Psychotherapie Aktuell 1.2021 „Neue Regelungen – vor allem für die Gruppenpsychotherapie“ auf und erläutert alle weiteren Neuerungen bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Sabine Schäfer

Update: Regelungen in der Gruppenpsychotherapie

Aktuelle Regeln für die Gruppenpsychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung und die Vergütung im Einheitlichem Bewertungsmaßstab.

In der Psychotherapie Aktuell 1.2021 (S. 10-14) wurde die neuen Regelungen zur Gruppenpsychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie vorgestellt, die am 20. November 2020 in Kraft getreten sind. Hier wurde das neue Behandlungsmodul „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ dargelegt, die neuen Regelungen zur probatorischen Sitzung im Gruppensetting, zur gemeinsamen Gruppenleitung durch zwei Psychotherapeut*innen und zur berichtsfreien Beantragung von Gruppenpsychotherapie oder einer Kombination mit Einzeltherapie mit überwiegend durchgeführter Gruppenpsychotherapie.

Es fehlten zum damaligen Zeitpunkt allerdings noch die Anpassungen im Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und die notwendigen Änderungen zur konkreten Umsetzung in der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V). Seit dem 1. Oktober 2021 sind alle Anpassungen vollzogen und seit nun über einem Jahr werden alle Neuerungen in der Gruppenpsychotherapie damit in der psychotherapeutischen Praxis von Psychotherapeut*innen angewendet. Und es gibt darüber hinaus weitere Neuerungen, die hier vorgestellt werden.

Die Vergütung für die neuen Versorgungsangebote im Gruppensetting

Erfreulich ist, dass die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung im EBM in der Staffelfung ebenso hoch vergütet wird wie die der genehmigten Gruppenpsychotherapie. Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 35173 (3 Teilnehmer*innen) bis GOP 35179 (9 Teilnehmer*innen) wird im derzeit aktuellem EBM vom 1. Oktober 2022 mit 103,20 Euro bis 59,94 Euro vergütet. Zusätzlich wird hier der Strukturzuschlag (GOP 35572, 80 Punkte, 9,01 Euro) wirksam.

Dieser betrug zuvor in der EBM-Bewertung 78 Punkte und wurde auf 80 Punkte erhöht. Der Strukturzuschlag wird zur Finanzierung von Praxisangestellten von der Kassenärztlichen Vereinigung je nach Auslastungsgrad der Praxis im Quartal hinzugefügt. Voraussetzung hierfür ist eine durchschnittlich Erbringung von 18 Therapieeinheiten (halber Versorgungsauftrag) beziehungsweise 36 Therapieeinheiten (voller Versorgungsauftrag) in der Woche und 10,75 Arbeitswochen pro Quartal.

Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (Gruppenbehandlung)

GOP	Gruppengröße	Bewertung	Erlös pro Gruppe (100 Minuten)
35173	3 Teilnehmer*innen	916 Punkte / 103,20 Euro	309,60 Euro
35174	4 Teilnehmer*innen	772 Punkte / 86,98 Euro	347,92 Euro
35175	5 Teilnehmer*innen	686 Punkte / 77,29 Euro	386,45 Euro
35176	6 Teilnehmer*innen	628 Punkte / 70,75 Euro	424,50 Euro
35177	7 Teilnehmer*innen	586 Punkte / 66,02 Euro	462,14 Euro
35178	8 Teilnehmer*innen	556 Punkte / 62,64 Euro	501,12 Euro
35179	9 Teilnehmer*innen	532 Punkte / 59,94 Euro	539,46 Euro

Und es war zu erwarten, dass die probatorische Gruppensitzung, ähnlich wie in der Einzelpsychotherapie, weiterhin deutlich unter der Vergütung einer genehmigten Psychotherapiesitzung liegen würde. Die GOP 35163 (3 Teilnehmer*innen) bis GOP 35169 (9 Teilnehmer*innen) wird mit 79,31 Euro bis 46,08 Euro im EBM vom 1. Oktober 2022 vergütet. Hier wird kein zusätzlicher Strukturzuschlag ausgelöst.

GRUNDLAGEN

Probatorische Sitzungen im Gruppensetting

GOP	Gruppengröße	Bewertung	Erlös pro Gruppe (100 Minuten)
35163	3 Teilnehmer*innen	704 Punkte / 79,31 Euro	237,93 Euro
35164	4 Teilnehmer*innen	594 Punkte / 66,92 Euro	267,68 Euro
35165	5 Teilnehmer*innen	528 Punkte / 59,49 Euro	297,45 Euro
35166	6 Teilnehmer*innen	483 Punkte / 54,42 Euro	326,52 Euro
35167	7 Teilnehmer*innen	451 Punkte / 50,81 Euro	355,67 Euro
35168	8 Teilnehmer*innen	428 Punkte / 48,22 Euro	385,76 Euro
35169	9 Teilnehmer*innen	409 Punkte / 46,08 Euro	414,72 Euro

Bürokratische Erleichterungen im Gutachterverfahren

Es besteht keine Berichtspflicht mehr für die Gruppenpsychotherapie. Die im Rahmen des Psychotherapeutenausbildungsgesetzes 2019 verabschiedete Regelung „für Gruppentherapien findet ... kein Gutachterverfahren mehr statt“ wurde nun in die Psychotherapie-Vereinbarung eingearbeitet und damit für die Durchführung in der Praxis konkretisiert.

Ebenso entfällt die Berichtspflicht für Kombinationsbehandlungen von Einzel- mit Gruppenpsychotherapie, wenn der Schwerpunkt der Behandlung („Hauptsetting“) auf dem Gruppensetting liegt. Hauptsetting definiert sich in der Kombinationsbehandlung, dass dieses Setting mindestens eine Therapieeinheit mehr in der Gesamtschau aller Therapieeinheiten des bewilligten Behandlungsabschnittes aufweist.

Die Berichtspflicht besteht allerdings weiterhin, wenn das Hauptsetting in der Kombinationsbehandlung auf dem Einzelsetting liegt, wenn das maximale Kontingent an Therapieeinheiten überschritten werden soll oder wenn der Zweijahreszeitraum nach Abschluss einer vorangegangenen Psychotherapie noch nicht erreicht ist.

Videobehandlung ist nun im Gruppensetting möglich – mit einigen Begrenzungen

Seit Oktober 2021 ist es erlaubt, die Neuropsychologische Therapie, die Akutbehandlung, die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und die Gruppenpsychotherapie per Videobehandlung durchzuführen. Ausgenommen von dieser Regelung sind weiterhin die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die probatorische Sitzung. Diese Leistungen sind nach Ablauf der Pandemie-Sonderregelungen seit dem 1. April 2022 generell nicht mehr als Videositzung möglich.

Allerdings wird bei der Videotherapie in der Gruppe die Zahl der Anwesenden auf maximal neun begrenzt, inklusive des*der Behandelnden. Damit können hier nur acht Gruppenmitglieder maximal teilnehmen. Auch eine gemeinsame Leitung durch zwei Psychotherapeut*innen ist hier per Videobehandlung nicht gestattet.

Bei der Vergütung kann auch der Technikzuschlag (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte, 4,51 Euro) für das Gruppensetting abgerechnet werden, um die damit verbundenen Unkosten auszugleichen. Für die GOP 01450 gilt laut EBM ein Höchstwert von 40 Punkten je Gruppenbehandlung, das bedeutet, dieser Zuschlag kann nur einmal je Gruppensitzung angesetzt werden und damit nur bei einem*einer Teilnehmenden in der Gruppe pro Gruppentermin.

Drei 30-Prozent-Begrenzungen bei der Videobehandlung

Es gelten drei wichtige 30-Prozent-Begrenzungen bei der Videobehandlung, die sich auch auf die Behandlung von Gruppen per Video niederschlägt:

Begrenzung der Behandlungsfälle per Video: In einem Quartal darf maximal bei 30 Prozent **aller Patient*innen einer Praxis ausschließlich Videotherapie** durchgeführt werden. Als „Goldstandard“ der Psychotherapie gilt weiterhin das Arbeiten mit den Patient*innen in Präsenz. Darüber hinaus gilt laut Musterberufsordnung § 5 Abs. 5 der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und laut Psychotherapie-Vereinbarungen (§ 17), dass Indikationsstellung und Behandlungsplanung im persönlichen Kontakt mit den Patient*innen stattfinden müssen. Aus diesem Grund können psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen – und damit auch probatorischen Gruppensitzungen – nicht per Videositzung stattfinden.

Begrenzung der Leistungsmenge per Video: Hier gilt eine 30-Prozent-Begrenzung **für das Punktzahlvolumen aller videofähigen Leistungen des Kapitel 35** (genehmigungspflichtige Psychotherapie), die über Video erbracht werden können. Diese Grenze gilt „arztbezogen“, wird also auf jede*n einzelne*n Psychotherapeuten/Psychotherapeutin angewendet, und nicht auf die Praxis insgesamt. Das ist bedeutsam für Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Psychotherapeut*innen.

Begrenzung der psychotherapeutischen Akutbehandlung per Video: **Für die Akutbehandlung (GOP 35152)** gilt eine separate 30-Prozent-Begrenzung **auf die Gesamtschau aller abgerechneten GOP 35152 pro Quartal**, die als Videobehandlung nicht überschritten werden darf.



Sabine Schäfer

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Mechthild Lahme, Sabine Schäfer

FAQ – Gruppenpsychotherapie



Abrechnungsgenehmigung Gruppenpsychotherapie

1. Wie erhalte ich die Fachkunde beziehungsweise Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von Gruppenpsychotherapie?

Folgende Kenntnisse und Erfahrungen müssen an oder über erkannte Ausbildungsinstituten erworben werden:

- 40 Doppelstunden Selbsterfahrung in der Gruppe
- 24 Doppelstunden im Bereich Theorie der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik
- 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung, auch in mehreren Gruppen
- 40 Stunden unter Supervision

2. Werden auch Qualifikationen, die während der Ausbildung zur*zum Psychotherapeut*in erworben wurden, anerkannt?

Ja, Sie können die Zusatzqualifikation gänzlich oder auch anteilig im Rahmen der Ausbildung erwerben.

3. Können Fördermittel für den Erwerb der Zusatzqualifikationen in Anspruch genommen werden?

Ja, einzelne Kassenärztlichen Vereinigungen (zum Beispiel Rheinland-Pfalz, Hessen) unterstützen Psychotherapeut*innen, die bereits im KV-System tätig sind, beim Erwerb der Zusatzqualifikation. Förderfähig sind die direkten Fort- und Weiterbildungskosten wie Seminargebühren und Supervisionskosten. Ein Förderantrag kann bereits mit hälftigem Versorgungsauftrag gestellt werden.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

4. Was ist ein wesentliches Ziel der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung?

Sie dient der niedrighschwelligigen Vorbereitung einer ambulanten Gruppenpsychotherapie. Die Patient*innen können sich direkt im Gruppensetting informieren und erste Erfahrungen machen. Durch das Erleben des Gruppensettings können Vorbehalte gegen Gruppenpsychotherapie abgebaut und die Motivation für dieses Setting gestärkt werden.

5. Gibt es Voraussetzungen für die Durchführung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung?

Ja, die Fachkunde beziehungsweise Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von Gruppenpsychotherapie muss vorliegen.

6. Wann kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung beginnen?

Ist eine Gruppenpsychotherapie bei einer* einem Patient*in indiziert, kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung direkt nach der obligatorischen psychotherapeutischen Sprechstunde beginnen.

7. Wie muss die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung angezeigt beziehungsweise beantragt werden?

Gar nicht, um den niedrighschwelligigen Zugang abzusichern, ist weder ein Anzeige- noch ein Antragsverfahren einzuleiten und die Leistung muss nicht genehmigt werden. Auch ist keine Anrechnung der Sitzungen auf später genehmigte Kontingente der Richtlinien-Psychotherapie vorgesehen.

8. Muss ein Konsiliarbericht bei der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung eingeholt werden?

Nein, es ist kein Konsiliarbericht obligatorisch erforderlich, allerdings weiterhin vor Aufnahme einer darauffolgenden Richtlinien-(Gruppen-)Psychotherapie. Fachlich kann eine frühzeitige Einholung des Konsiliarberichts allerdings bereits in der Sprechstunde sinnvoll sein.

9. In welchem Umfang kann eine Gruppentherapeutische Grundversorgung stattfinden?

- Bei Erwachsenen maximal 4 x 100 Minuten je Krankheitsfall.
- Bei Kindern und Jugendlichen (auch ohne Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen) und bei Menschen mit geistiger Behinderung zusätzlich 100 Minuten je Krankheitsfall für den Einbezug von Bezugspersonen.
- Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist auch in Einheiten von 50 Minuten teilbar mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl (zum Beispiel 8 x 50 Minuten).

10. Wie groß dürfen die Gruppen bei der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sein?

Mindestens drei Patient*innen bis maximal neun Patient*innen.

11. Kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt werden?

Nein, sie kann nur von einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten durchgeführt werden.

12. Müssen nach der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung noch probatorische Sitzungen gemacht werden, wenn eine Gruppentherapie geplant ist?

Ja, nach der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung müssen vor dem Beginn einer sich anschließenden Richtlinien-Psychotherapie mindestens zwei probatorische Sitzungen durchgeführt werden (PT-RL § 11 Abs. 5). Dabei kann nach der ersten probatorischen Sitzung im Einzelsetting die folgenden Sitzungen bereits im Gruppensetting stattfinden.

13. Können Patient*innen für Sitzungen in der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung auch in laufende Gruppen mitbehandelt werden?

Nein, das Ziel der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung ist nicht mit dem einer laufenden Gruppe kompatibel.

14. Kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung parallel zu einer laufenden Einzeltherapie erbracht werden?

Ja, sofern der Wechsel in eine Gruppenpsychotherapie beziehungsweise eine Kombinationstherapie anvisiert ist. Dann kann die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung parallel zu einer Einzeltherapie stattfinden. Sie kann auch bei einer anderen Psychotherapeutin/einem anderen Psychotherapeuten durchgeführt werden.

15. Wie wird die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung vergütet?

Die Vergütung ist gestaffelt nach der Anzahl der Teilnehmer*innen in der Gruppe. Hier erhält jede Anzahl von Teilnehmer*innen in der Gruppensitzung eine eigene Abrechnungsziffer: 35173 bis 35179. Die Vergütung ist ebenso hoch wie in der Gruppenpsychotherapie.



Probatorische Sitzungen im Gruppensetting

16. Können probatorische Sitzungen im Gruppensetting durchgeführt werden?

Ja, probatorische Sitzungen können auch in der Gruppe stattfinden, sofern sich eine Gruppenpsychotherapie anschließen soll. Mindestens eine der zwei verpflichtenden probatorischen Sitzungen muss dabei weiterhin im Einzelsetting stattfinden. Wurde vorab beim Behandelnden keine psychotherapeutische Sprechstunde (mindestens 50 Minuten) durchgeführt, müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen im Einzelsetting erfolgen.

17. In welchem Umfang kann eine probatorische Sitzung im Gruppensetting stattfinden?

- Bei Erwachsenen maximal 3 x 100 Minuten.
- Bei Kindern und Jugendlichen und bei Menschen mit Intelligenzstörung maximal 5 x 100 Minuten.
- Probatorische Sitzungen im Gruppensetting sind auch in Einheiten von 50 Minuten teilbar.

18. Muss die probatorische Sitzung im Einzelsetting starten?

Nein, die Reihenfolge des Settings der probatorischen Sitzungen ist nicht vorgegeben und kann je nach fachlichen Aspekten mal im Einzel-, mal im Gruppensetting durchgeführt werden.

19. Können Patient*innen in der probatorischen Phase an einer laufenden Richtlinien-Psychotherapiegruppe teilnehmen?

Ja, um neue Patient*innen in eine laufende Gruppe aufzunehmen, können Gruppen-Probatorik-Patient*innen in eine bestehende Gruppe integriert werden. In der ambulanten Versorgung können somit auch halboffene Gruppenkonzepte („slow-open-groups“) angeboten werden.

20. Können probatorische Sitzungen im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung stattfinden?

Nein, da probatorische Sitzungen und Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung unterschiedliche inhaltliche Zielsetzungen verfolgen.

21. Wie wird die probatorische Gruppensitzung vergütet?

Die Vergütung ist gestaffelt nach der Anzahl der Teilnehmenden in der Gruppe. Hier erhält jede Anzahl von Teilnehmenden in der probatorischen Gruppensitzung eine eigene Abrechnungsziffer: 35163 bis 35169. Diese kann dann pro Teilnehmer*in angesetzt werden.

Antragsverfahren Gruppenpsychotherapie und Kombinationsbehandlung

22. Wie stelle ich einen Antrag auf Gruppenpsychotherapie?

Die Gruppenpsychotherapie ist antragspflichtig. Sie nutzen die üblichen Formulare PTV 1 und PTV 2. Die genaue Gruppengröße muss bei Antragstellung nicht feststehen. Geben Sie deshalb bei der Beantragung von Therapieeinheiten für die „reine“ Gruppenpsychotherapie oder Kombinationsbehandlung die jeweilige Gebührenposition der Gruppenpsychotherapieleistung mit einem „X“ an fünfter Stelle an.

Wird die Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeut*innen beantragt, gibt jede*r Psychotherapeut*in nur das von ihr oder ihm selbst durchzuführende Kontingent an (EBM-Nr. entweder für Einzeltherapie oder für Gruppenpsychotherapie). Hierbei darf die Gesamtanzahl der Therapieeinheiten bei der Psychotherapeut*innen zusammengenommen die Grenzen des Bewilligungsschritts nach den Paragraphen 29 und 30 der Psychotherapie-Richtlinie nicht überschreiten.

23. Wie stelle ich einen Antrag auf Kombinationsbehandlung?

Der*die Patient*in beantragt die Kombinationsbehandlung, kreuzt auf dem PTV 1 anstatt Einzel- oder Gruppenbehandlung das Feld „Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie“ an. Der*die Psychotherapeut*in gibt dazu auf dem PTV 2 an, ob im Rahmen der Kombinationsbehandlung überwiegend Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt wird. Wird die Kombinationsbehandlung von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt, füllen beide je ein Formblatt PTV 2 aus. Der Antrag der*des Versicherten (PTV 1) und gegebenenfalls beide PTV 2 werden gemeinsam bei der Krankenkasse eingereicht.

24. Wie wird die Gruppenpsychotherapie mit zwei Psychotherapeut*innen beantragt?

Wird eine Gruppe von zwei Psychotherapeut*innen geleitet, beträgt die Anzahl der Teilnehmer*innen sechs bis 14 Patient*innen, also pro Psychotherapeut*in mindestens drei bis neun Patient*innen. Ein*e Psychotherapeut*in ist dabei für eine bestimmte Anzahl von Patient*innen hauptverantwortlich (Bezugstherapeut*in). Für diese füllt er*sie dann auch das Antragsformular PTV 2 aus.

25. Können bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder bei einer Behandlung von Menschen mit Intelligenzstörung in der Gruppenpsychotherapie Bezugspersonenstunden beantragt werden?

Ja, auch in die Gruppenpsychotherapie können Bezugspersonen einbezogen werden. Dies ist im PTV 2 entsprechend einzutragen. Dies kann sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting geschehen und sollte in einem unmittelbaren Zusammenhang zu einer laufenden oder gerade abgeschlossenen Behandlung stehen. Die Einbeziehung von Bezugspersonen ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende Behandlung der Patient*innen ist nicht zulässig. Im Formblatt PTV 2 sind die geplanten Therapieeinheiten einzutragen, wobei eine Therapieeinheit 50 Minuten in der Einzelbehandlung oder 100 Minuten in der Gruppenbehandlung entspricht.

26. Muss ich für jeden Patienten/jede Patientin einen Antrag stellen?

Ja, da sich die Kostenübernahmen auf einzelne Patient*innen und nicht auf eine ganze Gruppe beziehen.

27. Kann ich eine laufende Einzeltherapie in eine Gruppenpsychotherapie umwandeln? Wie gehe ich vor?

Ja, beim Wechsel des Settings von Einzel- auf Gruppenpsychotherapie reicht sowohl in der Kurzzeit-, als auch in der Langzeittherapie eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse.

Gutachterverfahren bei Gruppenpsychotherapie und Kombinationstherapie

28. Sind Anträge auf Gruppenpsychotherapie gutachterpflichtig?

Nein, seit dem 23. November 2019 ist gemäß § 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V für die „reine“ Gruppenpsychotherapie kein Gutachterverfahren vorgesehen. Es entfällt auch bei der Langzeit- und Umwandlungsanträgen.

29. Sind Anträge auf eine Kombinationstherapie aus Einzel- und Gruppentherapie gutachterpflichtig?

Die Kurzzeittherapie kann ohne Bericht an den*die Gutachter*in beantragt werden. Langzeittherapie und Umwandlungen in Langzeittherapie sind gutachterpflichtig, wenn die Kombinationsbehandlung überwiegend im Einzelsetting durchgeführt wird. Wird die Kombinationsbehandlung überwiegend im Gruppensetting durchgeführt, entfällt das Gutachterverfahren für die gesamte Therapie (§ 22 Abs. 3, § 29 & § 35 PT-RL).

30. Was ist mit „überwiegend Gruppenpsychotherapie“ gemeint?

Überwiegend heißt, dass in der Gesamtschau der Therapieeinheiten mindestens eine Therapieeinheit mehr in der Gruppenpsychotherapie beantragt wird als in der Einzeltherapie.

31. Können die Krankenkassen bei Gruppenpsychotherapie – trotz regelhafter Befreiung vom Gutachterverfahren – eine Begutachtung verlangen?

Ja, im Einzelfall kann immer eine Begutachtung verlangt werden, wenn zum Beispiel Therapieeinheiten über der Höchstgrenze beantragt werden. Ebenso ist eine Gruppenpsychotherapie gutachterpflichtig, wenn bei der Beantragung einer Gruppenpsychotherapie oder Kombinationstherapie aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie der Zweijahreszeitraum nach Abschluss einer vorangegangenen Psychotherapie noch nicht erreicht ist.

32. Wann ist ein Wechsel des Settings gutachterpflichtig?

Die Berichtspflicht orientiert sich immer an den Regelungen des überwiegend durchgeführten Settings. In der Kurzzeittherapie (KZT) ist jeglicher Wechsel gutachterfrei. In der Langzeittherapie (LZT) ist ein Wechsel hin zur Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie gutachterpflichtig, mit überwiegend Gruppenpsychotherapie gutachterfrei.

- Beim Wechsel des Settings von Einzel- auf Gruppentherapie (KZT und LZT) reicht eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse (KK).
- Beim Wechsel des Settings von Gruppen- auf Einzeltherapie innerhalb der KZT nur Mitteilung an die KK, innerhalb der LZT mit Begründung im Bericht an den*die Gutachter*in.
- Beim Wechsel des Settings von Einzel- auf eine Kombinationstherapie mit überwiegend Gruppentherapie (KZT und LZT) reicht eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse.
- Beim Wechsel des Settings von Gruppen- auf eine Kombinationstherapie mit überwiegend Einzeltherapie in KZT reicht Anzeige an die Krankenkasse, in der LZT muss dies in einem Bericht an den*die Gutachter*in begründet werden.
- Beim Wechsel des Settings von Einzel- auf eine Kombinationstherapie mit überwiegend Einzeltherapie innerhalb der KZT reicht eine Anzeige an die Krankenkasse. Innerhalb der LZT muss dies in einem Bericht an den*die Gutachter*in begründet werden.

33. Wenn sich das Mischverhältnis in einer Kombinationstherapie ändert, wann muss ich dafür einen Bericht an den*die Gutachter*in schreiben?

Bleibt das Hauptsetting (50 % + 1) bestehen, kann das Mischverhältnis geändert werden, ohne die Krankenkasse in Kenntnis zu setzen. Ändert sich in der Gesamtschau das Hauptsetting in Gruppenpsychotherapie reicht eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse. Ändert sich in der Gesamtschau das Hauptsetting in Einzeltherapie muss dies in einer Langzeittherapie mit Bericht an den*die Gutachter*in begründet werden.

34. Wann muss generell ein Bericht an den*die Gutachter*in geschrieben werden?

Innerhalb der Zweijahresfrist (Kontakt mit Krankenkasse aufnehmen) und immer, wenn ein „Schwerpunkt Einzeltherapie“ vorliegt:

- Wechsel von Gruppenpsychotherapie zu Einzeltherapie
- für Kombinationsbehandlung mit Schwerpunkt Einzeltherapie innerhalb einer Langzeittherapie
- Wechsel in Kombinationsbehandlung von Schwerpunkt Gruppe zu Einzeltherapie in der Langzeittherapie



35. Wann entfällt ein Bericht an den*die Gutachter*in?

Immer, wenn der Schwerpunkt der Behandlung auf Gruppentherapie liegt:

- bei Anträgen auf reine Gruppenpsychotherapie
- beim Wechsel von Einzel- zu Gruppenpsychotherapie
- bei Anträgen auf Kombinationsbehandlung mit Schwerpunkt Gruppe
- beim Wechsel in einer Kombinationstherapie vom Schwerpunkt Einzelsetting zum Schwerpunkt Gruppensetting

Gruppenpsychotherapie – Durchführung**36. Müssen gruppenpsychotherapeutische Therapieeinheiten zwangsläufig immer 100 Minuten dauern?**

Nein, gruppenpsychotherapeutische Therapieeinheiten können auch geteilt werden, das heißt 100 Minuten können auf zweimal 50 Minuten aufgeteilt werden. Damit erhöht sich dann entsprechend die Gesamtsitzungszahl, allerdings nicht das Kontingent der genehmigten Therapieeinheiten.

37. Wie viele Patient*innen dürfen in einer Gruppenpsychotherapie in einer Gruppe behandelt werden?

Drei bis neun Teilnehmende. Das gilt für alle Verfahren. Die Gruppenteilnehmenden können sowohl privat als auch gesetzlich versichert sein. Privatversicherte zählen bei der Bestimmung der Gruppengröße in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit. Eine Gruppe, die von einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten geleitet wird, darf nicht mehr als neun Teilnehmende haben, auch keine zusätzlichen Privatpatient*innen. Eine Gruppe, die von zwei Psychotherapeut*innen geleitet wird, darf nicht mehr als 14 Teilnehmende haben, auch keine zusätzlichen Privatpatient*innen.

38. Müssen im Rahmen einer genehmigten Gruppenpsychotherapie zusätzliche Einzelsitzungen beantragt werden?

Nein, zusätzliche Einzelsitzungen können ohne Antragstellung im Verhältnis eins zu zehn durchgeführt werden und kommen „on top“ auf das bewilligte Kontingent. Dies gilt jedoch nur für die „alleinige“ Gruppenpsychotherapie und nicht für eine Kombinationsbehandlung. Stellt sich heraus, dass Patient*innen mehr begleitende Einzelsitzungen benötigen, kann die Gruppentherapie in eine Kombinationstherapie umgewandelt werden.

39. Müssen Gruppenpsychotherapien in den Praxisräumen stattfinden?

Nein, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Gruppenpsychotherapie und probatorische Sitzungen im Gruppensetting dürfen auch außerhalb der eigenen Praxisräume in anderen geeigneten Räumlichkeiten stattfinden.

Kombinationstherapie mit Einzel- und Gruppensetting – Durchführung**40. Was ist eigentlich mit der Kombination von Einzel- und Gruppensitzungen konkret gemeint?**

Möglich ist eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin oder bei verschiedenen Psychotherapeut*innen. Die Anwendungsform kann sich im Behandlungsverlauf verändern. Eine Kombinationsbehandlung muss stets ein Hauptsetting haben. Dieses hat immer mindestens eine Therapieeinheit mehr als das Setting, mit dem kombiniert werden soll.

41. Die Kombination von Einzel- und Gruppensitzungen basiert auf einem Gesamtbehandlungsplan, was bedeutet das?

Soll eine Kombinationsbehandlung durchgeführt werden, muss vor Behandlungsbeginn ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden. Die Behandlung kann gleichzeitig durch verschiedene Psychotherapeut*innen erfolgen. In diesem Fall ist der Behandlungsplan untereinander abzustimmen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen. Die Patient*innen müssen in den internen Informationsaustausch der Psychotherapeut*innen einwilligen.

42. Ist es möglich, mit einer Kurzzeittherapie (KZT) in der Kombinationsbehandlung zu starten und bei der Umwandlung zur Langzeittherapie (LZT) in eine reine Gruppenpsychotherapie umzuwandeln? Ist diese Umwandlung dann von der Begutachtung befreit?

Ja, es handelt sich dann bei dem Umwandlungsantrag auf LZT um einen Antrag auf „reine“ Gruppenpsychotherapie, die von der Begutachtung befreit ist. Ausschlaggebend für eine Begutachtung ist das gewählte Setting des jeweiligen Antrags. Wird ausschließlich Gruppenpsychotherapie beantragt, so findet seit dem 23. November 2019 aufgrund der Regelung in § 92 Abs. 6a SGB V keine Begutachtung mehr statt.

43. Wann sind Änderungen bei der Kombinationsbehandlung der Krankenkasse zu melden?

Bei Beibehaltung des Hauptsettings müssen Änderungen bei der Aufteilung der Therapieeinheiten für Gruppen- und Einzeltherapie weder angezeigt noch genehmigt werden. Wird das Hauptsetting, von überwiegend Einzeltherapie in eine Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppenpsychotherapie geändert, muss dies gegenüber der Krankenkasse nur angezeigt werden. Wird das Hauptsetting der Kombinationstherapie von überwiegend Gruppenpsychotherapie in eine Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie geändert, muss bei einer Langzeittherapie ein gutachterpflichtiger Änderungsantrag gestellt werden.

44. Bei einer Kombinationsbehandlung von Gruppen- mit Einzeltherapie kann diese von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt werden. Müssen beide das gleiche Richtlinienverfahren anwenden?

Ja, die Kombinationsbehandlung bei zwei Psychotherapeut*innen muss im gleichen Richtlinienverfahren erfolgen.

GRUNDLAGEN

Gruppenpsychotherapie durch zwei Psychotherapeut*innen

45. Kann Gruppentherapie nur in der Klinik durch zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt werden?

Nein, Gruppenpsychotherapie kann auch in der ambulanten Praxis von zwei Psychotherapeut*innen durchgeführt werden. Beide müssen im gleichen Psychotherapieverfahren die Gruppeneinheit vorweisen.

46. Müssen alle Patient*innen aus einer Praxis stammen?

Nein, die Patient*innen können aus unterschiedlichen Praxen stammen, die Gruppe kann also auch praxisübergreifend organisiert werden. Es können auch Patient*innen an einer Gruppe mit zwei Psychotherapeut*innen teilnehmen, die sich in anderen Praxen in Einzeltherapie befinden (Kombinationstherapie).

47. Sind beide Psychotherapeut*innen für alle Patient*innen verantwortlich?

Nein, die einzelnen Gruppentherapiepatient*innen werden Psychotherapeut*innen fest zugeordnet. Der*die Psychotherapeut*in ist für die jeweiligen Patient*innen hauptverantwortlich und für sämtliche Dokumentations-, Aufklärungs- und Antragspflichten zuständig. Er*sie führt mit den Patient*innen die Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen durch. Auch kann nur der*die fest zugeordnete Psychotherapeut*in für seine*ihre Patient*innen die gegebenenfalls notwendigen zusätzlichen Einzelsitzungen durchführen.

48. Wie viele Patient*innen dürfen bei einer Gruppenpsychotherapie mit zwei Psychotherapeut*innen behandelt werden?

Beiden Psychotherapeut*innen müssen jeweils mindestens drei Patient*innen aus der Gruppe fest zugeordnet sein. Daraus folgt eine Mindestgröße der Gesamtgruppe von sechs Patient*innen. Maximal können einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten neun Patient*innen zugeordnet werden. Darüber hinaus ist die Verteilung der maximal 14 Patient*innen einer Gruppe auf die Psychotherapeut*innen nicht weiter geregelt.

Kontingente in der Gruppenpsychotherapie und in der Kombinationsbehandlung

49. Wie berechnen sich die Kontingente in der Kombination von Einzel- mit Gruppentherapie?

„Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie entsprechen die zur Verfügung gestellten Kontingente denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform“ (PT-RL § 28 Abs. 3). Von dieser Regelung profitieren die psychodynamischen Verfahren: Wird hier bei der Kombinationsbehandlung beispielsweise bei einer Analytischen Therapie das Hauptsetting Einzeltherapie gewählt (hier dann Gutachterverfahren), beträgt das maximale Kontingent 300 Therapieeinheiten (TE), während bei der Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppenpsychotherapie (gutachterbefreit) nur 150 Einheiten möglich sind. In der Verhaltenstherapie und Systemischen Therapie sind die Kontingente von Einzel- und Gruppenpsychotherapie gleich, sodass diese Regel hier nicht zu Buche schlägt.

50. Wie sehen die genauen Bewilligungsschritte/ maximalen Kontingente für Gruppe und Kombinationsbehandlung aus?

Für die Gruppenpsychotherapie und für die Kombinationsbehandlung von Einzel- mit Gruppenpsychotherapie gelten für alle Therapieverfahren in der Kurzzeittherapie (KZT 1, KZT 2) die gleichen Kontingente wie in der Einzeltherapie von jeweils zwölf Therapieeinheiten. In der Langzeittherapie (LZT) beziehungsweise beim Umwandlungsantrag von Kurzzeit- in Langzeittherapie und bei einer Fortführung der Langzeittherapie unterscheiden sich die Kontingente (Therapieeinheiten) in den Psychotherapieverfahren:

Maximale Kontingente in Therapieeinheiten für Erwachsene				
Verfahren	LZT reine Gruppe oder Kombination Schwerpunkt Gruppe	LZT Kombination Schwerpunkt Einzel	Fortführung reine Gruppe oder Kombination Schwerpunkt Gruppe	Fortführung Kombination Schwerpunkt Einzel
Analytische Psychotherapie	80	160	150	300
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	60	60	80	100
Verhaltenstherapie	60	60	80	80
Systemische Therapie	36	36	48	48

Maximale Kontingente in Therapieeinheiten für Kinder				
Verfahren	LZT reine Gruppe oder Kombination Schwerpunkt Gruppe	LZT Kombination Schwerpunkt Einzel	Fortführung reine Gruppe oder Kombination Schwerpunkt Gruppe	Fortführung Kombination Schwerpunkt Einzel
Analytische Psychotherapie	60	70	90	150
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	60	70	90	150
Verhaltenstherapie	60	60	80	80

Maximale Kontingente in Therapieeinheiten für Jugendliche				
Verfahren	LZT reine Gruppe oder Kombination Schwerpunkt Gruppe	LZT Kombination Schwerpunkt Einzel	Fortführung reine Gruppe oder Kombination Schwerpunkt Gruppe	Fortführung Kombination Schwerpunkt Einzel
Analytische Psychotherapie	60	90	90	180
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	60	90	90	180
Verhaltenstherapie	60	60	80	80

Rezidivprophylaxe

51. Kann die Rezidivprophylaxe in Einzelsitzungen durchgeführt werden, wenn die Behandlung zuvor als reine Gruppenpsychotherapie durchgeführt wurde? Wird die Krankenkasse dann eine*n Gutachter*in einschalten?

Wurde eine ausschließliche Gruppenpsychotherapie beantragt, so sind auch nur die entsprechenden „Gruppen-GOP“ nach EBM von einer Krankenkasse bewilligt. Gemäß § 22 Abs. 3 der PT-RL ist für die Durchführung der Rezidivprophylaxe in Einzelsitzungen eine Begutachtung erforderlich (Änderung des Settings in der Langzeittherapie).

Tip: Werden im Rahmen einer genehmigten Gruppenpsychotherapie Einzelbehandlungen notwendig, die nicht beantragt wurden, können diese in einem Verhältnis von einer Einzelbehandlung auf zehn Gruppenbehandlungen ohne besondere Antragstellung durchgeführt werden, so die Vorgabe der PT-V § 11 Abs. 7. Diese Einzelbehandlungen sind dem genehmigten Kontingent der Gruppenbehandlungen hinzuzurechnen. Diese Möglichkeit gilt natürlich auch für die Rezidivprophylaxe.

52. Kann die Rezidivprophylaxe auch als Gruppe durchgeführt werden?

Ja, denn eine Umwandlung von Einzelsitzungen in Gruppensitzungen sind immer von der Berichtspflicht befreit.

Videositzungen

53. Darf Gruppenpsychotherapie auch als Videobehandlung durchgeführt werden?

Ja, das gilt für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung wie auch für die Gruppenpsychotherapie. Allerdings nur mit einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin. Bei Videobehandlung sind maximal neun Teilnehmende zugelassen, das bedeutet maximal acht Patient*innen und ein*e Psychotherapeut*in, hier sind Bezugspersonen mitzuzählen. Probatorische Sitzungen können nicht per Video durchgeführt werden.

54. Kann eine Gruppenpsychotherapie mit zwei Psychotherapeuten*innen auch als Videobehandlung durchgeführt werden?

Nein, findet eine Gruppenpsychotherapie per Video statt, kann diese nur durch einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin durchgeführt werden. Eine gemeinsame Gruppenleitung durch zwei Psychotherapeut*innen ist per Video nicht erlaubt.

55. Wird der Umfang von Videobehandlung begrenzt?

Ja, es gelten zwei Begrenzungen bei der Videobehandlung, die sich auch auf die Behandlung von Gruppen per Video niederschlägt: Einmal dürfen maximal 30 Prozent aller Patient*innen in der Praxis ausschließlich per Videotherapie behandelt werden. Darüber hinaus gibt es eine 30-Prozent-Begrenzung für das Punktzahlvolumen aller videofähigen Leistungen des Kapitel 35 pro Quartal, die über Video erbracht werden können. Diese Grenze gilt „arztbezogen“, wird also auf jede*n einzelne*n Psychotherapeuten*Psychotherapeutin angewendet und nicht auf die Praxis insgesamt.

56. Darf ich für die Videobehandlung in der Gruppe auch den Technikzuschlag (GOP 01450) abrechnen?

Ja, bei der Vergütung kann auch der Technikzuschlag (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte, 4,51 Euro im EBM vom 1. Oktober 2022) für das Gruppensetting abgerechnet werden, um die damit verbundenen Unkosten auszugleichen. Allerdings gilt für die GOP 01450 laut EBM ein Höchstwert von 40 Punkten je Gruppenbehandlung. Das bedeutet, dieser Zuschlag kann nur einmal je Gruppensitzung angesetzt werden und damit nur bei einem*einer Teilnehmenden in der Gruppe pro Gruppentermin.

Dokumentation der Gruppenbehandlung

57. Wie kann die richtige Dokumentation der Gruppensitzungen aussehen?

Alle Informationen und Dokumente über die Behandlung müssen in der Patient*innenakte hinterlegt werden, so auch ein individualisierter Bericht über jede einzelne Gruppentherapie-sitzung. Um eine solche Dokumentation auch zeitlich nicht zu aufwendig zu gestalten, empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen. Wichtig ist, dass jeweils ein individuelles Protokoll in der Akte des*der jeweiligen Patienten*Patientin zu finden ist. Die Kolleg*innen haben dazu schon viele Möglichkeiten entwickelt:

- Standardisierte Dokumentation der einzelnen Sitzungen auf einem vorbereiteten Formular mit einem allgemeinen Teil für alle Teilnehmenden über Thema und Verlauf der Sitzung. Es folgt ein individualisierter Teil pro Patient*in mit Informationen zum Befinden, Verhalten, Interaktionen, Interventionen et cetera.
- Gruppentagebuch mit allgemeinen Informationen zum Thema und Verlauf der Sitzung. Patient*innenbezogene Informationen zum Befinden. Das individuelle Verhalten, individueller Beitrag und Interventionen und ähnliches wird auf einem für jede*n Patienten*Patientin vorbereitetem Blatt für die Akte dokumentiert mit Verweis auf den allgemeinen Teil der Gruppensitzung im Gruppentagebuch.

Aus Datenschutzgründen ist ein allgemeines Gruppentagebuch pro Gruppe nicht zu empfehlen. Auch wenn die Patient*innen hier nur per Code aufgeführt werden, ist die Rekonstruierbarkeit von Daten anderer Teilnehmenden bei Einsichtnahme eines Dritten nicht auszuschließen und damit ein Bruch der Schweigepflicht schwer zu vermeiden.



Abrechnung

58. Wie wird die Gruppenpsychotherapiesitzung vergütet?

Die Vergütung ist gestaffelt nach der Anzahl der Teilnehmenden in der Gruppe in der jeweiligen Sitzung. Hier erhält jede Anzahl von Teilnehmenden in der Gruppenpsychotherapie pro Therapieverfahren eine eigene Abrechnungsziffer. Die EBM-Punktzahl variiert je nach Teilnehmendenanzahl von 916 bis 532 Punkten und erreicht einen Ertrag im EBM (Stand 1. Oktober 2022) von 103,20 Euro bis 59,94 Euro. Die jeweils gültige Abrechnungsziffer kann dann pro Patient*in angesetzt werden.

59. Zählt die Gruppenpsychotherapiesitzung und die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung beim Strukturzuschlag?

Ja, die Gruppenpsychotherapiesitzung zählt bei der Berechnung eines Anspruchs auf den Strukturzuschlag mit. Bei Berechtigung wird bei der Quartalsabrechnung von den Kassenärztlichen Vereinigungen der Strukturzuschlag (EBM vom 1. Oktober 2022: GOP 35572: 80 Punkte/9,01 Euro) je Teilnehmenden hinzugefügt. Die probatorische Gruppensitzung ist davon ausgenommen.

60. Ist es möglich mehrere Doppelsitzungen in der Gruppenpsychotherapie durchzuführen und abzurechnen?

Ja, zwei Therapieeinheiten à 100 Minuten hintereinander sind möglich.

61. Muss ich immer 100 Minuten Gruppenpsychotherapie durchführen?

Nein, Gruppenpsychotherapien können in allen Verfahren auch in Einheiten von 50 Minuten durchgeführt werden (§ 28 Abs. 7 PT-RL). Dies muss hinter der Abrechnungsziffer mit einem Suffix gekennzeichnet werden. Die entsprechende GOP-Nummer muss immer bei einer Sitzungsdauer von 50 Minuten mit dem Suffix „H“ gekennzeichnet werden. Erfolgt eine Sitzung mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten unter Einbeziehung einer Bezugsperson ist die entsprechende GOP mit dem Suffix „Z“ zu kennzeichnen.



Mechthild Lahme

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Projektbegleitung und Beratung in der Bundesgeschäftsstelle der DPTV. Tätig als Verhaltenstherapeutin in psychologischer Gemeinschaftspraxis in Berlin.



Sabine Schäfer

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPTV. Mitglied und Sachverständige in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.



62. Wie wird abgerechnet, wenn an der Gruppe gesetzlich und privat versicherte Patient*innen teilnehmen?

Den Rahmen für die Durchführung und Abrechnung der Gruppensitzungen gibt für die gesetzlich Versicherten auch hier die Psychotherapie-Richtlinie vor. Mit der KV werden nur die gesetzlich versicherten Teilnehmenden abgerechnet, die EBM-Position wird entsprechend der Anzahl aller Patient*innen in der Gruppe (gesetzlich und privat Versicherte) gekennzeichnet.

63. Wie wird abgerechnet, wenn sowohl Patient*innen in Kurzzeittherapie (KZT) und Langzeittherapie (LZT) an der Gruppe teilnehmen?

Für die Abrechnung wird die Gesamtgruppengröße berücksichtigt. Die letzte Stelle der EBM-Position zeigt die Teilnehmendenanzahl der gesamten Gruppe in der jeweiligen Sitzung an – also alle Teilnehmenden mit KZT plus alle Teilnehmenden mit LZT. Damit sind die entsprechenden EBM-Nummern für die KZT- und LZT-Gruppe zu kennzeichnen.

64. Wie wird die Gruppenpsychotherapie mit zwei Psychotherapeut*innen vergütet?

Sie wird mit den gleichen EBM-Nummer wie in der Gruppenpsychotherapie mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten abgerechnet. Jede*r Psychotherapeut*in rechnet die jeweiligen ihr*ihm zugeordneten Patient*innen ab. Beispielsweise in einer 9er-Gruppe einer die fünf ihr*ihm zugeordneten Patient*innen mit der EBM-Gruppennummer für fünf Teilnehmende und eine*r die vier ihr*ihm zugeordneten Patient*innen mit der EBM-Gruppennummer für vier Teilnehmende.



Detaillierte Ausführungen zu den FAQs zur Gruppenpsychotherapie finden Sie auch online unter www.dptv.de/faq-gruppe.

Christoph Treubel

Ist wirklich aller Anfang schwer?

Der Einstieg in die ambulante Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.



Kurz gefasst

Den Bemühungen um die Stärkung der Gruppenpsychotherapie und der erwiesenen Wirksamkeit zum Trotz erbringen nur wenige Psychotherapeut*innen gruppentherapeutische Leistungen. Anzunehmen ist, dass die Hemmschwelle für die Arbeit mit Gruppen immer noch zu hoch ist. Der vorliegende Praxisbeitrag zeigt im Überblick, wie ein Einstieg in die Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen gelingen kann. Er geht auf organisatorische Notwendigkeiten, Steigerung der Bekanntheit des Angebots, Gewinnung von Patient*innen und die Konzeption der Gruppentherapeutischen Grundversorgung gemäß der Psychotherapie-Richtlinie ein. Weiterhin wird ein inhaltlicher Rahmen für „Probegruppen“ und für Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen im verhaltenstherapeutischen Setting dargestellt.

GRUNDLAGEN

In den letzten Jahren erfolgten zur Stärkung der Gruppenpsychotherapie mehrfach Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL). Richtigerweise war erkannt worden, dass organisatorische und strukturelle Umstände die Durchführung von Gruppen erschweren (u. a. G-BA, 2016). Dennoch erbringt nicht einmal jede*r zehnte Psychotherapeut*in gruppenpsychotherapeutische Leistungen, obwohl mehr als jede*r vierte Kolleg*in über die Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie verfügt (Unterausschuss Psychotherapie, 2021). Inhaltliche Zweifel dürften dabei nicht der Grund sein: Es liegen zahlreiche Veröffentlichungen vor, die auf die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie auch bei Kindern und Jugendlichen verweisen (u. a. Haar & Wenzel, 2021; Hoag & Burlingame, 1997; Petermann, 2018). Auch die Praxis weiß um „gute Gründe“, Kinder und Jugendliche in Gruppen zu behandeln (Maur & Altuntas, 2020). Insofern liegt der Grund für das geringe Angebot an Gruppenpsychotherapien möglicherweise darin, dass die Hemmschwelle immer noch zu hoch ist. Der folgende Praxisbeitrag möchte die Kolleg*innen unterstützen, die sich mit dem Gedanken tragen, Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche zu beginnen.

Daher kann es ein sinnvoller Schritt sein, zumindest für die „Startphase“ das Angebot in geeigneter Weise bekannt zu machen.



Wie starte ich?

Es mag banal klingen: Das Einführen gruppentherapeutischer Angebote steht und fällt mit Ihrem Commitment. Zunächst muss ein gewisses Zeitkontingent investiert werden – ist die Gruppe einmal etabliert, haben Sie den aufwendigsten Schritt hinter sich. Insofern: Planen Sie anfangs ein Zeitkontingent für Planung und Organisation ein und blockieren Sie rechtzeitig das Zeitfenster für die Gruppe in Ihrem Therapieplan.

Den Rahmen schaffen

Für Praxen, die mit einer Gruppenpsychotherapie neu beginnen, stellen sich in der Regel folgende Fragen:

- Wie viele Kinder/Jugendliche nehme ich zu Beginn auf?
- Kann ich alleine die Gruppe durchführen oder benötigt es eine*n Kollegen*Kollegin?
- Welche Vorgaben hat der Gruppenraum?
- Gehe ich störungsspezifisch oder störungsübergreifend vor?
- Welche Altersgruppen nehme ich in den Fokus?

Als Richtwert empfiehlt sich, mit etwa fünf Patient*innen zu starten. Hierdurch ist sichergestellt, dass die Gruppe auch bei einzelnen Absagen durchgeführt werden kann (Mindestzahl: drei Patient*innen). Gleichzeitig ist die Zahl der Teilnehmenden noch „überschaubar“ hinsichtlich Beziehungsgestaltung und Blick auf die einzelnen Patient*innen, gerade dann, wenn ein*e Psychotherapeut*in alleine mit der Gruppe arbeitet (Heinemann & von der Horst 2009).

Auch wenn die Therapie bei großen Gruppen (neun Patient*innen) nach der PT-RL durch eine Psychotherapeut*in durchgeführt werden kann, ist die Vorstellung, allein mit der Gruppe arbeiten zu „müssen“, für viele Kolleg*innen abschreckend. Eine Möglichkeit zur Absenkung dieser Hemmschwelle ist, im Rahmen einer „Probegruppentherapie“ auch für sich als Psychotherapeut*in zu bewerten, ob die Arbeit mit der Gruppe vorstellbar ist.

Zum anderen besteht die Option, mit einer anderen Praxis zu kooperieren (Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeut*innen). Zuletzt könnten auch nicht approbierte Kolleg*innen eingesetzt werden. Möglich wäre zum Beispiel die Schaffung einer PiA-Stelle im Rahmen der PT II, der Einsatz von Studierenden im Praktikum oder die stundenweise Beschäftigung von Personen mit pädagogischem oder psychologischem Hintergrund.

Für die Größe des Gruppenraumes gibt es keine verbindlichen Vorgaben. Orientierung können zum Beispiel Empfehlungen für Kinderbetreuungseinrichtungen geben (DGUV: 4,5 bis 6,5 qm Spiel- und Bewegungsfläche pro Kind, DGUV, 2019; Bayerische Förderrichtlinie: 4,5 qm für Haupt- und Nebenraumflächen pro Kind, BayFAZR, Anlage 3). Bei einer Gruppengröße von fünf Patient*innen ist ein Raum von 20 bis 25 qm empfehlenswert, aber auch kleinere Raumgrößen sind je nach Setting sicherlich möglich (zum Beispiel bietet ein Schulneubau in etwa zwei Quadratmeter Klassenraumfläche pro Person).

Bezüglich der Frage „störungsübergreifend vs. störungsspezifisch“ plädiere ich für störungsübergreifendes Vorgehen. Dies bietet rein praktisch den Vorteil, eine größere Zahl potenzieller Patient*innen gewinnen zu können. Wird so vorgegangen, bleibt als Strukturierungsmerkmal Alter beziehungsweise Entwicklungsstand. In meiner Praxis unterteilen wir die Gruppen in „Kinder 1“ (bis 10. Lebensjahr beziehungsweise Vorpubertät), „Kinder 2“ (circa 11. bis 13./14. Lebensjahr beziehungsweise Beginn der Pubertät bis Jugendalter) und „Jugendliche“, wobei unsere Erfahrung war, dass wir mit den jüngeren Kindern am schnellsten eine Gruppe etablieren konnten. Patient*innen mit zum Beispiel PTBS, Essstörungen oder schweren Störungen des Sozialverhaltens behandeln wir derzeit nicht beziehungsweise nicht ausschließlich in Gruppen.



Das Angebot bekannt machen

In der Regel müssen Psychotherapeut*innen kaum für das eigene Angebot werben. Es bestehen zumeist lange Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz (Rabe-Menssen, 2021), sodass es an Nachfrage nicht mangelt. Der Neustart einer Gruppenpsychotherapie erfordert aber fünf bis sechs Patient*innen zum gleichen Zeitpunkt mit ausreichendem Matching von Patient*innen, Störungsbildern und Konzeption. Dies kann zur Herausforderung werden. Daher kann ein sinnvoller Schritt sein, zumindest

Beginnt eine Praxis neu mit Gruppenpsychotherapien, ist es sinnvoll, die Möglichkeit einer „Probegruppe“ zu schaffen.

für die „Startphase“ das Angebot in geeigneter Weise bekannt zu machen.

Je nach regionaler Struktur bietet sich ein Informationsschreiben an externe Stellen an, zum Beispiel pädiatrische oder psychiatrische Praxen, Ambulanzen oder Kliniken, schulpädagogische und -sozialarbeiterische Kolleg*innen oder Erziehungsberatungsstellen. Zielsetzung und Zielgruppe sollten dabei möglichst klar beschrieben sein. Außerdem sollten Sie anbieten, für Rückfragen zum Beispiel im Rahmen der telefonischen Sprechzeit zur Verfügung zu stehen.

Vorbehalte abbauen

Bei Patient*innen und Eltern bestehen immer wieder Vorbehalte („mit anderen ist das peinlich“; „ich kann mir nicht vorstellen, dass die Probleme meines Kindes in einer Gruppe gut behandelt werden können“). In meiner Praxis hat sich ein Vorgehen aus Diagnostik sowie Information zu Rahmenbedingungen und Alternativen bewährt: Ich biete nach telefonischer Information über die mögliche Gruppenteilnahme an, im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde die individuelle Problematik einzuschätzen und gegebenenfalls auch eine ausführliche Diagnostik – mit Unterstützung der bei mir tätigen Psychotherapeutin in Ausbildung (PT II) – durchzuführen. Weiterhin stelle ich mögliche Alternativen vor. Schlussendlich benenne ich auch klar, ob und in welchem zeitlichen Rahmen ein fester Einzeltherapieplatz angeboten werden könnte, wobei dies zwischen „in sechs bis neun Monaten“ und „wir führen derzeit keine Warteliste für Einzeltherapie“ variiert. Ich mache die Erfahrung, dass über diesen Weg bei etlichen Patient*innen/Familien dann doch Interesse für zumindest probeweise Gruppenteilnahme besteht.

Probegruppe oder Probeteilnahme anbieten

Beginnt eine Praxis neu mit Gruppenpsychotherapien, ist es sinnvoll, die Möglichkeit einer „Probegruppe“ zu schaffen. Hier bietet sich die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (§ 11a PT-RL) an. Sie ist darauf ausgelegt, Hemmschwellen und Vorbehalte gegenüber Gruppenpsychotherapie abzubauen, ist antrags- und anzeigefrei und benötigt keinen Konsiliarbericht (G-BA, 2020). Im KJP-Bereich stehen 400 Minuten für die Patient*innen sowie 100 Minuten für die Bezugspersonen zur Verfügung. Am Ende der „Probegruppe“ können sich Patient*in und Eltern entscheiden, ob sie eine Fortführung im Rahmen von Richtlinien-therapie in der Gruppe wünschen (bei unserer „Probegruppe“ war dies bei allen Familien der Fall).

Kostenlose Video-Seminare
mit RAin Düsing + RA Achelpöhler

**STUDIENPLATZ-
KLAGE**

Mi 14.12.22 | Mo 09.01.23

Mi 25.01.23 | Mi 08.02.23

Mi 22.02.23

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
dusing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

GRUNDLAGEN

Tabelle 1: Mögliche Gestaltung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung mit Kindern

Grundsätzlicher Ablauf
A. Anfangsphase
<ul style="list-style-type: none"> Begrüßung und Stimmungsabfrage (Gefühlsmonsterkarten) „Top und Flop der Woche“ (jedes Kind berichtet ein schönes und ein schwieriges Ereignis der vergangenen Woche) Besprechung der Hausaufgabe gegebenenfalls kurze Aktivierung (zum Beispiel Gefühlspantomime)
B. Hauptteil
<ul style="list-style-type: none"> Vermittlung von Inhalten; Spiele und Übungen
C. Freie oder geleitete Spielzeit
D. Abschluss
<ul style="list-style-type: none"> Blitzlicht (mit Redestein): Wie hat es mir heute gefallen? Ausblick auf die nächste Sitzung neue Hausaufgabe
B. Hauptteil – mögliche Inhalte für die Sitzungen
Zielsetzung: die Kinder erleben „echte“ Therapie und können bereits einen Nutzen daraus ziehen
Sitzung 1
<ul style="list-style-type: none"> Steckbrief zu zweit erstellen¹, gegenseitiges Vorstellen Gruppe sortieren nach Kriterien (Alter, Größe, Wohnort, Hobbies, ...) kurze „Regelphase“ und Erstellung eines Regelplakats kurze Information zu den nächsten Sitzungen. Ziel: „ausprobieren, ob euch Gruppenpsychotherapie gefällt“
Sitzung 2
<ul style="list-style-type: none"> Gefühlsmonsterkarten zur Angst auslegen → Kinder benennen Gefühl Körperumriss auf großem Papier: Kinder zeichnen gemeinsam ein, wo sie Angst am Körper spüren Spiel „Alle die...“ mit Angst¹ (Therapeut*in gibt Anweisung wie „alle, die schon mal Angst vor einer Spritze hatten, stellen sich auf ihren Stuhl“...) Kurze Sammlung: Was hilft euch, wenn ihr Angst habt? Hausaufgabe: Steckbrief über einen Menschen, der mir wichtig ist, erstellen
Sitzung 3
<ul style="list-style-type: none"> Wiederholung der letzten Stunde, Beobachtungen zur Angst abfragen Vermittlung einer Atemübung („Fokussierte Atmung“) Anwendung der Atemübung: „Baumstammspiel“¹ aus unterschiedlichen Höhen (Kind steht „fest wie ein Baumstamm“ mit dem Rücken zur Gruppe, restliche Gruppe steht sich gegenüber und streckt die Arme nach vorne. Kind überwindet sich, lässt sich nach hinten fallen und wird von den anderen gefangen) Auswertung des Baumstammspiels Hausaufgabe: eine Angstsituation malen oder aufschreiben
Sitzung 4
<ul style="list-style-type: none"> Wiederholung der letzten Stunde, Beobachtungen zur Angst abfragen Spiel „Schiffe im Nebel“ (Kinder gehen paarweise zusammen. Ein Kind schließt die Augen, das andere Kind legt die Hände auf die Schultern des Kindes. Kinder laufen dann langsam durch den Raum, wobei das hintere Kind mit sanftem Drücken das Kind mit den geschlossenen Augen lotsen muss, sodass niemand anstößt.) Wiederholung Baumstammspiel und fokussierte Atmung Vermittlung von PMR² Vorstellung des möglichen Gruppenprogramms mittels Bildkarten. Kinder sollen im Anschluss an die Elternsitzung mit ihren Eltern entscheiden, ob sie weiter an der Gruppe teilnehmen. Hausaufgabe: PMR und fokussierte Atmung anwenden, eine Situation malen oder schreiben, in der einer der Tricks geholfen hat
Elternsitzung (Sitzung 5)
<ul style="list-style-type: none"> Achtsamkeitsübung Vorstellungsrunde (freiwillig: eigener Vorname, Vorname des Kindes, Therapieanlass) kurze Information: Regeln für die Gruppenpsychotherapie kurze Information: Warum wirkt Psychotherapie? Vorstellung des geplanten Gruppenprogramms Information zum Verlauf der Kindergruppen zwei Impulse <ul style="list-style-type: none"> der „Teufelskreis“ und erste Veränderungen³ Vermittlung von PMR Organisatorisches und Elternhausaufgabe: Beobachten Sie positive Eigenschaften Ihres Kindes und wie oft Sie Ihr Kind loben.⁴ Achtsamkeitsübung

Sofern bereits Gruppen in der Praxis etabliert sind, kann für neue Patient*innen auch die Teilnahme an einer laufenden Gruppe im Rahmen einer oder mehrerer probatorischer Sitzungen angeboten werden. Dies ermöglicht, niederschwellig das Setting kennenzulernen und einen Zugang zur Gruppenpsychotherapie zu schaffen (vgl. G-BA, 2020).

Grundkonzeption für KJP-VT-Gruppen

Waren die bisherigen Ausführungen für alle Richtlinienverfahren gültig, stellt der folgende Abschnitt nun ein verhaltenstherapeutisches Konzept vor.

Wie bereits beschrieben, nehmen wir Patient*innen mit unterschiedlichen Störungsbildern auf. Daher konzipieren wir unsere Gruppen so, dass verschiedene Module nacheinander bearbeitet werden (zu den Vorteilen von Modulen vgl. Ng, Schleider, Horn & Weisz, 2021). Ausgehend von Behandlungskonzepten für verschiedene Störungsbilder haben wir folgende Module festgelegt:

- Gefühle und Emotionsregulation (inklusive Stress und Entspannung)
- kognitive Umstrukturierung
- soziales Kompetenztraining
- Problemlösetraining

Unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs der Patient*innen ergänzen wir diese Grundmodule zum Beispiel um Selbstinstruktionstraining, Aktivitätentraining oder ähnliches. Das Thema „Selbstwert“ behandeln wir indirekt über die positive Gruppenerfahrung und die therapeutischen Fortschritte. Jedes der Module führen wir in drei bis vier Stunden (à 100 Minuten) durch, bevor wir zum nächsten Modul übergehen. Die Patient*innen absolvieren damit im Rahmen einer Kurzzeittherapie jedes Modul zweimal, bei Langzeittherapie entsprechend häufiger. Die Inhalte der Module werden daher pro Durchlauf verändert, wobei auch Wiederholungen möglich und sinnvoll sind.

Die Sitzungen bauen sich vierteilig auf:

- Anfangsphase:** Achtsamkeitsübung, Begrüßung, „Top und Flop der Woche“ (jede*r Patient*in berichtet ein positives und ein unangenehmes Ereignis), Besprechung der Hausaufgabe (circa 15 bis 20 Minuten)
- Hauptteil:** Bearbeitung von Inhalten des jeweiligen Moduls (circa 40 bis 45 Minuten mit Pause)
- „Kreativer“/freier Teil:** Freispielphase (Kinder), freie Gestaltung (Jugendliche), therapeutisches Spiel, Gruppenaufgabe (circa 25 bis 30 Minuten)
- Abschluss:** Achtsamkeitsübung, Vorstellung der neuen therapeutischen Hausaufgabe, Ausblick auf die nächste Sitzung, Abschlussrunde, Verabschiedung (circa 10 bis 15 Minuten)

¹ Schmitman gen. Pothmann, 2017

² z. B. mit der Anleitung aus Speck, 2013

³ Döpfner, Kinnen & Halder, 2016

⁴ Beobachtungsbögen für die Eltern aus Maur & Schwenk, 2013

Für den Hauptteil bedienen wir uns bei verschiedenen therapeutischen Manualen (eine Übersicht von Manualen und Spielen, mit denen wir arbeiten, finden Sie im Literaturverzeichnis). Außerdem gilt: Je jünger die Patient*innen sind, desto mehr spielerische Elemente und aktivierende Übungen sind wichtig.



Abbildung 1: Spielerisches Vorgehen, hier zum Beispiel Psychoedukation zum kognitiven Dreieck in Anlehnung an das ZDF-Quiz „1, 2 oder 3“

Von besonderer Bedeutung ist aus unserer Sicht Teil C, der ein besonderes Entwicklungsfeld für soziale Kompetenz, Problemlösen oder Selbstwertentwicklung bietet. Wir sind in dieser Phase relativ „eng“ dabei und intervenieren anfangs bei Schwierigkeiten zügig beziehungsweise wenden Modelllernen und direkte Instruktion an.

Pro Modul findet eine Bezugspersonensitzung in der Gruppe statt. Diese Sitzung beginnt und endet mit einer Achtsamkeitsübung. Dann erfolgen Information über die Inhalte der Patient*innengruppe und Bearbeitung eines inhaltlich-passenden Elternbausteins zum jeweiligen Modul. Außerdem bearbeiten wir Stück für Stück Bausteine aus dem THOP-Elterstraining (Döpfner, Kinnen & Halder, 2016), das wir für alle Familien als hilfreich empfinden.

Je jünger die Patient*innen sind, desto mehr spielerische Elemente und aktivierende Übungen sind wichtig.

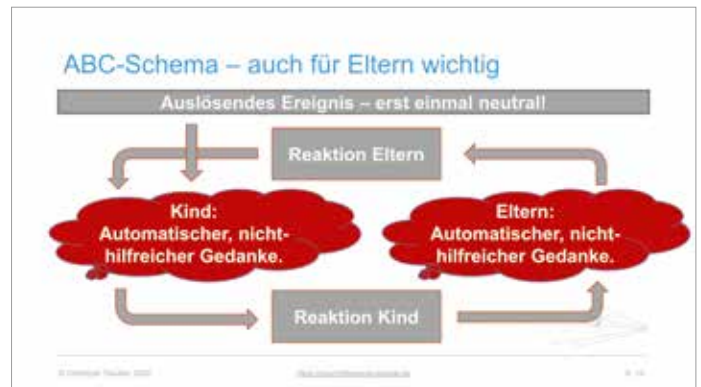


Abbildung 2: Psychoedukation zu Kognitionen mit den Eltern

Die Bezugspersonensitzungen finden in der jeweiligen Woche anstelle der Patient*innengruppe statt. Der Terminplan wird möglichst weit im Voraus herausgegeben.

Unsere Gruppen sind halboffen: Wir möchten grundsätzlich Gruppenkohäsion und Bindung zwischen den Gruppenmitgliedern erhalten. Gleichzeitig bestimmt der individuelle Verlauf den Therapiebedarf, was zur Folge hat, dass Patient*innen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausscheiden. Um die Gruppen fortlaufend zu erhalten, nehmen wir neue Patient*innen in die Gruppe auf, von denen wir den Eindruck haben, dass sie und die Gruppe „zusammenpassen“. Neueintritt und Ausscheiden aus der Gruppe erfolgen möglichst zum Beginn eines neuen Moduls.

Fazit

Mit dem hier beschriebenen Vorgehen gelangten meine Kolleginnen und ich innerhalb eines Vierteljahres von der ersten Idee zur festen Therapiegruppe. Wir sind mit dem Angebot und den Erfahrungen, die wir machen, hochzufrieden und wollen das Angebot weiter ausbauen. Gruppenpsychotherapie bietet Vorteile – sowohl hinsichtlich der Behandlungserfolge als auch hinsichtlich der Versorgungsstruktur, da die Kapazitäten der Praxis anders genutzt werden. Insofern: Machen Sie den Schritt und probieren Sie es aus.



Christoph Treubel
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT), in Bamberg niedergelassen mit halbem Versorgungsauftrag und zusätzlicher Ermächtigung aufgrund der Corona-Pandemie. Dozent an psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten und freier Dozent/Referent. Mitglied der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Bayern.



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

Nicole Pätzel

Refresh your Ansichten

Gruppenpsychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen aus Sicht einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutin.

Als Einzelkind empfand ich schon früh eine Sehnsucht nach Zugehörigkeit in Gruppen mit gleichzeitiger Angst vor Konkurrenz, Überforderung und Ausgrenzung. Dieses „alte“ Anspannungsgefühl zeigt sich auch heute noch in meiner gruppenpsychotherapeutischen Arbeit (TP) mit Jugendlichen.

Anscheinend habe ich dennoch oft die Nähe zu Gruppen gesucht. Bereits im pädagogischen Kontext mit Kindern und Jugendlichen meiner Theatergruppe in der Pädiatrie (Psychosomatik und Somatik) kannte ich so manche Durststrecke, durfte aber auch beeindruckende Erfahrungen sammeln. So wurde ich zum Beispiel von Kindern in der Kinderklinik mit zahlreichen Spritzen behandelt (eher malträtiert) und sobald ich im Rollenwechsel um Gnade bat, wurde mir ausführlich erklärt, dass diese Interventionen nun wirklich notwendig seien. Die Kinder konnten dabei Erlebtes ausagieren und hatten sichtlich Spaß, mich als ängstlich vermeidendes Kind ein wenig zu ärgern, konnten ihre Macht spüren und zugleich Worte finden, um mich (sich) zu trösten.

In meiner psychotherapeutischen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war ich zunächst eingeschüchtert von der Professionalität der Kolleg*innen und Vorgesetzten. Mein Interesse an Gruppenpsychotherapie blieb jedoch und anstatt auf „einschiessende“ Weisheit oder profunde Fachkenntnis zu warten, traute ich mich zu beginnen. Zum Glück hatte ich viel Unterstützung, um Dinge einzuordnen und nicht jedes Scheitern auf mich zu beziehen.

Mittlerweile überprüfe ich in meiner Praxis sehr früh, ob ein Gruppensetting indiziert und für die Patient*innen überhaupt „denkbar“ ist. Zur ersten Probestunde in der Gruppe bitte ich die Neuen mitzuteilen, was die Gruppe möglicherweise über sie wissen sollte. So kann es sehr entlastend wirken zu sagen: „Ich bin sehr aufgeregt und kann euch daher nicht in die Augen schauen.“ In der Interaktion teilen dann auch die Anderen eigene Unsicherheiten, was ich als besonders effizient bei sozialer Phobie beobachte. Die Mehrzahl lässt sich doch auf die Gruppe ein. Eine Patientin erwähnte jedoch nach der ersten Probestunde: „Danke, ihr seid echt nett, aber ich habe schon Freunde, mit denen ich reden kann“. Da musste ich meine Therapieaufklärung wohl noch mal überdenken.



Nicole Pätzel

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP); Schwerpunkte: Suizidalität, Psychosomatik und Gruppentherapie. Konzeption und Leitung der Theatergruppe (bis 2013) für chronisch Erkrankte in der Prof. Hess Kinderklinik Bremen. Vor der Ausbildung tätig als Schauspielerin und Theaterpädagogin.





Ich bevorzuge störungsübergreifende Gruppen. Mir ist eine gewisse Diversität der Familiendynamiken wichtig, da diese sich dann auch in der Gruppe inszenieren. Wenngleich mir die Ehrlichkeit und Integrität der Adoleszenten sehr imponiert bekomme ich auch viel unverdaute Affekte um die Ohren „geknallt“. Besonders Mimik, Blicke und Habitus, die ich als entwertend lese, während ich interveniere, treffen mich gelegentlich wie eine Wucht. Ohne Interventionsgruppen würde ich das kaum sortieren können. Die Anregungen rütteln mein Behandlungsverständnis gut durch und bringen Entlastung.

Jugendliche verschweigen in der Gruppe eher pathologische Familiensysteme, da sie befürchten, die Eltern zu beschädigen. In den begleitenden Einzelsitzungen erlebe ich dann viel offenere Patient*innen und hinterfrage, was sie sonst hemmt. Einige wollen die Anderen nicht belasten, während andere wiederum denken, ihre Biografie sei nicht erzählenswert, weil sie doch nichts „Schlimmes“ erlebt haben. Ich bitte dann, dies in die Gruppe zu tragen, was oft gelingt. Dabei braucht es viel Einladung der Einzelnen und Aufklärung darüber, dass es keine Rangliste für Kummer gibt.

Jugendliche verschweigen in der Gruppe eher pathologische Familiensysteme, da sie befürchten, die Eltern zu beschädigen.

Feedbackrunden mit drei tollen Merkmalen und einem Veränderungswunsch für alle Gruppenmitglieder, also auch mich, sehe ich als mein wichtigstes Werkzeug. Wenn ich zum Beispiel scharf reagiere oder etwas vergesse, verbündet sich die Gruppe auch mal gegen mich, was ich dann nicht als kränkend erlebe, sondern vielmehr als gutes Übungsfeld für Ambiguitätstoleranz. Genauso zeige ich aber auch meine Unzufriedenheit, wenn beispielsweise die Anfangsrunde mal wieder schleppend beginnt: „Wer möchte anfangen?“ Alle schauen weg. Ich versuche es dann mit Humor: „Ihr wisst schon, wo ihr hier so gelandet seid?“ Oft können wir dann entlastend lachen und es wird deutlich, wie schwer es ist, zu sprechen. Gelegentlich beginnen wir mit Uno, da kochen die Emotionen durch das Spiel schon hoch, wir sind auf Augenhöhe und haben Spaß.

Wie bedeutsam die Zusammensetzung der Gruppen ist, zeigt sich auch in der Rückschau auf die erste Gruppe in meiner Praxis. Anfänglich hatte ich nur eine anorektische Patientin, die nach einem Klinikaufenthalt recht stabil war. Im Verlauf haben sich noch zwei weitere als betroffen offenbart. Durch die Dominanz der Symptomatik hat sich eine stockende Eigendynamik entwickelt. Es kam zu Äußerungen wie etwa: „Ich kann das nicht erzählen, da es die Anderen möglicherweise triggert“. Das Thema „Gewichtskonkurrenz“ wurde zwar besprochen, köchelte aber unterschwellig weiter. Diese Gruppe hat einige Zeit noch produktiv miteinander gearbeitet, wurde aber auch durch den Abschied einiger älterer Mitglieder zusätzlich geschwächt. Nach langem Ringen um eine neue Identität habe ich die Gruppe beendet. Eine Patientin sagte zum Ende schmunzelnd: „Wir haben es Ihnen auch nicht immer leicht gemacht“, was mich versöhnlich stimmte.

Gruppenpsychotherapie ist echt eine Herausforderung. Einige Patient*innen rennen ständig auf Toilette, beenden vorzeitig, wirken abwesend, genervt, herablassend oder erinnern mich fortwährend an meine Fehler. Aber der überwiegende Teil kommt immer wieder. Am Ende werde ich jedoch oft doppelt belohnt, wenn eine Geschichte geteilt wird und es so nahe geht, dass es ganz still und gehaltvoll wird. Trauer, Kummer, Unzulänglichkeit und Schmerz werden zusammen ge- und ertragen und das erfüllt mich.

Kolleg*innen berichten oft angstbesetzt von der Idee mit Gruppenpsychotherapie zu beginnen und prokrastinieren mit der Planung von perfekten Möbeln. Auch wenn wir in der Einzeltherapie ebenfalls begutachtet werden, scheinen wir die Multiplikation der Augenpaare auf uns doch zu fürchten. Es ist tatsächlich überfordernd in jeder Situation einer Gruppe fachgerecht intervenieren zu wollen! Daher plädiere ich für angemessene Erwartungen an sich selbst.

Ich möchte Mut machen zur Gruppenpsychotherapie, zum Experimentieren, Scheitern und Neuordnen. Ich sehe diese Arbeit als bedeutende korrigierende Gruppenerfahrung und das ist Lernen für Alle in Aktion, auch für uns: Refresh your Ansichten.

Ich möchte Mut machen zur Gruppenpsychotherapie, zum Experimentieren, Scheitern und Neuordnen.



Michael Ruh

Einige Aspekte in der Gruppenpsychotherapie

Erfahrungen zur Integration neuer Mitglieder in die Therapiegruppe, private Kontakte der Gruppenmitglieder außerhalb der Therapiegruppe, Therapieende und Abschied aus der Gruppe.

Warum Gruppe?

Meine Begeisterung für die Gruppenpsychotherapie ist entstanden in meiner eigenen gruppenpsychotherapeutischen Selbsterfahrung in meiner Psychotherapie-Ausbildung Ende der 80er-Jahre und durch meine zwölfjährige Tätigkeit im psychiatrischen Krankenhaus und in der psychiatrischen Rehabilitation mit chronisch psychisch kranken Menschen. Damals konnte ich den psychotherapeutischen Gruppen die Wirkmächtigkeit dieses Settings konkret bei einer Vielzahl von Patient*innen erfahren.

Nachdem ich diese Tätigkeiten nach meiner Zulassung als Vertragspsychotherapeut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 1999 beendet hatte, hatte ich mir deshalb vorgenommen, neben der Einzeltherapie auch tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie anzubieten. Die neuen Praxisräumlichkeiten hatte ich auch schon so gewählt, dass ein großer Raum für die Gruppe zur Verfügung stand. Die Zulassung nach den Übergangsregelungen beinhaltete jedoch nicht die Abrechnungsgenehmigung für die Gruppe, sodass zunächst eine entsprechende Ergänzungsqualifikation erforderlich war, bei mir beschränkte sich diese glücklicherweise nur auf ein weiteres tiefenpsychologisch fundiertes Selbsterfahrungswochenende.

Bei meinen Patient*innen, die an Gruppenpsychotherapien teilnahmen und teilgenommen hatten, zeigten sich Entwicklungsschritte, die meines Erachtens in einer Einzeltherapie so nicht hätten stattfinden können.

Die weiteren Hürden waren damals aber sehr hoch. Für Befreiung von der Berichtspflicht im Rahmen einer Kurzzeittherapie mussten damals 15 Langzeitberichte für Gruppenpsychotherapie zusätzlich zu den 35 Langzeittherapieberichten für die Einzeltherapie vorgelegt werden. Der Beginn der ersten Therapiegruppe zog sich von den Erstgesprächen mit den Patient*innen bis zur ersten Gruppensitzung mehr als ein halbes Jahr hin, da insgesamt neun Gruppenberichte verfasst und befürwortet werden mussten. Zudem waren bis zum Höchstkontingent von insgesamt 80 Gruppensitzungen noch zwei weitere Berichte im Gutachten-Verfahren notwendig, sodass bei einer Sitzungsfrequenz von einmal pro Woche und bei den beiden inzwischen stattfindenden Gruppen innerhalb von zwei Jahren 54 Berichte fällig wurden. Mit der schließlich erreichten Befreiung von der Gutachterpflicht für die Kurzzeittherapie konnten dann die auf den Therapiebeginn Wartenden zügiger in die Gruppe aufgenommen werden. An der gesamten „Berichtslast“ für die Gruppenpsychotherapie änderte dies aber bis zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 und der erst später erfolgten gesetzlichen Vorgabe zur Abschaffung des Gutachterverfahrens für die Gruppe nichts. Dennoch tat dies meiner Begeisterung und meinem Engagement für die Gruppenhandlung in meiner Praxis keinen Abbruch, auch weil sich bei den Patient*innen, die daran teilnahmen und teilgenommen hatten, Entwicklungsschritte zeigten, die meines Erachtens in einer Einzeltherapie so nicht hätten stattfinden können.

Integration neuer Mitglieder in die Therapiegruppe

Die Gruppen sind als fortlaufende halboffene Gruppen angelegt, sodass bei einem freien Platz in einer Gruppe, wenn jemand die Therapie abgeschlossen hat, ein neues Gruppenmitglied aufgenommen werden kann. Neue Gruppenmitglieder rekrutieren sich für unsere Praxis aus den Anmeldungen und einer Aufklärung über die Gruppenpsychotherapie schon am Telefon durch unsere Praxismitarbeiterin. Dies durchaus auch versehen mit dem Hinweis, dass in der Gruppe deutlich zügiger eine Behandlung beginnen kann als im Einzelsetting.

Die Therapiemotivation für die Gruppe ist durchaus unterschiedlich. Patient*innen, die in einer Klinik positive Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie gemacht haben, sind dafür deutlich aufgeschlossener. Ebenso Patient*innen, die von ihren Vor-Therapeut*innen die Empfehlung bekommen haben, im Anschluss an eine Einzeltherapie eine Gruppenpsychotherapie zu machen. Patient*innen, die zum ersten Mal eine psychotherapeutische Praxis aufsuchen, tun sich naturgemäß mit der Gruppe

Es gelingt meist, potenzielle Gruppenmitglieder von den Verzügen einer Gruppenbehandlung zu überzeugen.

schwerer. Daher kommt der Motivierungsarbeit für und der Aufklärung über die Gruppenpsy-

chotherapie in der psychotherapeutischen Sprechstunde und den probatorischen Sitzungen die zentrale Bedeutung zu: Es gelingt meist, potenzielle Gruppenmitglieder von den Verzügen einer Gruppenbehandlung zu überzeugen. Hierzu gehören die Erläuterung des gemeinsamen Betroffenseins und die damit von der Sache hereingehende Verbundenheit der Gruppenmitglieder. Die Betonung der Wechselseitigkeit des Geschehens in der Gruppe. Die Rückmeldung für die Patient*innen aus den verschiedenen Perspektiven der Gruppenmitglieder. Die Möglichkeit, Hilfestellung von anderen zu bekommen und diese selbst geben zu können. Die Möglichkeit, Zugehörigkeit zu einer Gruppe zu erfahren.

Wichtig hierbei an erster Stelle. Die Erläuterung der Bedeutung der wechselseitigen Verschwiegenheitsverpflichtung der Gruppenmitglieder untereinander. Hier im ländlich-kleinstädtischen Raum darüber hinaus wichtig: Die Gruppenmitglieder sollten sich nicht aus anderen Zusammenhängen kennen. Dazu wird vorab das Einverständnis aller Gruppenmitglieder eingeholt, dass deren Namen, Wohnort und Beruf dem potenziellen Neumitglied vorab mitgeteilt wird, und genauso umgekehrt, dass die Gruppenmitglieder ebenfalls diese Angaben von dem potenziellen Neumitglied erfahren. So besteht ein weitgehender Schutz davor, bei der ersten Begegnung unliebsame Überraschungen zu erleben. Die Einholung dieses Einverständnisses hat bislang keine Probleme bereitet, da dies auf Wechselseitigkeit beruht.

Selbstverständlich ist die Psychotherapiegruppe auch nicht für jede Patientin und jeden Patienten das richtige Setting. Ich stelle im Regelfall die Indikation für Gruppenpsychotherapie bei schon länger anhaltender psychischer Erkrankung (mehr als zwei Jahre) mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf und mittelschwerer Symptomatik. Daher, dass ich die Gruppenbehandlung als Langzeittherapie angelegt habe, ist diese nicht geeignet für Patient*innen mit akuter Symptomatik oder mit akuten Problemstellungen, die einer individuell gezielten und begrenzten psychotherapeutischen Hilfestellung bedürfen.

Dabei spielt die Art der Erkrankung nur begrenzt eine Rolle, die häufigste Diagnosen sind Depressionen und Angsterkrankungen, gefolgt von psychosomatischen Krankheitsbildern, Zwangserkrankungen und Essstörungen. Die Psychotherapiegruppen sind also diagnostisch gemischt, ebenfalls vom Geschlecht her. Damit soll neben der Möglichkeit unterschiedlicher Perspektiven zu erfahren, auch das Erleben sowohl der Gemeinsamkeit als auch der Unterschiedlichkeit als Entwicklungsanreiz in der Gruppe gesetzt werden.

Es hat sich gezeigt, dass sich innerhalb der ersten zehn Gruppensitzungen entscheidet, ob die konkrete Gruppe für die Patientin oder den Patienten auch hilfreich sein kann. Daher empfehle ich Patient*innen vorab, sich diese ersten zehn Sitzungen zum Einstieg Zeit zu nehmen. Meine Erfahrung ist, dass nach in dieser Zeit circa 90 % der Patient*innen in der Gruppe für eine Langzeitbehandlung bleiben.

Ich empfehle Patient*innen vorab, sich die ersten zehn Sitzungen zum Einstieg Zeit zu nehmen.

Die Aufnahme in eine bestehende Gruppe erfolgt dann ohne spezielles Aufnahmeitual. Die bisherigen Gruppenmitglieder stellen sich dem Neuankömmling vor mit ihrem Namen, ihrer eigenen Problemstellung und dem bisher in der Gruppenpsychotherapie Bearbeiteten und Erreichten. Das neue Gruppenmitglied stellt sich ebenfalls vor mit seiner Problemstellung, seinen Anliegen und den in den Vorgesprächen erarbeiteten und konsentierten Therapiezielen.



Private Kontakte der Gruppenmitglieder außerhalb der Psychotherapiegruppe

Hierzu gibt es bei meinen Gruppen keine Abstinenzvorgabe. Das heißt, dass die Gruppenmitglieder (unter Wahrung ihrer Schweigepflicht nach außen) sich auch außerhalb der Gruppe treffen, wenn sie dies möchten. Üblicherweise treffen sich die Gruppenmitglieder schon einige Zeit vor dem Therapiebeginn vor der Praxis und tauschen sich – ohne meine Anwesenheit – aus. Meistens stehen alle oder ein großer Teil der Gruppe nach dem Termin noch längere Zeit vor der Praxis zusammen und redet miteinander. Dies ist sicherlich auch dadurch bedingt, dass unsere Praxis in einer ruhigen Seitenstraße liegt, einen größeren Vorplatz hat und es nur sehr wenige Wohngebäude in Sichtweite hier gibt. Gelegentlich treffen sich Gruppenmitglieder auch privat oder gehen gemeinsam als Gruppe zum Essen. Es sind manchmal sogar anhaltende Freundschaften aus der Gruppe heraus entstanden. Auch kommt es vor, dass ehemalige Gruppenmitglieder sich regelmäßig weiter treffen, um sich auszutauschen. Mit dem Aufkommen der digitalen Messenger ist es außerdem zur Regel geworden, dass sich die Gruppenmitglieder eine Messenger-Gruppe einrichten, um sich zwischendurch auszutauschen. Ich selbst nehme an diesen Treffen außerhalb nicht teil und beteilige mich auch nicht an der digitalen Gruppenkommunikation, sondern überlasse dieses Geschehen der Selbstorganisation der Gruppenmitglieder.

Obwohl manche Psychotherapeut*innen dies anders handhaben und auf Abstinenz der Gruppenmitglieder untereinander bestehen, habe ich durch diese liberale Handhabung keine Störungen im Gruppenprozess feststellen können. Eher das Gegenteil ist der Fall: Die Gruppenmitglieder erleben

diese Kontakte außerhalb der Gruppe und – wenn gegeben – auch nach dem Therapieende als wichtig und wertvoll.



Therapieende und Abschied aus der Gruppe

Bei den meisten Gruppenmitgliedern entwickelt sich in der gemeinsamen gruppenpsychotherapeutischen Arbeit ein ausgeprägtes Zugehörigkeitserleben zu der Gruppe und ein intensiver emotionaler Austausch in der Gruppe. Dieses Gruppenerleben verleiht dem Therapieabschluss und dem Abschied aus der Gruppe oft noch einmal eine besondere Dynamik. Insbesondere bei Patient*innen, die aufgrund ihrer Entwicklungsgeschichte mit frühen und/oder unverarbeiteten Verlusten psychische Probleme haben, stellt der Abschluss der Therapie ein besondere Herausforderung dar. Das bevorstehende Therapieende aktualisiert dann in der Regel die biografischen belastenden Verlusterfahrungen und die dazugehörigen Verlustängste. Ziel dieser Abschlussphase in der Gruppenpsychotherapie ist es dann, dass die Patient*innen einen bewussten und damit gelingenden Abschied aus der Gruppe vollziehen können, sich dabei gegebenenfalls den biografischen Verlusterfahrungen (noch einmal) neu stellen, ebenso wie den auftauchenden Verlustängsten. Letztendlich geht es um das Akzeptieren, dass Abschiede aus wichtigen Beziehungen zum menschlichen Leben dazugehören und bewältigbar sind.

Bei den meisten Gruppenmitgliedern entwickelt sich in der gemeinsamen gruppenpsychotherapeutischen Arbeit ein ausgeprägtes Zugehörigkeitserleben zu der Gruppe und ein intensiver emotionaler Austausch in der Gruppe.

Daher ist es wichtig, das Therapieende frühzeitig zu thematisieren, damit der Prozess des Abschiednehmens bei den Patient*innen rechtzeitig in Gang kommen kann. Eine Einleitung dazu erfolgt meinerseits, wenn das letzte Therapiekontingent beantragt wird und wird dann auch für den letzten Therapieabschnitt weiter beobachtet und weiterverfolgt. Die letzte Sitzung „gehört“ dann – quasi als gemeinsames Abschiedsgeschenk – dem ausscheidenden Gruppenmitglied, in der es zu seinem Therapieverlauf, wichtigen Ereignissen und Erfahrungen in der Gruppe und zu seinem Therapieergebnis Stellung nehmen soll. Neben meiner Rückmeldung dazu werden auch alle anderen Gruppenmitglieder darum gebeten, dem Mitglied eine Rückmeldung zu diesen Aspekten der Psychotherapie zu geben.



Michael Ruh

Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Frankenberg/Eder. Stellvertretender Bundesvorsitzender der DPtV und Mitglied im Landesvorstand Hessen der DPtV. Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der KV Hessen.

Alexander Herr, Regina Reeb-Faller

Systemische Gruppenpsychotherapie

Unterschiedsbildende „Kriterien“, Wirkfaktoren, Settings, Rechtliche Rahmung und Indikationen für eine systemische Gruppenpsychotherapie.

Die systemische Gruppenpsychotherapie umfasst ein breites Feld unterschiedlicher Angebotsformen, die abhängig von der jeweiligen Zielgruppe und dem entsprechenden Kontext seit den 1970er Jahren entwickelt wurden. Ausgenommen der ersten Gruppenformate im Rahmen der Familienrekonstruktion und der Multifamilientherapie, können die Angebote in den „klassischeren“ Settings, wie Gruppen im stationären und ambulanten Kontext, als noch recht jung angesehen werden.

Unterschiedsbildende „Kriterien“ für eine systemische Gruppenpsychotherapie

Aus Sicht der Autor*innen kann allein die Nutzung systemischer Frageformen und Interventionen in Gruppen nicht ausreichend sein, um systemische Gruppenpsychotherapie zu definieren. Vielmehr braucht es eine stringente Ableitung und Übersetzung systemischer Grundprämissen in den Kontext Gruppe. Allem voran steht sicherlich die erkenntnis- und systemtheoretische Verortung im sozialen und radikalen Konstruktivismus, in den Autopoiese-Konzepten von Maturana/Varela und Luhmann und der Kybernetik zweiter Ordnung. Überträgt man diese konzeptuellen Überlegungen auf den Kontext Gruppe, dann bedeutet dies, dass die Gruppenleiter*innen sich nicht auf eine objektive Beobachterposition zurückziehen können, sondern Teil des Systems Gruppe sind, in dem Beobachter*innen Beobachtungen über Kommunikationen austauschen und verhandeln, ohne dass eine*r der Beteiligten den Anspruch auf die richtige/wahre Sicht der Dinge erheben könnte. Dies führt implizit zu regelhaften „Metakommunikationen“, in denen die Beobachtungen, Erklärungen und Bewertungen und deren Wechselwirkungen rückgekoppelt werden müssen. Dazu gehört, dass die Arbeit in therapeutischen Gruppen als eine gemeinsame Kooperation von gleichberechtigten autonomen „Systemen“ verstanden wird, bei dem das „Therapie-/

Beratungssystem Gruppe“ erst einmal um die Sinnstifter der Gruppe, nämlich die Klient*innen, aufgebaut werden muss. Somit sind systemische Gruppen aus Sicht der Autor*innen eindeutig als anliegenorientierte, an den miteinander vereinbarten Zielen ausgerichtete, lösungsförderliche Unterstützungssysteme zu verstehen, in denen gruppensystemische Prozesse im Dienste der eigenen Ziele und Anliegen genutzt werden sollten und nicht einen an sich inhärenten Wert besitzen.

Des Weiteren gehören Begriffe wie Zirkularität, der Blick auf Wechselwirkungen zwischen dem inneren System und den äußeren Kontexten und die zentrale Rolle der Kommunikation in eine systemische Definition von Gruppenpsychotherapie. Gehe ich als Psychotherapeut*in davon aus, dass es keine eindeutige Zuschreibung von Ursache und Wirkung gibt, sondern Phänomene letztendlich nur erklärbar erscheinen, wenn ich den Blick auf die zirkulären Wechselwirkungen lege, dann wird auch hier deutlich, dass es wenig Sinn macht, zum Beispiel im Rahmen von Gruppenkonflikten nach den „Schuldigen“ zu suchen, sondern vielmehr zügig in Richtung „Umgang mit bleibenden Unterschieden“ (Gunther Schmidt) zu intervenieren und in eine wechselseitige Aushandlung zu kommen, wie diese unterschiedlichen Erlebensweisen innerhalb der Gruppe ihren Platz bekommen können. Verbunden mit dem Blick auf „mögliche gute Gründe“ und die dahinterliegenden Bedürfnisse, die zu bestimmten Haltungen und Sichtweisen bei Gruppenmitgliedern geführt haben, kommt auch hier die grundlegende Ressourcenorientierung der systemischen Therapie zum Tragen. Aufgrund des expliziten Einbezugs der relevanten Kontexte beim Bilden lösungsorientierter Hypothesen, ist die Kontextualisierung vermeintlicher „Störungen“ und Symptomatik ein wesentlicher Faktor systemischer Arbeit auch in Gruppen.



Kurz gefasst

Systemische Gruppenpsychotherapie umfasst ein breites Feld von unterschiedlichen, strukturell und inhaltlich aufgebauten Gruppenangeboten. Abhängig von den jeweiligen Kontexten (ambulant, teilstationär, stationär, Psychiatrie, Psychosomatik, Selbsterfahrung) werden auf der Basis systemischer Grundprämissen (Konstruktivismus, Systemtheorien) systemische Interventionen (systemische Frageformen, Skulpturen, Reflecting Teams) in Gruppen angewendet und für die Entwicklung unterschiedsbildender Lösungsideen genutzt. Die Behandlungsindikationen umfassen die üblichen psychosomatischen und psychiatrischen Symptombilder. Allgemeine Wirkfaktoren für Gruppenpsychotherapie werden auf systemische Weise genutzt. Im Rahmen der Anerkennung der Systemischen Therapie als viertes Richtlinienverfahren gibt es mittlerweile Ausbildungen zur Erlangung der Fachkunde für systemische Gruppenpsychotherapie.



GRUNDLAGEN

Das heißt übertragen, dass sowohl die Gruppe und der Kontext in dem Gruppe stattfindet, relevant dafür sein können, wie sich ein Gruppenmitglied zeigt oder äußert. Aber auch in der konkreten Arbeit mit einzelnen Anliegen sollten Erklärungsmodelle entwickelt werden die eine Nachvollziehbarkeit unter Einbezug der relevanten Kontexte unterstützen.

Neben diesen grundlegenden Ableitungen aus den systemtheoretischen und konstruktivistischen Konzeptwelten, wird man sicherlich in systemischen Gruppen die Nutzung zahlreicher systemischer Interventionen finden können. Allen voran die Nutzung von „Reflecting Teams“, während, nach oder vor einer Gruppensitzung, mit Innen- oder Außenkreis, in Form von „Querschwätzen“ des*der Gruppenleiter*in vor der Gruppe oder eher klassisch im Therapeutenkreis, getrennt von

den Gruppenmitgliedern. Darüber hinaus sind natürlich alle Arten systemischer Fragekunst nutzbar, ob es zirkuläres Fragen, Wunderfragen, Ausnahmefragen oder ähnliches sein sollten. Auch Choreographien, Skulpturarbeit, Sprechchöre oder Zeitlinienarbeiten, die der Verbildlichung innerer oder äußerer Wechselwirkungsdynamiken dienen, sind Teil der systemischen Therapie in Gruppen.



Fallgeschichte

Frau K., 50 Jahre, vor zwei Wochen in die Klinik aufgenommen wegen einer depressiven Entwicklung (ICD-10 F32.1), will ein Anliegen in die Gruppe einbringen. Ihr Auftrag für den Aufenthalt ist es, mehr „Bedenk- und Überprüfungszeit“ zwischen sich und den vermeintlichen Wünschen und Anforderungen des Gegenüber an sie, zu entwickeln. Sie sage zu schnell Ja, frage nicht nach. Eigene Ideen und Wünsche in den Raum zu bringen verbiete sie sich. Sie schäme sich dafür, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, dass sie es nicht alleine geschafft habe, mit den Herausforderungen zurecht zu kommen. Gleichzeitig fürchtet sie auf Ablehnung, Unverständnis und Schuldzuschreibungen in der Gruppe zu stoßen.

Für eine gute Unterstützung in der Gruppe wird transparent geklärt, welche Interventionen zu ihrem Anliegen passen würden. Frau K. äußert, dass sie auf keinen Fall zu viel Raum einnehmen wolle. Die Gruppenmitglieder reagieren unterschiedlich – es folgen Einladungen, sich den Raum zu nehmen – so viel Zeit wie sie eben brauche. Andere Gruppenmitglieder zeigen sich abwartend mit Blick und ausgedrücktem Wunsch zur Gruppenleitung, diese möge doch eine klare Zeitstruktur für dieses Anliegen vorgeben.

Wir entscheiden uns, für das Anliegen von Frau K. einen sogenannten Blumenstrauß zu kreieren, das heißt nach einem kurzen Innehalten und Einstimmen auf Frau K.s Anliegen geben die Gruppenmitglieder und die Gruppenleitung aus ihren Welten Rückmeldung, welche Impulse und Ideen zu diesem Thema in ihnen auftauchen. Die Gruppenleitung weist zuvor darauf hin, dass dies alles Rückmeldungen aus den subjektiven Welten der jeweiligen Menschen seien – also keine Wahrheit darüber, was jetzt wirklich richtig und wahr ist. Auch sei es wichtig, immer wieder sich auf das Anliegen von Frau K. zu fokussieren – sie ist die Auftraggeberin. Frau K. möge sich zurücklehnen und schauen und spüren, was sich in ihrer Wahrnehmung stimmig anfühlt. Die Rückmeldungen werden auf einem Flipchart gesammelt.

Frau K. zeigt sich tief berührt über die vielen engagierten und sehr persönlichen Rückmeldungen. Die Unterschiedlichkeit der Ideen ermutigen sie in dem Wissen, dass es nicht eine richtige Lösung gibt. Es darf unterschiedlich sein, auch bezüglich unterschiedlichen Beziehungsintensitäten und Kontexten (privat-beruflich), in denen sie sich mitteilen will oder auch nicht. Sie ist zu Tränen gerührt. Danach befragt, was die Tränen ausdrücken, kommt sehr spontan: „Erleichterung, meine Befürchtungen bewahrheiten sich nicht, es ist wie eine Befreiung aus meinem eigenen Gefängnis.“

Wirkfaktoren

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Gruppenpsychotherapie genauso wirksam sein kann wie Einzeltherapie. Die Gruppe ist ein sich immer wieder neu entfaltender Raum, in dem Erfahrungen und Einsichten gewonnen werden können, die in der Einzeltherapie so nicht möglich sind und die wir als „soziale Wesen“ nutzen können, um Symptome, Konflikte, Belastungen und vieles mehr zu klären und zu verändern.

Was wirkt?

- Gemeinsamer Erfahrungsaustausch und somit Wahrnehmen ähnlicher und unterschiedlicher Wirklichkeitskonstruktionen der Gruppenmitglieder (unterschiedliche Koexistenz).
- Unterstützung einer Beobachter-Position aus der heraus ich mich selbst und andere erlebe und beschreibe.
- Abstand gewinnen, um eigene Erlebensnetzwerke bewusster zu bekommen, damit sie der Gruppe mitgeteilt und so sichtbar gemacht werden können. Dadurch verstärkt sich die soziale Kompetenz (Feedback bekommen und geben) und ein Erleben von Akzeptanz und Verständnis.
- Über das „Gemeinsame“ entsteht Verbundenheit und Erleichterung, damit nicht alleine zu sein – hierdurch entsteht Bezo-genheit und Vertrauen in sich und die Gruppenmitglieder.
- Dies unterstützt Selbstwirksamkeit und somit eine Aktivierung hin zur Musterveränderung bezüglich des Gewünschten. Dies im Unterschied zu anderen wichtigen interaktionellen Erfahrungen, in denen dies nicht gelungen ist.
- Der Zusammenhalt in der Gruppe wird vergrößert und somit das eigene Engagement unterstützt (Kohäsion).
- Hoffnung entsteht, dass die Herausforderungen bewältigt werden können.
- Lösungshypothesen entstehen gemeinsam in der Gruppe – diese können in konkrete Zielvisionen und Handlungen übersetzt werden.
- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf zum Beispiel Ausnahmen, Kompetenzen, Muster des Gelingens, Konfliktklärungen, Beziehungsgestaltungen und vieles mehr für sich und andere Gruppenmitglieder – dies bedeutet Lernen am Modell und Aktivierung neuer gewünschter Netzwerke.

Alle Faktoren wirken zirkulär aufeinander ein und verstärken sich gegenseitig und ermöglichen ein Erleben von Wertschätzung sich selbst und anderen gegenüber.

Metakommentar

Bis zu dem Zeitpunkt, an dem sich Frau K. entschieden hat, ein Anliegen einzubringen, zeigt sich ein intensiver Gruppenprozess. Die Integration in die Gruppe scheint gelungen. Frau K. erlebt Vertrauen, sich auch mit schambesetzten Themen in der Gruppe zu zeigen und um Unterstützung zu bitten. Wir nehmen an, dass sie einen freundlichen, wertschätzenden, einen nicht wertenden und nicht „zu schnell wissenden“ Umgang mit den Anliegen der Gruppenmitglieder wahrgenommen hat. In einem Klima von Anteilnahme und Neugierde hat sich ihre Annahme, dass sie „zu viel sei“ nicht bestätigt.

Wichtig ist eine fragende, transparente und moderierende Rolle der Gruppenleitung. Gerade beim Einsammeln des Blumenstraußes ist eine „Produktinformation“ bezüglich Wirklichkeitskonstruktion im Sinne einer konstruktivistischen Weltansicht mit Kybernetik zweiter Ordnung unumgänglich. Sie kann die Motivation für eine Rückmeldung unterstützen. Das gleiche gilt für die autopoietischen, das heißt sich selbst organisierenden Prinzipien. Nur allein Frau K. kann wahrnehmen, welche Rückmeldungen sich für ihren Organismus stimmig anspüren und welche Rückmeldungen ein Mehr desselben darstellen (Rücksichtnahme bis zur Selbstaufgabe), und welche Rückmeldungen einen Schritt in Richtung Musterveränderung aufzeigen. Diesen Unterschied, der einen Unterschied macht, den gilt es zu finden, zu benennen, zu nutzen, zu unterstützen.

Durch das Erleben eines Unterschiedes kommt es hirnpfysiologisch automatisch zu einer Musterdurchbrechung verschiedenster Verschaltungen und Vernetzungen. Diese erlebte Veränderung wirkt wieder auf andere erlebte Wahrnehmungen und Wahrgebungen zurück. Hierbei können häufig unbewusste Muster in transparenter Weise in bewusste, selbstwirksame und selbst gesteuerte Prozesse umgelenkt werden.

Hier erlebt Frau K. Selbstwirksamkeit. Sie hat sich getraut, über eine Schwelle zu gehen und das alte Muster der selbstkasteienden Rücksichtnahme mittels Unterstützung der Gruppe für die Arbeit an ihrem Anliegen zu verlassen. Die Metakompetenzen wurden gestärkt, gute Gründe für ihr Verhalten und Erleben kann sie nachvollziehen und in den früh erlernten Mustern in ihrer Herkunftsfamilie erkennen (sehr frühe Verantwortungsübernahme infolge gegebener Kontextbedingungen). Ressourcen konnten aktiviert werden, Instabilitäten/Unsicherheiten wahrgenommen und durchschritten werden. Energetisierung und Symmetriebrechung wurden ermöglicht. Gleichzeitig haben andere Gruppenmitglieder von ihr gelernt im Sinne einer zirkulären Wechselwirkung.



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



Dr. phil. Alexander Herr

Dipl.-Psychologe, Systemischer Therapeut (SG), Hypnoterapeut (MEG), Hypnosystemischer Coach (MEIHEI) und Unitiver/Integrativer Körperpsychotherapeut (ZIKP); Gastdozent am Helm-Stierlin-Institut (hsi) und am Weiterbildungsinstitut für systemisch-lösungsorientierte Therapie und Beratung (wilob) in hypnosystemischer Therapie; seit 2008 als Psychologe, Gruppenpsychotherapeut und seit 2017 in der Geschäftsführung der sysTelios Klinik tätig.



Dr. med. Regina Reeb-Faller

Fachärztin für Innere Medizin, Psychotherapie, TP und ST, Hypnotherapie (MEG), Ego-State-Therapie (ESTDE), EMDR (EMDRIA) und achtsamkeitsbasierte Verfahren. Seit 2007 als Chefarztin und seit 2022 als ärztliche Direktorin in der sysTelios Klinik tätig und niedergelassen in eigener Praxis als ärztliche Psychotherapeutin in Heidelberg. Ausbildungsleitung am wilob (Schweiz) in der systemischen eidgenössisch anerkannten Therapieausbildung. Supervisorin für TP und ST, Ausbilderin in systemischer Gruppentherapie. Tätigkeit in verschiedenen Instituten als Dozentin.

Settings

Im Laufe der letzten 20 Jahre sind viele unterschiedliche Formate im Rahmen stationärer und ambulanter systemischer Gruppentherapie entwickelt worden. Strukturell variieren die Angebote von offenen, halboffenen und geschlossenen Gruppen mit monatlichen, wöchentlichen, aber auch ganztägigen Wochenendangeboten. Sie sind zum Teil offen anliegenorientiert, teils mit vorgegebener Struktur oder mit einleitenden Gruppenaufgaben ausgerichtet. So hat es sich zum Beispiel im psychiatrischen Kontext in der Arbeit mit Psychose-Patient*innen bewährt, eher kürzere, strukturiertere Formate anzubieten. In vielen systemischen Gruppen wird die eine oder andere Art des „Reflecting Teams“ genutzt, abhängig vom jeweiligen Kontext und der Zusammensetzung des behandelnden Psychotherapeut*innen-Teams. So kann es zum Beispiel im Rahmen der wöchentlichen Visite zu kleinen reflektierenden Einheiten im Beisein der Patient*innen kommen oder längere Gruppensitzungen wiederholt durch kurze, transparente Reflexionsschleifen unterbrochen werden. Unabhängig von den behandelnden Psychotherapeut*innen ist es aber auch möglich größere Patient*innengruppen in einen „äußeren“ reflektierenden Beobachterkreis und einen aktiv arbeitenden Innenkreis zu unterteilen und diese während der therapeutischen Arbeit immer wieder zu vernetzen und rückt zu koppeln.

Rechtliche Rahmung und Indikationen

Das gesamte Spektrum der psychischen und psychosomatischen Störungen/Belastungen, kann mittels der Systemischen Therapie behandelt werden. Auch chronische schwere Erkrankungen und innerfamiliäre und Generationenkonflikte gehören dazu. Der erweiterte Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2020 die Systemische Therapie für Erwachsene in den kassenärztlichen Leistungskatalog aufgenommen. Dies gilt sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppenpsychotherapie. Die Gruppenpsychotherapie kann alleine und auch in der Kombinationsbehandlung mit Einzelsitzungen durchgeführt werden. Eine spezifische Anwendungsform der Systemischen Therapie ist das „Mehrpersonensetting“. Die Gruppenpsychotherapie benötigt kein Antragsverfahren.

Um die allgemeine psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wurde die Gruppentherapeutische Grundversorgung eingeführt. Sie ist für Menschen vorgesehen, für die nach der psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie gegeben ist, die jedoch noch Vorbehalte für dieses Setting haben. Als niedrigschwelliges Gruppenangebot (viermal im Krankheitsfall à 100 Minuten) soll es einer ersten Entlastung dienen und die Überprüfung der Passung Gruppenpsychotherapie ermöglichen.



Christina Jochim, Elisabeth Dallüge, Anke Pielsticker

Stationäre Gruppenpsychotherapie – ein Überblick

Gruppenpsychotherapie hat im stationären Setting eine lange Tradition. Sie bietet die Möglichkeit einer interaktionellen Behandlungsform und berücksichtigt in besonderem Maße die spezielle Dynamik einer Station als eine „Gruppe in einer Gruppe“. Für viele Patient*innen bestimmter Störungsbilder wie der Schizophrenie oder Abhängigkeitserkrankungen ist die stationäre Gruppenpsychotherapie oft die erste Begegnung mit Psychotherapie. Dieser Artikel widmet sich der Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie und gibt einen Überblick zu relevanten Aspekten stationärer Gruppenpsychotherapie.

Eine Gruppe in der Gruppe

Gruppenpsychotherapie im stationären Setting benötigt zusätzlich zu der Berücksichtigung der Prozesse innerhalb der Gruppe auch ein Augenmerk darauf, dass die Gruppenpsychotherapie in die Gruppe der Mitpatient*innen im Stationsalltag

Somit sind alle Interventionen eingebettet in die Beziehungswelt einer Stationsgruppe.

und das Behandlungsteam eingebettet ist. So ist eine Gruppenpsychotherapie immer

auch ein Stück weit eine Gruppe in einer Gruppe (Senf, 1988). Die Bedeutung des Gruppe-in-Gruppen-Effekts zeigt sich zum Beispiel auch darin, dass laut Mattke, Zeeck, & Strauß (2012) Patient*innen in ihrem Rückblick auf einen stationären Aufenthalt nicht differenzieren zwischen der Stationsgruppe mit allen Patient*innen und den gruppenpsychotherapeutischen Erfahrungen oder den alltäglichen Interaktionen zwischen Mitpatient*innen und dem Personal als Teil der stationären Gemeinschaft. Somit sind alle Interventionen eingebettet in die Beziehungswelt einer Stationsgruppe. So gehen gruppentherapeutische Prozesse auch unmittelbar im Stationsalltag weiter, der eine Übungs- und Erfahrungsumgebung bieten kann. Daher sind regelmäßige Fallkonferenzen im therapeutischen Team ein wichtiges Qualitätskriterium, damit alle Teammitglieder ein Verständnis für die individuellen Entwicklungsprozesse erlangen können.

Gruppe für Alle?

Die Zusammensetzung der Patient*innen ist in der Regel nur bedingt frei wählbar. Während in ambulanten Gruppenpsychotherapien die Möglichkeit besteht, eine Gruppe konzeptuell passgenau zusammenzustellen, stehen Klinik-Psychotherapeut*innen vor der Herausforderung, jede Gruppe an die teils tageweise wechselnde Zusammensetzung anzupassen. Die Begrenzung der Behandlungszeiten erfordert daher Interventionen, die an Kurzzeitgruppenpsychotherapien angepasst sind (Mattke, Zeeck, & Strauß, 2012) und ein hohes Maß an Flexibilität der Psychotherapeut*innen erfordert.

Eine heterogene Gruppenzusammensetzung hat den Effekt, dass Menschen mit verschiedenen Erkrankungen auch unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten haben, die sie in die Gruppenarbeit jeweils einbringen können. Gleichzeitig empfiehlt Tschuschke (2009) die „Faustregel“: Je geringer die zur Verfügung stehende Zeit, desto homogener sollte die Gruppenzusammensetzung sein in Bezug auf die Symptomatik, die Problematik und das psychischen Funktionsniveau. Da nicht immer die Möglichkeit gegeben ist, die Gruppenzusammensetzung in Kliniken passgenau zu wählen, sind in der folgenden Tabelle Faktoren aufgeführt, die bei der Zusammensetzung stationärer Gruppen zu beachten sind. Hier handelt es sich nicht um strikte Ein- und Ausschlusskriterien, sondern orientierende Merkmale, die Einfluss auf das Outcome in Gruppenpsychotherapien haben können und besondere Aufmerksamkeit von Psychotherapeut*innen benötigen.

GRUNDLAGEN

+ Patientenmerkmale, die günstig für Gruppenpsychotherapie sind
Wunsch nach Gemeinschaft
Wirksamkeitserwartung
Fähigkeit zur Selbstöffnung beziehungsweise Bereitschaft diese zu erlernen
Einhalten der Rahmenbedingungen der Therapie (wie Zeiten, Dauer)
Bereitschaft, interpersonales Feedback zu geben und die Bereitschaft für den Empfang eines solchen durch die anderen Gruppenmitglieder
Fähigkeit zur Perspektivübernahme und Abgrenzungsfähigkeit

- Interaktionelle Besonderheiten der Adhärenz
Überangepasstheit
Schwierigkeiten, Gruppenregeln zu respektieren
Interaktionsvermeidung
Destruktiver Umgang mit selbstschädigenden Verhaltensweisen (Gefahr Modelllernen)
Nicht zugängliche Reaktanz

Wirksamkeitserwartung

Nicht selten bekommen Psychotherapeut*innen, Ärzte*Ärztinnen und Pflegende in ihrem Aufnahmegespräch die Frage gestellt, ob man in eine Gruppe müsse. Mattke, Zeeck und Strauß (2012) empfehlen, solche Befürchtungen aktiv zu Beginn eines stationären Aufenthalts anzusprechen und über die Wirksamkeit aufzuklären. Denn oft ist die Gruppenpsychotherapie für Patient*innen das ängstigere Format im Vergleich zur Einzelpsychotherapie. Die Einstellung und vermittelte Wirksamkeitserwartung des*der Psychotherapeut*in spielt dabei eine wichtige Rolle, ob Patient*innen Vertrauen fassen in die Behandlungsempfehlung.

Rolle Co-Therapie

In der Co-Therapie sollen durch eine interdisziplinäre Gruppenleitung Synergieeffekte genutzt werden. In Abgrenzung zur dualen psychotherapeutischen Gruppenleitung gilt es hier noch eine fundierte Wirksamkeit zur Durchführung mit nicht-psychotherapeutischen Personal zu belegen. Die Durchführung erfolgt zumeist durch eine*n Psychotherapeutin*Psychotherapeuten und eine*n Kollegen*Kollegin des multiprofessionellen Teams. Hierbei kann es sich um Ärzte*Ärztinnen, Ergotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen oder examiniertes Pflegepersonal mit entsprechender Fortbildung handeln. Der integrative und interdisziplinäre Zugang wird in der inhaltlichen Arbeit, Durchführung und Organisation genutzt. Diese Ergänzung ermöglicht den Patient*innen flankierende Angebote durch eine zusätzliche Bezugsperson im Rahmen des Behandlungssettings. So können beispielsweise die in der Gruppe bearbeiteten Problematiken im Alltag durch die Co-Therapeut*innen erprobt werden. Es erfolgt ein supportiv begleiteter Transfer. In enger Zusammenarbeit werden so zusätzliche Stützen im Behandlungsalltag geschaffen, die durch die enge Absprache zwischen dem Gruppenleitungs-

team die Perspektiven innerhalb und außerhalb der Gruppe erweitern. Die zuständigen Psychotherapeut*innen übernehmen hier fallführend die Koordination des therapeutischen Angebots anhand ihrer qualifizierten Behandlungsplanung.

Vielfalt der Gruppenpsychotherapie

Im stationären Bereich findet sich eine Vielfalt von gruppenpsychotherapeutischen Angeboten. Alle gemein haben die Nutzung der psychischen und soziale Gruppendynamik innerhalb des stationären Behandlungssettings. Die Kohäsion und Augenhöhe innerhalb einer Gruppenpsychotherapie erweitern die Perspektive. Nicht selten handelt es sich besonders um Rückmeldungen durch Mitpatient*innen – und damit aus der eigenen „Schicksalsgemeinschaft“, die durch die Gruppenpsychotherapeut*innen zur Weiterbearbeitung aufgegriffen werden können. Die Themen der Gruppe enden im stationären Setting selten mit der reinen Gruppenzeit, viel häufiger schreitet der Prozess zum Beispiel beim gemeinsamen Abendbrot weiter voran.

Unterschiede zwischen Gruppenpsychotherapien finden sich an verschiedenen Punkten: Es werden entweder geschlossene Gruppen, die vom Anfang bis zum Ende aus den gleichen Teilnehmer*innen bestehen, oder offene Gruppen, in denen frei werdende Plätze durch neue Teilnehmer*innen besetzt werden, durchgeführt. Im Hinblick auf Frequenz und Dauer der Gruppenpsychotherapie-sitzungen gibt es eine hohe Varianz, die auch mit der jeweiligen Therapieschule in Zusammenhang stehen kann. Hierbei finden sich in den humanis-

Die verfahrensübergreifenden Vorgehensweisen werden im stationären Kontext als großer Vorteil angesehen, auf bestimmte Problematiken flexibel eingehen zu können.

tischen und psychodynamischen Verfahren, der Verhaltenstherapie sowie natürlich der Systemischen Therapie jeweils spezifische gruppenpsychotherapeutische Konzepte. Aufgrund der Varianz der Fachkunden im stationären Setting ist hierdurch auch ein Angebot verfahrensübergreifender Gruppen nicht selten eine Selbstverständlichkeit. Die verfahrensübergreifenden Vorgehensweisen werden im stationären Kontext als großer Vorteil angesehen, auf bestimmte Problematiken flexibel eingehen zu können. Es können dadurch sowohl symptombezogene Interventionen als auch biografische Arbeit als Schwerpunkte in die Gruppenpsychotherapie eingebracht werden.

Psychoedukation

Psychoedukation ist definiert als „systematische und strukturierte Vermittlung von wissenschaftlich fundiertem Wissen über zumeist psychische Krankheiten“¹. Eine erfolgreiche Psychoedukation beschränkt sich jedoch nicht auf den Wissenserwerb über Störungsmodelle. Eine der größten Herausforderungen, die die Psychoedukation mit sich bringt, ist es, Akzeptanz für das erworbene Wissen über die eigene Erkrankung zu schaffen.

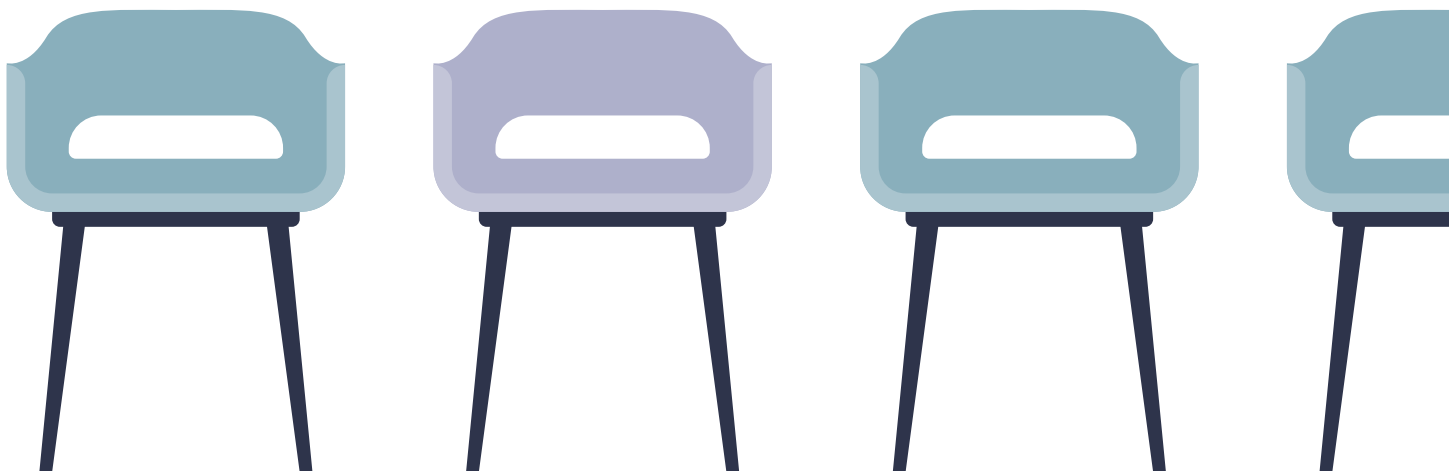
Es gilt den Patient*innen zu ermöglichen, die eigene Diagnose als Teil von sich, aber nicht als ausschließlich identitätsstiftend zu vermitteln. Es gilt die allgemeinen Störungsmodelle so dezidiert wie möglich zu individualisieren. Psychische Erkrankungen können mit schwerwiegenden Einschränkungen einhergehen, was häufig den Abschied von bestimmten Zielen oder Wünschen bedeutet und somit auch Trauerarbeit beinhaltet.

Zu Beginn steht nicht selten ein Prozess von Ablehnung und Frustration bezüglich dieser Sachverhalte. Psychotherapeut*innen arbeiten aktiv an der Normalisierung ohne Bagatellisierung der Erkrankung. Sie vereinen durch wertschätzende Fachkompetenz und emphatische Beziehungsgestaltung die Bearbeitung der Themen mit damit einhergehenden emotionalen Zuständen. Ist dies gelungen, gilt es Bewältigungsfähigkeiten und Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Erkrankung zu implementieren. Eine nachhaltige Psychoedukation stellt eine der wichtigsten Säulen zur Rückfallprophylaxe dar.

Angehörigengruppen

Angehörige sind oft nicht nur die Personen, die das Erleben und Verhalten der Patient*innen biografisch nachhaltig geprägt haben, sondern häufig auch die Personen, die sie im Alltag mit ihren Erkrankungen begleiten. Sie stellen für viele Patient*innen eine wichtige Ressource dar. Angehörigengruppen können für das gesamte System um Patient*innen auf mehreren Ebenen positive Effekte erzielen. Ähnlich wie bei Patient*innen generiert ein grundlegendes Wissen um die Erkrankung Verständnis und Entlastung. Häufig berichten Angehörige, dass „das Kind endlich einen Namen habe“. In Konsequenz kann durch dieses Verständnis ein konstruktiverer Umgang mit den Betroffenen und ihrer Erkrankung realisiert werden. Zuletzt entsteht häufig Erleichterung und Solidarität unter den Angehörigen, bei der Erkenntnis in der Gruppe, mit den Problemen nicht alleine zu sein.

Die psychotherapeutischen Kompetenzen sind ähnlich wie bei der Psychoedukation zentraler Moderator der erfolgreichen Implementierung von Angehörigengruppen. Exemplarisch sei hier die S3-Leitlinie der Schizophrenie genannt, welche die Angehörigenarbeit im triadischen Setting im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung als einen Standard in der Behandlung empfiehlt.² Der Ausbau psychotherapeutischer Angehörigengruppen sollte auf Basis der guten klinischen Praxis konsequent fortgeführt werden.



¹ Bäuml, J., Behrendt, B., Henningsen, P., Pitschel-Walz, G. (2016). Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart.

² Gaebel, W., Hasan, A. & Falkai, P. (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie: AWMF zertifiziert (1. Aufl. 2019). Springer.

Rahmenbedingungen – Ausdruck von Möglichkeit oder Mangel

Die Behandlung mit Gruppenpsychotherapie ist im klinischen Alltag in formale Rahmenbedingungen eingebettet. Die hierfür zentralen Regelwerke werden im Verlauf kompakt dargestellt.

Operationen- und Prozedurenschlüssel

Je nach Behandlungssetting gibt es unterschiedliche Vorgaben im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)³. Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Die Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V.

Sowohl in der Regelbehandlung (OPS-Code 9-60) als auch in der Komplexbehandlung (OPS-Code 9-62) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ist die Gruppenpsychotherapie als angewandtes Verfahren der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppe benannt. Die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen sind mit dem OPS-Code 9-649 geregelt. Dieser Zusatzcode kann nur in Kombination mit der Regel-, Intensiv-, oder psychotherapeutischen Komplexbehandlung erbracht werden. Ein Kode aus diesem Bereich ist unabhängig von der Art der Behandlung einmal pro Woche anzugeben.

Bei Gruppenpsychotherapien ist die Gruppengröße auf maximal 18 Patient*innen begrenzt, wobei bei einer Patient*innenanzahl von 13 bis 18 dann mindestens zwei Mitarbeitende einzusetzen sind. Hierbei muss mindestens eine Person der ärztlichen oder psychotherapeutisch/psychologischen Berufsgruppe angehören. Pro Einzel- oder Gruppenpsychotherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal zwei Therapeut*innen pro Patient*in angerechnet werden. Eine Gruppenpsychotherapie-Einheit muss mindestens 25 Minuten dauern. Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit ist für die Berechnung der Therapieeinheiten entsprechend zu berücksichtigen. Anerkannt laut OPS werden alle Leistungen, die durch Mitarbeitende erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, beim Primärkode spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeut*innen in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese

Mitarbeiter*innen eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf, zum Beispiel als Diplom-Psycholog*in oder Diplom-Pädagog*in (beziehungsweise Master), erhalten. Für die Kodierung sind die durch die ärztliche und psychotherapeutische Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten getrennt nach Einzel- und Gruppenpsychotherapie zu addieren.

Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Die Richtlinie zur Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)⁴ regelt neben den Personaluntergrenzen auch Regelaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen in der Klinik. Die Gruppenpsychotherapie ist bei den Regelaufgaben der Ärzte*Ärztinnen, Oberärzte*Oberärztinnen und Psychotherapeut*innen aufgenommen. Hierzu werden neben der Gruppenpsychotherapie entsprechend der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren auch Trainingsprogramme in Gruppen (zum Beispiel Psychoedukation), die Teilnahme an Stationsversammlungen und Angehörigengruppen auf der Station gezählt.

Klinische Versorgung kommt bei Patient*innen nur dann an, wenn es jemanden gibt, der*die sie vor Ort auch leisten kann. Die Mindestpersonalvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen in Kliniken sind seit über 20 Jahren gering. Deshalb sollte 2020 ein modernes Instrument an Stelle der 1991 in Kraft getretenen Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) treten. Die erhofften Anpassungen an den aktuellen wissenschaftlichen Standard und die Versorgungspraxis blieben aus. Das hat auch der Gesetzgeber festgestellt und daher eine Nachbesserung festgelegt im § 136a Abs. 2 SGB V, dass der G-BA bis zum 30. September 2021 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 sicherzustellen hat, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeut*innen abgebildet werden soll. Der G-BA hat jedoch bis zum heutigen Tag den gesetzlichen Auftrag nicht umgesetzt, da die Erhöhung der Minutenwerte für die Psychotherapeut*innen ausblieb.

Konkret bedeutet das für Patient*innen in der sogenannten Regelbehandlung (Behandlungsbereich A1) die Verfügbarkeit von 49 Minuten für die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen. Bedenkt man, dass zusätzlich zur Patient*innenbehandlung auch Dokumentation, Fallkonferenzen

³ BfArM (2022). Operationen- und Prozedurenschlüssel. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/> abgerufen am 20.10.22 13:34.


⁴ G-BA (2022). Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V – PPP-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> abgerufen am 10.10.2022 17:34.

zen, Supervision, Teambesprechung et cetera in der Arbeitszeit unterzubringen sind, kann man sich ausrechnen, wie viel Zeit real für Einzel- und Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik bleibt. Hier besteht also weiterhin dringender gesetzlicher Regelungsbedarf.

Ausblick

Stationäre Gruppenpsychotherapie bietet viele Möglichkeiten und Herausforderungen zugleich. Insbesondere im klinischen Setting ist darauf zu achten, dass die Konzeption und Durchführung von Gruppenpsychotherapien stets fachlichen Behandlungszielen folgt und im interdisziplinären Team miteinander abgestimmt ist. Die Indikationsstellung für bestimmte Behandlungsmaßnahmen darf nie ökonomischen Interessen und Personalmangel unterordnet werden.

Psychotherapeut*innen verfügen über die fachlichen Kompetenzen, diese Herausforderungen zu meistern. Keine andere Berufsgruppe erwirbt ab Tag eins des Studiums und der Weiterbildung so viel Fachwissen über die Behandlung von psychischen Erkrankungen. Dass diese Kompetenzen bei Patient*innen in Kliniken auch ankommen, erfordert entsprechende Rahmenbedingungen. Diese gilt es auch in Zukunft zu gestalten – fachlich und politisch.

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



Dr. Christina Jochim

Psychologische Psychotherapeutin, Mitglied im Bundesvorstand der DPtV, Vorstandsmitglied der DPtV Berlin, Vorstandsmitglied und Delegierte der PTK Berlin, Bundesdelegierte des DPT, stellv. Sprecherin des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ der BPtK, Projektgruppe der BPtK „Reform der Musterweiterbildungsordnung“, dort Expert*innengruppe „Erwachsene VT“.



Elisabeth Dallüge

Psychologische Psychotherapeutin (VT, KOP), kooptiertes Mitglied im Vorstand der DPtV Westfalen-Lippe, Mitglied im Sprecher*innen-Team der Jungen Psychotherapeut*innen der DPtV, aktiv bei ver.di. Bis 2022 Sprecherin der PiA-Vertretung NRW und der Bundeskonferenz PiA. Angestellt im Maßregelvollzug.



Dr. Anke Pielsticker

Psychologische Psychotherapeutin, stellv. Bundesvorsitzende der DPtV, Vorstandsmitglied der DPtV Bayern. Seit 2003 Niederlassung mit Kassensitz in München und seit 2008 Leitung des Instituts für Schmerztherapie München. Mitglied der KBV-Vertreterversammlung und Mitglied in diversen Ausschüssen der KV Bayern, Mitglied des DPT, Mitglied des Vorstands und der Delegiertenversammlung der PTK Bayern.

CGM SOUL

Informationssystem für Psychotherapeuten



CGM SOUL:

GKV-konforme Praxissoftware für Psychotherapeuten

Jetzt zusammen mit dem TI-Anschluss bestellen und exklusiven Rabatt sichern: cgm.com/soul-ti

Unsere Praxissoftware CGM SOUL wird allen Ansprüchen Ihres psychotherapeutischen Alltags gerecht:

- Optimale Unterstützung des gesamten Psychotherapieverfahrens
- Übersichtlichkeit und automatische Aktualisierung aller Therapiedaten
- Ausfüllhilfen, Erinnerungsfunktionen und automatische Prüfungen

Bestellen Sie CGM SOUL gemeinsam mit dem Anschluss an die TI und **sparen Sie bis zu 200 €***.

cgm.com/soul

CGMCOM_15341_SOU_0422_LBR
*Änderungen vorbehalten.



Stephanie Hild-Steimecke

Chancen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung

Erste Erfahrungen mit dem im Oktober 2021 eingeführten Angebot der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung für gesetzlich Versicherte aus Sicht einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutin.

In meiner ländlich gelegenen Praxis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen in Birstein (Hessen) arbeite ich seit 2020 mit zunehmender Begeisterung gruppenpsychotherapeutisch. Nach anfänglicher Skepsis, ob Gruppenpsychotherapie „auf dem Land“ überhaupt angenommen wird, konnte ich binnen eines Jahres vier Behandlungsgruppen starten. Ein Grund hierfür ist der sehr hohe Bedarf an Psychotherapie in der Region. Zu diesem Zeitpunkt war ich die einzige Psychotherapeutin in einem Umkreis von 20 Kilometern, was bis zu 150 Behandlungsneuanfragen in einem halben Jahr (vor Corona) bedeutete.

Trotzdem reagieren viele Patient*innen mit großer Skepsis, wenn ich ihnen einen potenziellen Platz in einer meiner Gruppenpsychotherapien anbiete. Viele können sich nichts unter einer Gruppenpsychotherapie vorstellen, da sie sich bei ihrer Anfrage doch eher eine Einzeltherapie vorgestellt hatten. Allerdings war es schwierig zu erklären, wie eine Gruppe abläuft, insbesondere eine psychodynamisch-interaktive Gruppe, wenn Patient*innen dies noch nie erlebt hatten, im Gegensatz zu beispielsweise Patient*innen, die bereits in der Klinik waren. Dadurch entschlossen sich einige, die vielleicht grundlegendes Interesse gehabt haben, doch dazu, weiter nach einem Einzeltherapieplatz zu suchen.

Stephanie Hild-Steimecke

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in eigener Praxis (TP) für Erwachsene, spezialisiert auf Gruppenpsychotherapie. Mitglied des DPtV-Haushaltsausschusses und im DPtV-Landesvorstand Hessen. Stellv. Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hessen. Dozentin und Supervisorin.

Als der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss, ab Oktober 2021 die „Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung“ (GG) als Leistung für gesetzlich Versicherte zu implementieren, habe ich mich sehr gefreut und auch gleich in diesem Quartal damit begonnen.

Hierfür habe ich verschiedene psychoedukative Elemente ausgearbeitet, die ich je nach Gruppe modular einsetze und interaktiv mit den Patient*innen bespreche. Zu den inhaltlichen Modulen zählen:

- Entstehung psychischer Erkrankungen und/oder Krankheitsmodell(e)
- Was sind Symptome von psychischen Erkrankungen?
- Welche psychischen Erkrankungen gibt es? Wie hoch ist ihre Prävalenz?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen gibt es (ambulant wie stationär)?
- Eigenverantwortung in der Psychotherapie
- Wie funktioniert Gruppenpsychotherapie?
- Wie funktionieren Psychopharmaka?
- Einführung in die Schlafstörung(en)

Anders, als ich es üblicherweise in Gruppenpsychotherapien tue, achte ich in der GG nicht so stark auf eine gute „Passung“ der Patient*innen untereinander, da sie im Anschluss in der Regel einen freierwerbenden Platz in einer meiner Bestandsgruppen bekommen. Allerdings hatte ich schon eine GG-Gruppe, bei der ich mit acht von neun Patient*innen eine „neue Gruppe“ startete, da die Teilnehmer*innen in den vier Sitzungen bereits so gut zusammengewachsen waren.



Den Ablauf der GG gestalte ich so, dass in den ersten 50 Minuten ein psychoedukativer Teil erfolgt. Nach einer kurzen Lüftungspause, in der viele Patient*innen bereits beginnen miteinander zu diskutieren, dienen die zweiten 50 Minuten der Diskussion des ersten Teils oder zu Themen, die die Patient*innen selbst mitgebracht haben. Je nachdem, wie es den Teilnehmer*innen gelingt, sich zu öffnen, kann hier bereits intensiver Austausch entstehen und die Teilnehmer*innen erleben bereits erste wichtige Wirkfaktoren von Gruppenpsychotherapie (zum Beispiel, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind oder konsensuelle Validierung durch die Gruppe).

Ich habe mittlerweile jedes Quartal eine GG angeboten, je nach Wartezeiten in meinen Gruppen in zwei- oder einwöchentlichem Rhythmus, sodass ich Patient*innen auch in der Wartezeit ein Behandlungsangebot machen kann. Ich erlebe, dass viele ambivalente Patient*innen das Angebot der „Schnuppergruppe“, wie wir sie in der Praxis umgangssprachlich nennen, sehr gerne annehmen. Eine große Mehrheit der Patient*innen (circa 80 %), die an meiner GG teilgenommen haben, hat sich im Anschluss auch für eine Gruppenpsychotherapie entschieden. Die GG bietet eine niedrigschwellige Möglichkeit, auch Interessierten, die sich unsicher sind, eine Behandlungschance

anbieten zu können. Als Psychotherapeutin bietet die GG mir die Möglichkeit, bei einzelnen Patient*innen die Indikation für eine Gruppenpsychotherapie (zum Beispiel, ob sie es schaffen regelmäßig zu kommen), zu prüfen, was auch die Drop-out-Rate in meinen Gruppen reduzierte.

Mein Fazit: Für diejenigen, die Gruppenpsychotherapien anbieten oder dies wollen, bietet die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung für Patient*innen und Behandler*innen viele Chancen und erleichtert beiden den Einstieg in die Gruppenpsychotherapie.



Helge Sickmann

Überlegungen und Tipps zum Start von verhaltenstherapeutischen Psychotherapiegruppen

Erfahrungen und Hürden zum Einstieg von ambulanten Psychotherapiegruppen aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten.



Als Verhaltenstherapeut (Erwachsene) biete ich ambulante Gruppenpsychotherapie nun seit gut vier Jahren an, mittlerweile fünf Gruppen in der Woche. Mir stellten sich zu Beginn eine Vielzahl an Fragen, auf die ich meine individuellen Antworten hier gerne im Sinne eines Erfahrungsaustauschs teilen möchte. Insbesondere auch deshalb, weil für mich der kollegiale Austausch mit anderen Gruppenpsychotherapeut*innen die wertvollste Unterstützung war und ist. Dieser Austausch ist gar nicht immer so einfach, da wir Gruppenpsychotherapeut*innen im Berufsstand immer noch

eine Minderheit darstellen. Während ich viele Kolleg*innen kenne, die Gruppenerfahrungen im stationären Setting haben, sind es die wenigsten, die ambulante Gruppen anbieten. Auch gruppenpsychotherapeutisch erfahrene Supervisor*innen zu finden, empfand ich als schwierig, insbesondere, wenn es um Spezifika von Gruppen im ambulanten Setting geht. Sehr ans Herz legen möchte ich Ihnen daher die DPTV-Mailingliste Gruppenpsychotherapie, auch als Ergänzung zum persönlichen Austausch mit Kolleg*innen.

Wie starte ich in die Gruppenpsychotherapie?

Schon in der Psychotherapieausbildung gefiel mir die Arbeit mit Gruppen, daher stand für mich eigentlich schon mit der Approbation fest, dass ich auch in meiner Praxis mit Gruppen arbeiten möchte. Die Frage war nur: Wie starte ich damit? Mein erster Schritt war die Erarbeitung eines für mich und meine Rahmenbedingungen passenden ersten Gruppenkonzepts. Ich durchstöberte zunächst einige Bücher und Therapiemanuale, griff auf Aus- und Fortbildungsunterlagen zurück und sprach vor allem mit Kolleg*innen, die ebenfalls Gruppen anbieten. Zudem überlegte ich mir, welche Gruppenkonzepte, die ich aus dem stationären Setting kannte, sich auf die ambulante Versorgung übertragen lassen. Wichtige Punkte meiner Überlegungen und meine Antworten darauf (die individuell, zum Beispiel verfahrensspezifisch sicherlich sehr unterschiedlich ausfallen werden) möchte ich im Folgenden kurz umreißen:

Art der Gruppe, therapeutisches Konzept (störungsspezifische vs. offene Gruppen)

Beide Arten von Gruppen bieten Vor- und Nachteile. Aus meiner Sicht ist diese Entscheidung eine höchst individuelle, die auch sehr mit Arbeitspräferenzen und Prägungen des*der Psychotherapeut*in zusammenhängen. Ich selber habe im Rahmen der Ausbildung beide Gruppenkontexte kennenlernen und durchführen dürfen. Ich begann in meiner Praxis mit einer Depressions- und einer Angstgruppe, hier hatte ich im Rahmen meiner Verhaltenstherapie-Ausbildung am meisten Erfahrungen sammeln können und kannte auch entsprechende Gruppenpsychotherapiemanuale. Im weiteren Verlauf meiner Praxistätigkeit besuchte ich mehrere Fortbildungen zu störungsübergreifenden Gruppenkonzepten, unter anderen zu zielloffener Verhaltenstherapie bei Peter Fiedler, welche mich sehr überzeugten, sodass ich zunächst damit begann, Patient*innen mit depressiver und ängstlicher Symptomatik in einer Gruppe aufzunehmen, was sich auch schon deshalb anbietet, da die Symptomatik oft komorbid auftritt. Da ich sehr gute Erfahrungen damit machte, stellte ich meine Gruppen nach und nach zu überwiegend störungsübergreifenden Gruppen um, achte aber bei der Zusammenstellung der Gruppe darauf, welche Patient*innen mit welchen Diagnosen sich für das Setting eignen und zusammenpassen. Zuletzt beschäftigte ich mich vermehrt mit Möglichkeiten des Einsatzes der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) in der Gruppe. Als transdiagnostischer Ansatz der dritten Welle in der Verhaltenstherapie bietet dieser interessante Einsatzmöglichkeiten in Gruppenkontexten. In diesem Zusammenhang möchte ich hier auch noch auf die Möglichkeit schematherapeutischer Gruppenpsychotherapie hinweisen, die ich allerdings selber (noch) nicht anbiete.

Geschlossene vs. offene vs. halboffene Gruppen

Ich entschied mich für halboffene Gruppen, hauptsächlich, da ich geschlossene Gruppen in der ambulanten Praxis schwierig umzusetzen finde (zum Beispiel unterschiedliche individuelle Therapiedauer, Therapieabbrüche, manche Patient*innen brauchen dringender therapeutische Unterstützung und sollten nicht lange auf eine neue Gruppe warten). Insgesamt mache ich damit auch gute Erfahrungen, oft profitieren gerade neu in die Gruppe kommende Patient*innen gut von „erfahrenen“ Teilnehmer*innen.

Reine Gruppenpsychotherapien oder Kombinationsbehandlungen

Zu Beginn meiner gruppenpsychotherapeutischen Tätigkeit habe ich zunächst allen Patient*innen eine Kombinationsbehandlung angeboten. Das Angebot zusätzlicher Einzelsitzungen kommt insbesondere der Gruppenpsychotherapie skeptisch gegenüberstehenden Patient*innen sehr entgegen. Vermutlich spielte auch eigene Unsicherheit, ob „nur Gruppenpsychotherapie“ denn ausreiche, eine gewisse Rolle. Meine Erfahrung (die sich auch mit wissenschaftlicher Evidenz deckt) ist fast immer: „Ja, es reicht.“. Mittlerweile führe ich seltener Kombinationsbehandlungen durch und wenn, dann nur wenige Einzelsitzungen und überwiegend Gruppenpsychotherapie. Rein pragmatisch beantrage ich dennoch weiterhin häufig eine Kombinationsbehandlung, um mir die Möglichkeit offenzuhalten, auch später doch einzelne Einzelsitzungen durchzuführen, oder die Therapie zum Ende hin in größeren Sitzungsabständen im Einzelsetting auszuschleichen, was das Gruppensetting schlecht zulässt.

Zu Beginn meiner gruppenpsychotherapeutischen Tätigkeit habe ich zunächst allen Patient*innen eine Kombinationsbehandlung angeboten.



HINWEISE ZUM START

Regelmäßigkeit der Sitzungen (wöchentlich/14-tägig)

Ich mache gute Erfahrungen mit wöchentlichen Terminen, Patient*innen schätzen die Regelmäßigkeit, es kommt zu einem kontinuierlichen Therapieprozess und für mich reduziert es den organisatorischen Aufwand. Ich kenne aber auch Kolleg*innen, die gute Erfahrungen mit 14-tägigen Terminen machen, zum Beispiel um mehr Patient*innen überhaupt ein Versorgungsangebot zu bieten. Ich denke, insbesondere bei Durchführung von Kombinationsbehandlungen kann gegebenenfalls gut von der wöchentlichen Frequenz abgewichen werden. Ein Kollege machte beispielsweise Kombinationsbehandlungen mit dreimal Gruppen- und einmal Einzeltherapie im Monat.

Zusammensetzung der Gruppe (Selektion nach Alter, Geschlecht, Diagnosen)

Bezüglich der Gruppenzusammensetzung habe ich zunächst etwas herumprobiert. Strenge Kriterien für eine „gute“ Gruppenzusammensetzung empfinde ich als zu einschränkend. Ich entscheide das immer wieder individuell. In einer Fortbildungsveranstaltung lernte ich eine Dozentin kennen, die dies bezüglich des Alters und Geschlechts sehr strikt handhabte: ausschließlich gleichgeschlechtliche Gruppen in ähnlichen Altersklassen. Persönlich mache ich auch gute Erfahrung mit gemischten Gruppen, trennte häufiger ganz grob nach Alter.

Aktuell mache ich sehr gute Erfahrungen mit einer Gruppe jüngerer Erwachsener (< 30 Jahre) und keiner weiteren Differenzierung älterer Patient*innen. Vermutlich wären Patient*innen jenseits der Berentung noch eine gut zu trennende Subgruppe. Im Einzelfall vertraue ich auf meine therapeutische Einschätzung hinsichtlich der individuellen Gruppenpassung, nachdem ich die Patient*innen in den Sprechstunden oder Probatorik-Terminen kennengelernt habe.

Uhrzeiten für die Gruppe

Natürlich sind Abendstunden oder Gruppen am Samstag sicherlich leichter zu füllen, da sich diese Uhrzeiten für Berufstätige leichter einrichten lassen. Für den Start als Gruppenpsychotherapeut*in bietet das den Vorteil, schneller mit den Gruppen starten zu können und eine größere Basis an Patient*innen ansprechen zu können. So begann ich zunächst mit 18-Uhr-Gruppen, was von Patient*innen sehr geschätzt wurde. Ich mache die Erfahrung, dass andere Uhrzeiten sich auch gut umsetzen lassen, aber mit mehr Aufwand für die „Akquise“ der Patient*innen verbunden ist.

Räumliche Gegebenheiten (insbesondere auch in Hinblick auf die Coronapandemie)

Ich kenne Kolleg*innen, die primär deshalb keine Gruppen anbieten, weil ihre Praxisräume dies nicht hergeben und sie keine Praxisverlegung möchten. Ich empfehle jungapprobierten Kolleg*innen, die sich prinzipiell Gruppenpsychotherapie vorstellen können, daher unbedingt von vornherein bei der Wahl der Praxisräume auf eine ausreichende Größe für Gruppen zu achten.

Im Einzelfall vertraue ich auf meine therapeutische Einschätzung hinsichtlich der individuellen Gruppenpassung, nachdem ich die Patient*innen in den Sprechstunden oder Probatorik-Terminen kennengelernt habe.

Hürden zum Einstieg in die Gruppenpsychotherapie

Zusatzqualifikation

Ich konnte die Zusatzqualifikation für Gruppen glücklicherweise schon während meiner Ausbildung erwerben. Dies ist sicherlich ein komfortabler Weg, den auch immer mehr Institute anbieten. Zudem wird die Gruppenpsychotherapie auch in der neuen Weiterbildung fest integriert sein. In Gesprächen teilen mir Kolleg*innen immer wieder mit, dass sie vor dem Aufwand des nachträglichen Erwerbs dieser Zusatzqualifikation zurückschrecken. Hier gilt es weitere Lösungen zu finden, Hürden abzubauen und so den nachträglichen Erwerb der Qualifikation zu erleichtern. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Modalitäten zur Durchführung der Behandlungen unter Supervision. Ich empfehle interessierten Kolleg*innen, sich auch bei ihrem DPTV-Landesverband oder der KV über Fördermöglichkeiten zu informieren.

Organisatorischer Aufwand

Der Verwaltungsaufwand steigt sicherlich im Vergleich zu einer Praxis mit ausschließlich Einzeltherapie. Hauptgrund dafür sind nach meiner Erfahrung die höheren Fallzahlen: Es befinden sich durch die Gruppen mehr Patient*innen in laufender Therapie und ich führe auch mehr Sprechstundentermine durch, um Patient*innen für meine Gruppen zu finden. Dies geht zum Beispiel auch mit gestiegenen Anfragen/Anrufen einher, mehr Korrespondenz mit Krankenkassen und sonstigen Stellen (Kliniken, Haus- und Fachärzteschaft, Versorgungsämter, MDK, Rentenversicherungen). Gerade wenn man neu mit Gruppen startet, müssen

Sehr positiv zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Gutachterbefreiung für reine Gruppenpsychotherapien und Kombinationsbehandlungen mit überwiegend Gruppenpsychotherapie.

sich zudem Prozesse erst einspielen und die doch recht große Menge an Neupatient*innen auch administrativ

bewältigt werden. Zu überlegen ist hier sicherlich eine Delegation solcher Verwaltungsaufgaben an eine*n Mitarbeiter*in.

Sehr positiv zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Gutachterbefreiung für reine Gruppenpsychotherapien und Kombinationsbehandlungen mit überwiegend Gruppenpsychotherapie. Diese Gutachterbefreiung baut eine massive Hürde ab, den der Aufwand, für alle Teilnehmenden Gutachten zu erstellen, vormals darstellte.



Helge Sickmann

Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm., Psychologischer Psychotherapeut (VT), niedergelassen in Rüsselsheim in eigener Praxis für Erwachsene, spezialisiert auf Gruppenpsychotherapie. Mitglied des DPTV-Haushaltsausschusses und im DPTV-Landesvorstand Hessen. Mitglied im Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie im Ausschuss für Psychotherapie in der ambulanten Versorgung der Psychotherapeutenkammer Hessen.



Terminplanung/Akquise/Wartelisten

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass gerade zu Beginn es gar nicht so einfach ist, mehrere Gruppen auf einmal zu füllen. Im Laufe der Zeit hat sich das aber, gerade auch durch das Angebot halboffener Gruppen, gut eingespielt. Hilfreich ist sicher eine gute Vernetzung mit zuweisenden Ärzt*innen sowie psychotherapeutischen Kolleg*innen. Letztere schicken mir sehr zielgenau Patient*innen, die diese in den Sprechstunden oder auch laufenden Therapien bereits kennengelernt haben und eine besondere Indikation für eine Gruppenpsychotherapie sehen. Ich habe zu Beginn deutlich mehr Sprechstundentermine durchgeführt, um ausreichend Teilnehmer*innen für die einzelnen Gruppen gewinnen zu können. Da ich stets halboffene Gruppen durchführe, verteilte sich dieses im Verlauf etwas, dennoch besteht auch nach Etablierung der Gruppen insgesamt eine etwas höhere Patient*innenfluktuation als in der reinen Einzeltherapie. Dies ergibt sich zwangsläufig durch die höhere Zahl an Patient*innen, die in der Gruppenpsychotherapie behandelt werden können. Ein gut strukturiertes Wartelistensystem hat sich langfristig als sehr hilfreich erwiesen. Ich führe mit Patient*innen zunächst im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde ein Erstgespräch, um neben der ersten Beratung und diagnostischen Abklärung auch insbesondere die Gruppenpassung zu eruieren. Im Anschluss an das Gespräch erhalten Patient*innen einen Anamnesebogen, der auch die zeitliche Verfügbarkeit abfragt und ob Bereitschaft zu einer Gruppenpsychotherapie besteht. Dies ermöglicht bei freierwerdenden Gruppenplätzen passende Patient*innen zielgenau zu kontaktieren.

Bedenken seitens der Patient*innen

Ein grobes Screening, ob Patient*innen überhaupt zu Gruppenpsychotherapie bereit sind, erfolgt in meiner Praxis in der Regel schon im telefonischen Erstkontakt. Dabei folge ich nicht allzu strengen Regeln, da meiner Erfahrung nach viele Patient*innen zunächst Vorbehalte gegenüber Gruppenpsychotherapie haben, welche sich im persönlichen Kontakt oftmals ausräumen lassen. Auch für Patient*innen ist häufig das „klassische“, bekanntere Setting die Einzeltherapie. Hinsichtlich der Gruppenpsychotherapie besteht daher oft zu Beginn ein höherer Aufklärungsbedarf. Ich selber mache dies vor allem in den Sprechstunden, Kolleg*innen haben aber auch gute Erfahrungen mit schriftlichen Informa-

tionsblättern gemacht. Perspektivisch plane ich hierzu die Informationen auf meiner Website auszubauen (wenn es die Zeit zulässt). Zudem habe ich die Erfahrung gemacht, dass Patient*innen mit Vorerfahrungen mit Gruppenpsychotherapie, etwa im stationären Kontext, dem gruppenpsychotherapeutischen Angebot häufig offener gegenüberstehen. Diese sind oft sehr positiv überrascht von den vergleichsweise kleinen Gruppengrößen im ambulanten Setting. Die Aufklärung am Anfang lohnt sich! Ich mache überwiegend die Erfahrung, dass auch die Patient*innen, welche der Gruppenpsychotherapie zunächst skeptisch gegenüber standen, mit dieser Form der Behandlung letztlich sehr zufrieden sind und gut von der Behandlung profitieren.

EGO-STATE-THERAPIE

Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



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



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 2023-24

In den Seminaren 1-8 sind in diesem Curriculum noch einzelne Plätze frei. Die Termine finden Sie hier:
<https://est-rheinland.de/termine/>

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
Gebühren pro Seminar: 495 € inkl. Verpflegung.
Ab 1.1.2024: 545 €
Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de
WWW.EST-RHEINLAND.DE





Verena Nölke

Auf dem Land und in der Stadt: Wie anfangen mit Gruppenpsychotherapie?

Rückblick einer Verhaltenstherapeutin in ambulanter Praxis.

2014 habe ich mich in einem kleinen Ort – eher ein Dorf als eine Stadt – niedergelassen und mit der Gruppenpsychotherapie in meiner eigenen Praxis angefangen. Damals gab es noch ganz andere Bedingungen als heute. 2017 wurde grundlegendes in der Psychotherapie-Richtlinie verändert und damit für die Gruppenpsychotherapie vieles erleichtert. Jetzt habe ich bis zu sieben laufende Gruppen und zusätzlich alle paar Monate eine Gruppentherapeutische Grundversorgungsgruppe, bei mir „Schnuppergruppe“ genannt, weil der eigentliche Name denn doch etwas unhandlich und schlecht zu merken erschien. Reine Einzeltherapieplätze habe ich keine mehr, mache aber mit allen, die bei mir in Behandlung sind, eine Kombinationstherapie, also Gruppen- und Einzelsitzungen. In der Regel im ersten Abschnitt, der Kurzzeittherapie 1 mehr Einzelsitzungen, dann entweder Kurzzeittherapie 2 mit nochmal überwiegend Einzelsitzungen oder gleich Langzeittherapie mit überwiegend Gruppensitzungen. Gutachterberichte sind dadurch sehr selten.

Wenn ich heute eine Einzeltherapiepraxis hätte, die gut läuft, aber auch Gruppen implementieren wollen würde, dann würde ich manches wieder so machen wie 2014, manches aber auch anders. Wegen der Möglichkeiten, die es damals noch nicht gab, und die nun bestehen.

Gruppenkonzept

Anfangen würde ich wieder mit einer Gruppe. Ich würde mich wieder fragen: Welche Art von Gruppen machen mir Spaß? Störungsgemischte oder störungsspezifische? Zieloffene oder manualisierte? Alle Psychotherapeut*innen mit Gruppenqualifikation haben Gruppenerfahrungen und können sich diese Fragen sicher beantworten. Ich habe mich überwiegend für störungsgemischte, zieloffene Gruppen entschieden, vorwiegend einigermaßen altershomogen. Mit Ausnahmen: Immer wieder mache ich auch störungsspezifische Gruppen, zum Beispiel ab Januar eine Gruppe für Patient*innen mit Psychose-Erfahrungen. Wobei die Diagnosen unterschiedlich sein können. Ich hatte meist auch eine sehr „bunte“, sehr gemischte Gruppe, bei der ich darauf geachtet habe, dass nicht eine Person in der Exotenrolle ist, in der aber zum Beispiel das Altersspektrum groß war. Auch weltanschauliche Unterschiede bedingen oft sehr unterschiedliche Lebenswelten oder Bildungsgrade. In den Gruppen mit den größeren Spektren ergaben sich daraus wieder andere Chancen.

Auch weltanschauliche Unterschiede bedingen oft sehr unterschiedliche Lebenswelten oder Bildungsgrade. In den Gruppen mit den größeren Spektren ergaben sich daraus wieder andere Chancen.

Implementierung – ohne und mit Grundversorgungsmöglichkeit

Wie war der Beginn? Ich hatte Patient*innen, zu denen eine Gruppenpsychotherapie oder eine Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie besser passte als eine reine Einzeltherapie. Zu den klinischen Problembereichen gehörten beispielsweise Themen rund um soziale Kompetenz und Selbstsicherheit sowie Isolation/Einsamkeit. Aber auch Patient*innen, bei denen ich den Eindruck hatte, dass mein weibliches Geschlecht als Psychotherapeutin den anliegenden Themen rund um männliche Identität nicht ausreichend gerecht werden könnte und männliche Rollenmodelle von Vorteil wären. Und es gab Mütter mit kleinen Kindern, die in der Gruppe von anderen Müttern profitieren konnten. Sie erfuhren dort eine Resonanz, die ich als kinderlos Gebliebene ihnen nicht geben konnte.

Damals habe ich dann für den allerersten Patienten, dem ich die Kombinationstherapie vorgeschlagen habe, und der meinen Vorschlag erfreut angenommen hat, ein Zeitfenster geblockt. Ich habe mit ihm vereinbart, dass ab dem zweiten Patienten die Gruppe startet und bis dahin, wenn sich noch kein zweiter gefunden hat, Einzeltermine stattfinden. Das geht heute so nicht mehr. Die Mindestgröße für eine Gruppe sind drei Personen, allerdings gibt es jetzt die Möglichkeit der Gruppentherapeutischen Grundversorgung (GG).

Ich würde deshalb heute zweigleisig fahren: Mit den Bestandspatient*innen, die ich für meine geplante Gruppe passend finde, würde ich die Indikation zur Gruppenpsychotherapie besprechen und das für mich passende Zeitfenster festlegen. Den Start würde ich in circa drei Monaten planen. Oder auch in sechs Monaten, wenn ich eher der langsam warmlaufende Typ bin. Dann würde ich in diesem Zeitfenster eine GG einplanen, insgesamt vier Termine mit 100 Minuten in vier aufeinanderfolgenden Wochen. Ich würde in dieser Zeit viele Sprechstunden anbieten für Patient*innen, die sich in meiner Telefonsprechzeit melden oder gegebenenfalls auch denen, die über die Terminservicestelle an mich vermittelt werden. Ich würde an die Hausärzte*ärztinnen, Psychiater*innen in

Mit den Bestandspatient*innen, die ich für meine geplante Gruppe passend finde, würde ich die Indikation zur Gruppenpsychotherapie besprechen.

meiner Umgebung eine Mitteilung schreiben, wann diese GG für welche Patient*innen startet

und dies auch im Kolleg*innenkreis bekanntgeben. Wenn woanders schon eine Sprechstunde stattgefunden hat und die Patient*innen auf dem PTV 11 eine Empfehlung zur Gruppenpsychotherapie bekommen haben (oder zumindest zur ambulanten Psychotherapie in meinem Verfahren), können diese auch ohne erneute Sprechstunde bei mir direkt zur GG kommen. Sie müssen mir aber natürlich vorher Bescheid geben, damit ich planen

kann. Die Zahl der Mitglieder beträgt maximal neun. Ich war erstaunt, als ich mit der GG begonnen habe, wie schnell sie voll war.

Ich würde erst einmal allen, die noch in der Phase der psychotherapeutischen Sprechstunde oder höchstens Akuttherapie sind, die Schnuppergruppe vorschlagen. Ich erkläre, dass sie hier das Gruppensetting ausprobieren können, im Gruppensetting auch grundlegende Informationen dazu erhalten und sich erst dann für oder gegen eine Gruppenpsychotherapie entscheiden können. Bei mir findet viel Informationsvermittlung und Aufklärung in der GG statt.

Bei mir findet viel Informationsvermittlung und Aufklärung in der Gruppentherapeutischen Grundversorgung statt.

Die GG kommen sehr gut an, und etliche Patient*innen finden für diese vier Wochen Wege, teilnehmen zu können, auch wenn das Zeitfenster ihnen eigentlich nicht gut passt. Es bleiben dann – so meine Erfahrung – bei einem unattraktiven Zeitfenster nicht so viele übrig, die in diesem Zeitfenster dann auch weiter Therapie machen können und dies in der Gruppe wollen. Wenn es kein Randtermin ist, sondern zum Beispiel von 9 Uhr bis 10:40 Uhr, sind das circa zwei bis drei Patient*innen, die teilnehmen, bei einem attraktiven Zeitfenster (nach 16 Uhr oder vor 9:30 Uhr) sind es dagegen eher fünf bis sieben Patient*innen. Diese würde ich dann zusammen mit meinen Bestandspatient*innen, die meiner Empfehlung folgen möchten, in eine Gruppe nehmen. Vielleicht müsste ich für die Bestandspatient*innen bei der Krankenkasse noch eine Änderung des Kontingents beantragen.



Welche Therapiefrequenz?

Ich habe die festen Gruppen vierzehntägig angeboten, um sie mit Einzeltherapie im Wechsel organisieren zu können, mit einem Termin pro Woche. Außerdem hatte ich damals viele Patient*innen mit Schichtarbeit und niedrigerem Bildungsniveau. Ich dachte, vierzehntägig ist für Wechselschicht ideal, allerdings musste ich erfahren, dass auch bei vielen Patient*innen heutzutage kaum noch jemand in vierzehntägig wechselnden Schichten arbeitet.

Voriges Jahr habe ich den Praxisstandort gewechselt und festgestellt, dass mein bisheriges Konzept zu meinen Patient*innen am neuen – mehr städtischen – Standort viel weniger passt: Die Patient*innen sind im Unistädtchen Tübingen viel jünger, mobiler. Der intellektuelle Differenzierungsgrad ist höher. Die Therapiefrequenz sollte für diese Patient*innen höher sein, die Therapiedauer eher kürzer. Daher plane ich, zumindest einen Teil der Gruppen auf eine wöchentliche Frequenz zu legen. Aber das muss jede*r anhand seiner*ihrer Patient*innenstruktur entscheiden. Es gibt auch noch ganz andere Modelle, beispielsweise Gruppentherapie oder Gruppenpsychotherapie nahezu täglich in den Ferien (für Kinder und Jugendliche).

Warum Gruppenpsychotherapie anbieten, wenn Einzeltherapie auch Spaß macht und man von Einzeltherapie auch gut leben kann?

- Weil Gruppenpsychotherapie anders Spaß macht. Für mich ist der Spaßfaktor insgesamt höher.
- Weil das andersartige der Gruppenpsychotherapie eine Abwechslung darstellt. Ein Arbeitsalltag mit Abwechslung weniger anstrengend ist als ein gleichförmigerer.
- Weil eine gut laufende Gruppe mehr Spaß macht als eine gut laufende Einzeltherapie. Schon allein, weil mehr Menschen davon profitieren.
- Weil meine Wahrnehmung als Psychotherapeutin in der Gruppe ergänzt und korrigiert werden kann durch die Sicht der Patient*innen, die zum Beispiel in manchen Bereichen emotional feinfühler sind, wenn ich eher auf der kognitiven Ebene bin oder umgekehrt. Durch diese Möglichkeiten ist eine gut laufende Gruppe manchmal weniger anstrengend als eine Einzeltherapie.
- Weil meine Rückmeldungen in der Gruppe ergänzt, korrigiert und erweitert werden können und Patient*innen manchmal Rückmeldungen auf der Peer-Ebene besser annehmen können als von der Psychotherapeutin.
- Weil in der Gruppe Patient*innen sich selbst in unterschiedlichen Rollen erleben können, eine größere Methodenvielfalt möglich ist, spezifische Gruppentherapieeffekte dazu kommen und so weiter.
- Weil Gruppe gut vergütet wird.
- Weil ich keine Warteliste führen und keine Absagen wegen fehlender Kapazität erteilen muss. Wenn eine Therapie trotz therapeutischer Passung nicht zustande kommt, dann wegen fehlender Gruppenmotivation, nicht wegen fehlender Therapieplätze bei mir.



Fortlaufende, halboffene oder geschlossene Gruppe?

Wichtig ist noch die Entscheidung für eine fortlaufende, halboffene oder geschlossene Gruppe. Dies hängt sicher auch von der Entscheidung ab, ob ich eine manualisierte, störungsspezifische oder zieloffene Gruppe anbieten möchte. Ich habe mich damals für eine halboffene und auf ein bestimmtes Thema (Selbstsicherheit und soziale Kompetenz) fokussierte Gruppe entschieden.

Häufig ist für die Patient*innen allein schon die Erfahrung, in einer Gruppe mit lauter äußerlich ganz normalen Menschen zu sitzen, die alle ebenfalls gravierende Probleme haben, psychisch tatsächlich schon sehr entlastend.

Nicht jedoch auf eine bestimmte Diagnose begrenzte Gruppe. Ich arbeite auch nicht streng nach einem Manual. Die meisten der

Gruppen, die dann Zug um Zug über die Jahre in meiner „Landpraxis“ entstanden, waren zieloffene, störungsgemischte Gruppen. Nach einem wenig befriedigenden Versuch mit einer diagnosespezifischen Gruppe „Raus aus der Depression“, die von der Zusammensetzung zu heterogen war (Alter, Geschlecht), und zwei Angstbewältigungsgruppen, die mich ebenfalls nicht befriedigten

(eine ebenfalls zu heterogen, die andere sehr homogen, deshalb aber so wenige Teilnehmer*innen, dass sie schnell wieder „einging“) waren es vor allem nach der Lebenssituation (Alter, Entwicklungsaufgaben, Themen) zusammengesetzte Gruppen. Die Selbstsicherheitsgruppe blieb über die Jahre, mal mit mehr sozial phobischen Patient*innen, mal mehr mit selbstunsicheren. Hier im städtischen Tübingen plane ich jetzt wieder einen Versuch mit einer störungsspezifischen Gruppe für Patient*innen mit Psychoseerfahrungen. Es bleibt spannend.

Die Grundversorgungsgruppen machen mir sehr viel Spaß. Sie eignen sich meines Erachtens hervorragend, um die Motivation zu überprüfen (auch für die Patient*innen selbst), um Information und Aufklärung zu vermitteln. Häufig ist für die Patient*innen allein schon die Erfahrung, in einer Gruppe mit lauter äußerlich ganz normalen Menschen zu sitzen, die alle ebenfalls gravierende Probleme haben, psychisch tatsächlich schon sehr entlastend.

Warum lieber keine Gruppenpsychotherapie anbieten?

- Weil Veränderung insbesondere im Arbeitsalltag anstrengend ist.
- Weil mehrere Patient*innen im Blick zu haben deutlich anstrengender ist als eine Person in der Einzeltherapie.
- Weil eine schlecht laufende Gruppe auch aufgrund der Gruppendynamik deutlich anstrengender ist als eine schlecht laufende Einzeltherapie. Auch in der emotionalen Dynamik der Psychotherapeutin: Bloßstellungsgefühle, Scham und so weiter.
- Weil Psychotherapeut*innen, die eher keine „Rampensau“ sind, hier mehr mit ihren selbstunsicheren Anteilen konfrontiert sind.
- Weil narzisstisch oder histrionisch akzentuierte Patient*innen in der Gruppe unter Umständen eine Bühne finden, die sie anstrengender machen als in der Einzeltherapie.
- Mehr Dokumentationsaufwand und mehr Organisationsaufwand.
- Größere Räume verursachen höhere laufende Kosten.
- Patient*innen sind meistens zu einer Einzeltherapie motiviert, häufiger aber enttäuscht, wenn es „nur“ Gruppenplätze gibt und dazu nicht motiviert. Das führt für Psychotherapeut*innen zu weniger „emotional befriedigenden“ Sprechstunden mit sich optimal versorgt fühlenden Patient*innen.
- Solange ich in einer sehr unterversorgten Gegend praktizierte, gab es auch das Risiko, dass Patient*innen sich „zähneknirschend“ auf die Kombinationstherapie einlassen, weil es „besser ist als nichts“, im Gruppenprozess dann eher unmotiviert mitmachten und nicht lange blieben.



Verena Nölke

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin für Erwachsene im Verfahren Verhaltenstherapie. 2001 bis 2008 Gruppenpsychotherapeutin im Klinikkontext, 2010 bis 2014 als Angestellte ambulanter Gruppenpsychotherapien. Seit 2014 in eigener Praxis niedergelassen, erst im ländlichen Raum (Neckartenzlingen, Baden-Württemberg), seit Juni/Juli 2021 im städtischen Raum (Tübingen).

Fazit

- Die Nachteile „mehr Dokumentations- und Organisationsaufwand“ werden mit dem höheren Honorar meines Erachtens mehr als ausreißend abgegolten.
- Die geringere Bereitschaft unter den Patient*innen, an einer Gruppenpsychotherapie teilzunehmen, bringt den Vorteil mit sich, niemandem eine Absage erteilen zu müssen. Die „zähneknirschende“ Motivation habe ich versucht, in der Probatorik genau abzuklopfen und gegebenenfalls von einer Gruppenpsychotherapie abgeraten. Heute praktiziere ich in einer rechnerisch stark überversorgten städtischen Region. Hier habe ich das Problem weniger, weil es genug Einzeltherapieplätze gibt. Dafür habe ich jetzt eine „Konkurrenzsituation“, die ich versuche, durch Austausch und Vernetzung sowie Anpassung meines Gruppenangebots an den Bedarf zu verändern.
- Die narzisstischen Patient*innen strengen mich in der Gruppe tatsächlich manchmal ziemlich an. Ich persönlich kann sie in Einzelsitzungen besser führen. Auch histrionisch gefärbte Patienten*innen und andere Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen können in einer Gruppe anstrengender sein als in der Einzelsitzung. Aber gerade das Gruppensetting bietet hier insbesondere Chancen. Zum Beispiel üben, sich auch zurückzunehmen, anders in Kontakt zu gehen und so weiter.
- Ich kombiniere die Gruppensitzungen mit Einzeltherapie, was natürlich nicht allen Patient*innen gerecht werden kann, aber für mich einen brauchbaren Kompromiss darstellt.
- Ich selbst brauche immer wieder Veränderung, am liebsten selbst gestaltete statt überraschend hereinbrechende wie die durch die Viruspandemie. Gruppen und deren Planung geben mir andere Gestaltungsspielräume als bei einem reinen Einzeltherapieangebot. Darüber hinaus erfahre ich hier Raum, mich persönlich nochmal mehr weiterzuentwickeln als in den Einzeltherapien, die mich als berufserfahrene Psychotherapeutin inzwischen seltener herausfordern.
- Die größeren Räume sind zwar teurer, aber auch schöner in der Arbeitsatmosphäre als ein zehn bis zwölf Quadratmeter großes Einzeltherapieräumchen. Und wenn man die großen Zimmerpflanzen, Regale, Stehlampen und alles, was nur der Gemütlichkeit dient, weglässt, lassen sich in einem Einzeltherapieraum, in dem man bei Bedarf vorher maximal ein Angehörigengespräch führen konnte, kleine Gruppen machen. In einem 25-qm-Raum lassen sich Corona-Abstände einhalten. Meine Erfahrung: Wo bis 2017 vier Patient*innen und eine Psychotherapeutin bequem Platz fanden, fanden bei mir nach den Neuregelungen 2017 sechs Patient*innen und eine Psychotherapeutin etwas beengter Platz und ab April/Mai 2020 durch radikale Entrümpelung sechs Patient*innen und eine Psychotherapeutin mit einem Abstand von 1,8 Meter zueinander, also einem Abstand, der „vor Corona“ als zu distanziert empfunden worden wäre. Seit meinem Umzug habe ich mit 36 Quadratmetern einen optimalen Gruppenraum, zahle aber auch eine entsprechende Miete.

Master-Studium nach auslaufendem PsychThG
Nur noch für kurze Zeit: Jetzt Chance nutzen!

Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie & Psychotherapie (M. Sc.)

Bewerbungsfrist für das Sommersemester 2023: 15.01.2023

universität Witten/Herdecke

DEUTSCHLANDS GRÖSSTES HOCHSCHULRANG
CHE Ranking
 2022 / 2023
 Top 5 Studium

Ab dem Wintersemester 23/24 ist an der Universität Witten/Herdecke ein Master-Studium nur noch mit Bachelor-Abschluss nach neuer Approbationsordnung möglich.

Erfahren Sie mehr über das aktuelle Master-Studium in Witten

- Schnupperseminar zum Studiengang – nächster Termin: 10.12.2022
- Allgemeine Studienberatung

Mehr Infos unter:
www.uni-wh.de/psychologie-m-sc

Ihr Kontakt bei Fragen:
bewerber-psychologie@uni-wh.de





Kurz gefasst

Dieser Erfahrungsbericht liefert Praxisbeispiele von der dyadischen Leitung einer Psychotherapiegruppe. Es werden Themen wie das Treffen gemeinsamer Absprachen im Team, Grenzsetzung, Rollenaufteilung, sowie gemeinsames Lernen behandelt. Die Vor- und Nachteile einer dyadischen Gruppenleitung werden reflektiert und abschließend noch Umsetzungstipps gegeben. Schlagworte: Dyadische Gruppenleitung, Leitung im Team, Co-Leitung, Gruppenleitung mit Co-Psychotherapeut*in.

Svenja Wilhelm

Über die dyadische Leitung einer Psychotherapiegruppe

Meine Kollegin und ich scherzen manchmal über unsere „zweite“ Ehe. Unsere gemeinsame Rolle gleicht der eines Elternpaares für unsere Gruppe.

Absprachen treffen

Warum wir Gruppenpsychotherapie in Co-Leitung als unsere „zweite“ Ehe empfinden? Wir sehen uns regelmäßig (einmal pro Woche), tragen gemeinsam Verantwortung für andere und müssen viele Absprachen und Entscheidungen gemeinsam treffen. Wir befinden uns in einem stetigen kollegialen Austausch: Was passiert gerade in der Gruppe? Was sind die zentralen Themen? Was machen wir diese Woche? Wie gehen wir mit dem Verhalten Einzelner um? Wir erarbeiten uns ein gemeinsames Verständnis der Abläufe in der

Insbesondere für den Umgang mit Regelverletzungen oder Krisen ist es wichtig (möglichst schon vorab) ein gemeinsames Handlungsrationale zu entwickeln.

Gruppe und reflektieren das Verhalten aller Beteiligten. Wir helfen uns gegenseitig, unsere jeweils blinden Flecken zu reduzieren. Wir müssen uns einigen oder zugeben: „Darin sind meine Kollegin und ich uns (noch) nicht einig“. Eine selektive Offenlegung von Uneinigkeiten innerhalb des Psychotherapeut*innen-Teams und das Treffen von Absprachen vor der Gruppe („Wie würdest Du es jetzt gerne machen? Ich würde jetzt diesem Thema Vorrang geben.“) kann verdeutlichen, dass „sogar“ unter „Eltern“ nicht immer Einigkeit bestehen muss.

Grenzen setzen

Insbesondere für den Umgang mit Regelverletzungen oder Krisen (zum Beispiel Suizidalitätsäußerungen innerhalb der Gruppe) ist es wichtig (möglichst schon vorab) ein gemeinsames Handlungsrationale zu entwickeln: Wie gehen wir mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten um? Was sind die Regeln und auch Grenzen unseres Angebots? Vor allem im Gruppenkontext können durch unterschiedlich strenge Regelauslegungen schnell Ungerechtigkeitsgefühle bei den Teilnehmenden ausgelöst werden. In Analogie zur Erziehung ist es zu begrüßen, wenn beide „gemeinsam an einem Strang“ ziehen und definierte Regeln auch konsequent umsetzen. Beispielsweise hatten wir eine unterschiedlich strenge Haltung zur Erhebung von Ausfallhonoraren bei kurzfristigen Absagen. Dies führte dazu, dass ich einen Patienten aus dem Bezugstherapeutinnen-system meiner Kollegin vor der Gruppe auf ein noch ausstehendes Ausfallhonorar ansprach. Dieser reagierte verärgert und beschämt. Zukünftig könnten wir hierbei untereinander noch bessere Absprachen treffen: Wie und wann klären wir so etwas? Klärt die Bezugstherapeutin so etwas erst nach der Gruppensitzung mit Patient*in X unter vier Augen?

Die Abstimmung untereinander ist sehr wichtig:
Wer führt/fragt/antwortet jetzt?

CO-LEITUNG UND KOMBI

Rollen aufteilen

Gibt es bei uns einen „good cop“ und einen „bad cop“?

Die Abstimmung untereinander ist sehr wichtig: Wer führt/fragt/antwortet jetzt? Ein Impulsvortrag oder eine Ideensammlung am Flipchart ermöglicht für eine kurze Zeit eine sehr feste Rollenaufteilung. Bei Letzterem kann zum Beispiel eine Person das Gruppengespräch moderieren, während die*der andere am Flipchart mitschreibt. Ansonsten ist ein konstanter Rollenwechsel angesagt. In der schematherapeutischen Gruppenarbeit wird zwischen Fokus-Therapeut*in und Weaving-Therapeut*in unterschieden. „Weaving“ ist englisch für weben oder Pendelbewegungen und beschreibt ein Therapeut*innenverhalten, bei welchem der Blick über die Gruppe „gleitet“. Während der*die Fokus-Therapeut*in die volle Aufmerksamkeit auf die*den aktuell Sprechende*n richtet, stellt der*die Weaving-Therapeut*in Blickkontakt zu den Zuhörenden her und verhindert so eine isolierte Einzelarbeit vor der Gruppe. Ziel der Weaving-Therapeutin*des Weaving-Therapeuten ist es, auch den Zuhörenden zu signalisieren, „Du bist wichtig“, emotionale Reaktionen wahrzunehmen und anzusprechen, und den Rest der Gruppe wieder zu involvieren, zu motivieren und zu aktivieren. Dazu kann es hilfreich sein, wenn das Psychotherapeut*innen-Team einander gegenüber anstatt nebeneinander sitzt. In dem Buch „Schematherapie in Gruppen“ (Farrel & Shaw, 2013) gibt es ein Kapitel zur Arbeit in einem Co-Therapeut*innen-Team mit Abstimmungsübungen für Co-Therapeut*innen (REF 6).

Gemeinsam lernen

Das Gruppensetting mit zwei Psychotherapeut*innen bietet spezifisch hilfreiche und einzigartige Bedingungen für ein gemeinsames Lernen. Während des Psychiatriejahres schauen die Psychotherapeut*innen im Praktikum/die Anfänger*innen erst einmal zu, wie ein*e erfahrener*e Psychotherapeut*in die Gruppe leitet und übernehmen dann erst einzelne Sitzungen, später die ganze Gruppe. So kann eine kontinuierliche Kompetenzentwicklung gefördert werden, wie sie zum Beispiel in der Kompetenz-Trainings-Spirale (Zarbock, Schweigert & Hampel, 2017) beschrieben wurde. Nach Zarbock et al. kann das Beobachten von Können unter Realbedingungen („Können 2“), wie bei den verhaltensnahen Rollenmodellen der Co-Gruppenleitung, sehr hilfreich sein und das Anwendungswissen auf Skriptebene fördern; ebenso wie die gemeinsame Reflexion des Erlebten. Beobachtungen können nach der Gruppe in einer kurzen Nachbesprechung intervisorisch genutzt werden.

Vorteile

1. Ein Bezugstherapeut*innensystem ermöglicht die Zuordnung der jeweiligen Gruppenteilnehmenden zu einer leitenden Person. Somit können eventuell ergänzende Einzelsitzungen (Probatorik, Krisenkontakte et cetera) besser in den Praxisalltag integriert werden. Dies kann bei zeitgleicher krisenhafter Exazerbation mehrerer Gruppenteilnehmenden auch eine **Überforderung der Leitenden verhindern** helfen.
2. Bei auftretenden interpersonellen Schwierigkeiten oder einer herausfordernden Gruppendynamik gibt es eine **zweite Meinung** aus Psychotherapeut*innensicht.
3. Ein*e Leitende*r kann während der Gruppensitzung den **Raum zur Begleitung einer Patientin*eines Patienten verlassen**, der*die andere bei der Gruppe verbleiben, wenn dies indiziert ist (Achtung: Verstärkung).
4. **Lernen am Modell** der*des jeweils anderen Leitenden, kollegialer Austausch und **Intervision** sind möglich.
5. **Größere Wirksamkeit** der Behandlung: höhere Effektstärken in Gruppenbehandlungen mit Co-Psychotherapeut*innensystem als in Gruppen, die einzeln geleitet werden (Farrel & Shaw, 2013).
6. Aufteilung der anfallenden Raumkosten (eventuell wird ein größerer Raum benötigt).
7. Im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung bestehen attraktive Vergütungsoptionen für eine gemeinsame Gruppenleitung beim Bezugstherapeut*innensystem.

Nachteile

1. **Abstimmungsaufwand** mit der Kollegin*dem Kollegen für Organisatorisches, sowie die Vor- und Nachbereitung der Gruppensitzungen.
2. Abspracheschwierigkeiten, **Unstimmigkeiten, Rollenkonflikte, Konkurrenz**, hierarchische Unterschiede oder eine schlechte persönliche Passung in der Psychotherapeut*innendyade könnten die Zusammenarbeit erschweren.
3. Bei tatsächlichem **Streit** innerhalb der Psychotherapeut*innendyade sollte eine supervisorische Unterstützung außerhalb der Gruppensitzung aufgesucht werden. Eine Austragung vor der Gruppe ist kontraindiziert.
4. **Abrechnungsprobleme** können im Bezugstherapeut*innensystem schnell auftreten, wenn zum Beispiel die Gesamtgruppe acht Teilnehmende umfasst und an einem Termin zwei von vier Teilnehmenden bei Bezugstherapeut*in 1 (T1) fehlen. Nach der aktuellen Regelung können ihre*seine verbleibenden restlichen zwei Teilnehmenden nicht mehr als Kleingruppe abgerechnet werden. Obwohl die gesamte Psychotherapiegruppe insgesamt durchaus fünf oder mehr Teilnehmende haben könnte (je nach Anzahl der anwesenden Teilnehmenden von Bezugstherapeut*in 2 (T2)).
5. Die **Aufspaltung in zwei Kleingruppen** im Bezugstherapeut*innensystem kann Einflüsse auf die Gruppendynamik haben.
6. Da es aktuell leider nicht möglich ist, dass sich die Leitenden bei Krankheit oder Urlaub gegenseitig vertreten, könnten Ungerechtigkeits-, Neid- und Konkurrenzgefühle bei den Teilnehmenden auftreten („Warum fällt meine Gruppe so oft aus, T1 ist oft krank, ich will zu T2“).
7. In Extremfällen könnte es zu einer Idealisierung einer*eines Leitenden kommen und eventuell der Abwertung der*des jeweils anderen Leitenden. Mit solchen **Spaltungsphänomenen** umzugehen, kann eine sehr große Herausforderung darstellen. Eine starre „good-cop-bad-cop“-Rollenaufteilung könnte solche Spaltungsphänomene verstärken.

Praxisimpuls: Sollte ich selbst eine dyadische Gruppenleitung ausprobieren?

1. **Selbstreflexion:** Liegt mir die Arbeit mit Gruppen? Interessiert/energetisiert oder hemmt mich Teamarbeit?
2. **Suche nach einer*einem geeignete*n Partner*in:** Mit welcher Psychotherapeutin*welchem Psychotherapeuten verstehe ich mich gut, bin ich in ausreichender räumlicher Nähe und könnte mir vorstellen, eine Gruppe gemeinsam zu leiten?
3. **Testphase:** Gemeinsames Anbieten kürzerer Gruppen, um währenddessen und danach ehrlich zu prüfen: Können wir die Gruppe tatsächlich gut zusammen leiten? Geraten wir viel in Abstimmungsschwierigkeiten? Haben wir eine ähnliche therapeutische Grundhaltung? Lernen und profitieren wir voneinander? Oder geraten wir oft in Machtkämpfe, Vergleichs- oder Konkurrenzsituationen? Führt die dyadische Leitung zu einer vermehrten Anstrengung oder einer Entspannung/einem Zugewinn?

Bei der dyadischen Leitung sind die Passung zueinander und die Zusammenarbeit als Behandlungsteam zentral. Unserer Erfahrung nach ist eine Leitung innerhalb der Dyade sinnvoll, wenn die Psychotherapeut*innen bereits miteinander bekannt sind, bestenfalls gerne miteinander arbeiten und dies eventuell auch bereits in kürzeren Gruppen erprobt haben. Ideal ist, wenn sich die eigenen Persönlichkeitsstile gut ergänzen, gemeinsame Themenschwerpunkte/Grundhaltungen und ähnliche Bedürfnisse nach Sitzungsstrukturierung und -vorbereitung bestehen. Alters-, Geschlechts- und Persönlichkeitsunterschiede können vorteilhaft sein.



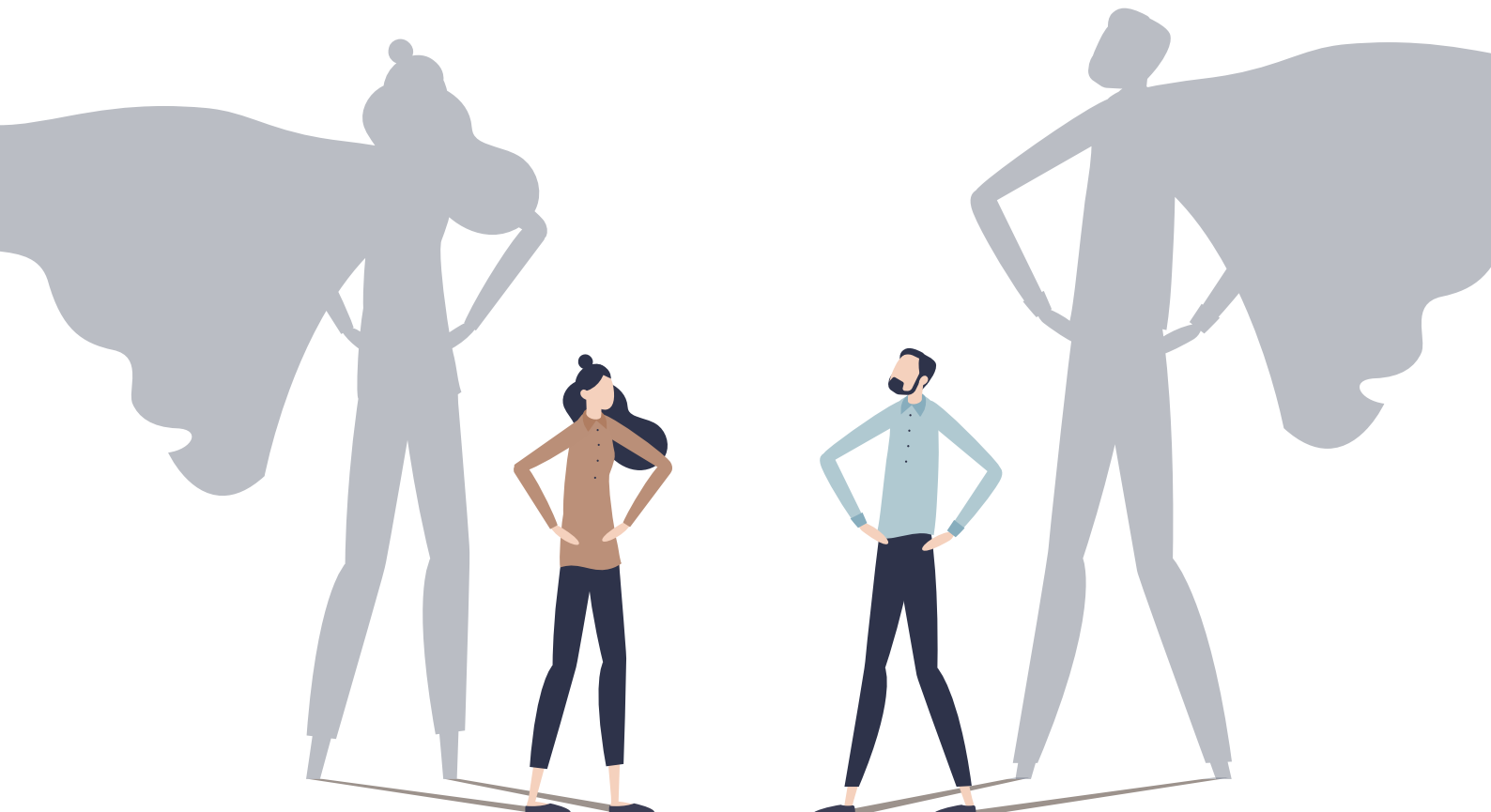
Farrell, J. & Shaw, I. (2013). Schematherapie in Gruppen. Basel: Beltz.
 Zarbock, G., Schweigert, E. & Hampel, J. Die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) – ein Beitrag zur Kompetenzorientierung in der VT-Supervision. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2017, 38 (3), 216-232.



Svenja Wilhelm

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT). Leitet zum Erwerb der Gruppenfachkunde ihre zweite mehrjährige, transdiagnostische, themenoffene, verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppe dyadisch am Institut für Verhaltenstherapieausbildung Hamburg (IVAH). Dozentin zum Thema Gruppenpsychotherapie, transdiagnostisches Gruppentherapiemanual in Arbeit. Zudem tätig in eigener Privatpraxis im Verbund psychotherapeutischer Praxen Stabile Psyche.

Das Gruppensetting mit zwei Psychotherapeut*innen bietet spezifisch hilfreiche und einzigartige Bedingungen für ein gemeinsames Lernen.



Dominik Ohlmeier, Ulrike Stalitz-Erche

Gemeinsam ambulante Gruppen leiten – eine Ermutigung

Ein schriftlicher Dialog über eine gemeinsam durchgeführte tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie.

Als wir im letzten Jahr von der neu geschaffenen Möglichkeit erfuhren, Gruppen in der Regelversorgung gemeinsam zu leiten, brauchten wir nicht lange, um einen „Testballon“ zu starten. Wir leiten beide seit einiger Zeit psychodynamische Gruppentherapien und sind gemeinsam in einer Gruppensupervisionsgruppe. Jeweils haben wir neben der tiefenpsychologischen Ausbildung eine körpertherapeutische Weiterbildung und hatten die Idee, gruppentherapeutische Übungen aus diesen Bereichen mit dem strukturbezogenen Arbeiten nach Rudolf zu verknüpfen.

Von November 2021 bis Mai 2022 leiteten wir gemeinsam eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie. Die Gruppe bestand anfangs aus zehn Teilnehmer*innen, jeder von uns brachte fünf eigene Patient*innen mit, die jeweils auch weiterhin in Kombi in Einzeltherapie bei uns verblieben. Das Setting war vierzehntägig jeweils für 150 Minuten konzipiert. Dies erschien uns aufgrund der Größe der Gruppe und des erfahrungsorientiert übenden Ansatzes als angemessen.

Was hat uns dazu bewogen gemeinsam eine Gruppe anzubieten?

Dominik Ohlmeier: Meine Erfahrungen aus dem klinischen psychosomatischen Alltag mit dem Co-Leiten von Gruppen waren weitestgehend positiv. Insbesondere die systemische Methode des „Reflecting Team“ oder das „laut denken“, die auch in den mentalisierungsbasierten Gruppentherapien zum Einsatz kommt, finde ich für alle Beteiligten bereichernd. Auch im ambulanten Bereich finde ich es hilfreich, aus dem „Einzelkämpfermodus“ auszusteigen und sich gegenseitig zu unterstützen. Es werden natürlich auch empfindliche Punkte berührt, da wir uns ja gegenseitig in die Karten schauen lassen. Sicher hilfreich war da unsere gemeinsame intervisorische und supervisorische Geschichte.

Insbesondere die systemische Methode des „Reflecting Team“ oder das „laut denken“, die auch in den mentalisierungsbasierten Gruppentherapien zum Einsatz kommt, finde ich für alle Beteiligten bereichernd.

Wie hast Du das empfunden?

Ulrike Stalitz-Erche: Mich reizte auch, dass kollegiale Miteinander in meine ambulante Praxis zu integrieren: Einen anderen Arbeitsstil zu erfahren, andere Perspektiven, Gegenübertragungswahrnehmungen und Impulse auf meine Patient*innen zu bekommen, und sie ihrerseits in ihrer Interaktion mit einem anderen Leiter zu erleben. Sehr wertvoll war für mich die Tasse Tee mit dem Austausch danach: Gemeinsame Freude über wesentliche Schritte von Patient*innen, Raum für selbstkritisches Hinterfragen oder auch Sequenzen gemeinsam zu reflektieren.



Woran würdest du diese Erleichterung im konkreten Prozess in der Gruppe festmachen?

Ulrike Stalitz-Erche: Auf verschiedenen Ebenen: Vorab, in der Konzepterstellung und dem Vor- und Nachbereiten der Gruppenstunden war für mich der gemeinsame Prozess, sprich Dinge im Dialog zu entwickeln, hilfreich. Und im therapeutischen Handeln selbst ein Gegenüber zu haben, das in der Unplanbarkeit einer Gruppenstunde mitnavigiert. Direkt, wie du beschreibst, zum Beispiel in Form von transparent angebotenen Wahrnehmungen in die Gruppe oder durch viele kurze verbale oder nonverbale Abstimmungen zwischendurch. Zudem die Aufteilung der Zuständigkeit der je Gruppenstunde wiederkehrenden Kernbestandteile – wie Achtsamkeitsübung, Eingangsrunde, Übungsanleitung, Sharing, Abschlussrunde – war für mich erleichternd. Es schaffte Freiräume, mit Abstand auf den Prozess zu schauen. Ebenfalls war der dynamische Fokuswechsel von uns beiden in der Gruppe sehr gut – wie der Blick auf den Einzelnen, die Resonanzen in der Gruppe, den Gruppenprozess als Ganzes oder auch die Zeit und die Rahmenbedingungen (Corona-testung, Stoßlüften, ...). Deckt man sonst doch alle Ebenen gleichzeitig ab.

Dominik Ohlmeier: Ja, das entlastet: Ist beispielweise ein*e Therapeut*in am Arbeiten mit einem Patienten*iner Patientin oder einem Thema, an das andere Gruppenmitglieder emotional andocken und Redebedarf entsteht, kann der andere aus Distanz heraus mehr den gesamten Prozess im Blick behalten und einbringen. („Ich sehe, dass das gerade ein ganz wichtiges Thema berührt, andererseits war es ja ein Anliegen der Gruppe heute noch viel Raum für die Abschlussrunde zu haben.“). Das Feedback der Patient*innen an uns war diesbezüglich ermutigend: Unsere gemeinsame Prozesssteuerung sei authentisch gewesen und habe modellhaft gezeigt, wie Konflikte über Kommunikation lösbar seien.

Ulrike Stalitz-Erche: Ein wesentlicher Punkt für die Entscheidung zur Co-Leitung war für mich, dass wir beide uns mit dem Konzept, Achtsamkeit und Erfahrungsorientierung in die Gruppe zu integrieren, an Neuland heranwagten. Das war sehr viel leichter gemeinsam anzugehen.

CO-LEITUNG UND KOMBI

Dominik Ohlmeier: Ja, das gewohnte geschichtstherapeutische Gruppensetting teilweise zu verlassen und als Kernbestandteil jeder Gruppensitzung zu Übungen einzuladen erforderte etwas Mut. Beispielsweise die „Kontrollierte Annäherung“ (Perquin & Fischer-Bartelmann, 2001), in der ein Protagonist jeweils einen Rollenspieler durch Gesten näher auf sich zukommen lässt und die Effekte von Nähe und Distanz auf das innere Erleben erfahrbar machen konnte. Es konnte mit verschiedenen Variablen (Geschlecht, Position, Annäherung von vorne, seitlich oder hinten) experimentiert werden und im Anschluss fand ein Austausch zu zweit und dann in der gesamten Gruppe statt. In dieser Übung wurden die Strukturqualitäten aus dem Bereich der Selbst- und Objektwahrnehmung sowie der Selbststeuerung adressiert. Wir überlegten im Vorfeld passende Übungen und wie die Gruppe oder Dyade als Hilfs-Ich-Funktion genutzt werden konnte.

Besonders beeindruckend empfand ich, wie der von uns in die Übungen eingeführte Modus der Achtsamkeit half, das Alltagsbewusstsein zu verlassen und sich und das Gegenüber sehr viel feiner wahrzunehmen.

Ulrike Stalitz-Erche: Besonders beeindruckend empfand ich, wie der von uns in die Übungen eingeführte Modus der Achtsamkeit half, das Alltagsbewusstsein zu verlassen und sich und das Gegenüber sehr viel feiner wahrzunehmen. Oft drückten die Patient*innen im Nachhinein ihr Erstaunen aus, welche intensive Erfahrung die zu Beginn so schlicht daherkommenden Übungen boten, wie beispielsweise auch bei der „Begegnungsübung“ (Martin Schulmeister, 2020), bei der es die Anweisung gab, durch den Raum zu gehen, vor jemandem innezuhalten, mit der Aufmerksamkeit erst beim anderen, dann wieder bei sich zu sein und dies verbal zu unterstreichen („Ich sehe dich und bleibe ganz bei mir.“).

Das schlägt die Brücke zur Frage, die uns immer wieder gestellt wird, wie wir das in das klassische tiefenpsychologisch-orientierte Vorgehen integriert sehen.

Das erfahrungsorientierte Vorgehen nutzen wir eingebettet in das psychodynamische Paradigma. Es dient dem tieferen Verständnis von Konflikt- und Strukturthemen, Übertragung und Gegenübertragung.

Ulrike Stalitz-Erche: Das erfahrungsorientierte Vorgehen nutzen wir eingebettet in das psychodynamische Paradigma. Es dient dem tieferen Verständnis von Konflikt- und Strukturthemen, Übertragung und Gegenübertragung et cetera. So wurde in den Übungen gemäß diesem tiefenpsychologischen Rahmen neben Strukturaspekten auch ein Zugang zu intrapsychischen Konflikten ermöglicht: „Ich konnte gar nicht ganz bei mir sein, weil ich so darauf fokussiert war, dass die Übung für den anderen gut wird ... und das geht mir ständig im Leben so, ich kümmere mich lieber um die anderen“.

Im einzeltherapeutischen Setting sind im Zuge der zunehmenden Profilierung der Tiefenpsychologie als eigenständigem Verfahren aktivierende oder erlebniszentrierte Techniken zwar kontrovers diskutiert, inzwischen wohl aber weit verbreitet, um „neue Erfahrungshorizonte aufzuschließen und so das Wissen über sich selbst zu vertiefen“, wie Jaeggi und Riegels (2009) in ihrem Buch „Techniken und Theorie der tiefenpsychologischen Psychotherapie“ diesem Thema systematisch nachgehen. Zur Frage, wie dies in Psychotherapiegruppen möglich ist, gibt es vielfältige Ansätze (vgl. Thielen, 2013), ein systematischer Integrationsversuch für tiefenpsychologisch orientierte Arbeit in Therapiegruppen ist uns dagegen nicht bekannt.

Vielleicht kann unsere Erfahrung auch eine Ermutigung zu einer lebenslangen professionellen Weiterentwicklung sein?

Ulrike Stalitz-Erche: Ja genau. Spannend finde ich in diesem Zusammenhang, dass sich diese für uns ganz subjektiv positiv empfundene Bereicherung unseres therapeutischen Alltags auch als protektive Faktoren der Selbstfürsorge von uns Psychotherapeut*innen fassen lassen. Internationale Langzeitstudien zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeut*innen über die Lebensspanne (Jeschke & Wolff, 2010) zeigen unter anderem, dass vielfältige Behandlungsmodalitäten (Einzel, Gruppe, Paare), Unterstützung durch das professionelle Umfeld und eine kontinuierliche Reflexion des eigenen Tuns zentrale Faktoren sind, die einen positiven Entwicklungsverlauf von Psychotherapeut*innen über die Lebensspanne wahrscheinlicher machen und Stagnation verhindern.

Und wie ging es dir mit dem sich in die Karten schauen lassen?

Ulrike Stalitz-Erche: Das empfand ich schon auch als Wagnis. In Supervision oder Intervision filtert man ja das, was man von sich preisgeben möchte, heraus, im gemeinsamen Tun ist alles unmittelbar voneinander sichtbar. Es braucht einen Vertrauensvorschuss, vom anderen wohlwollend betrachtet zu werden. Und das Commitment, dass alles Irritierende oder kontrovers Gehandhabte thematisiert werden kann. Dies ist ein ungewohnter Raum, der zusammen gestaltet werden will. Hilfreich war für mich, dass wir uns dafür im Vorfeld Zeit genommen haben. Auch zu thematisieren, was schiefgehen könnte und wie wir dann damit umgehen.

Wie hast du das erlebt?

Dominik Ohlmeier: Mir ging das ähnlich wie dir, beim gemeinsamen Leiten bekommst du schon viel mit voneinander. Das spricht ja auch die Scham an, wenn etwas nicht ideal läuft. Ich glaube, da habe ich auch ein gesundes Stück generelles Vertrauen in den gemeinsamen Prozess und das Lernen durch vermeintliche Fehler. Ich würde nicht gern mit jemandem leiten, der Perfektion ausstrahlt oder erwartet.

Was hat dich am meisten bei unserem Aufbruch ins Neuland überrascht?

Ulrike Stalitz-Erche: Die Dynamik zu Beginn zwischen uns hatten wir nicht geahnt. Es war wie bei einer Patchworkfamilie – jeder brachte „seine*ihre“ Patient*innen mit und war etwas aufgeregt, dass sie vom anderen „akzeptiert“ werden. Der Modus ist anders als in der Einzeltherapie, in der man vor Beginn einer Psychotherapie die Passung ausprobiert. Das wäre natürlich auch anders gewesen, hätten wir gemeinsam ganz neue Patient*innen aufgenommen. Wir hatten uns jedoch dafür entschieden, die Gruppenplätze den Patient*innen von uns anzubieten, die neben der Symptomatik, die sie in Therapie führten, Probleme in der Beziehungsgestaltung zeigten und wir strukturelle Aspekte darin beteiligt sahen.

Und als Ausblick – würdest du auch eine lang laufende Gruppe zusammen leiten. Und wenn ja, wie?

Dominik Ohlmeier: Von der Organisationsseite her ist kritisch anzumerken, dass leider keine gegenseitige Vertretung möglich ist, wenn einer krank wird, da die Abrechnung nur über den*die Bezugstherapeut*in möglich ist. Beziehungsweise müsste das pro Patient*in mit den einzelnen Krankenkassen verhandelt werden. Das würde nur für eine langfristige Zusammenarbeit im Tandem Sinn machen. Ich könnte mir durchaus vorstellen gemeinsam „klassische“ Gruppenpsychotherapien zu leiten. Für eine größere Anzahl mit mehr als zehn Teilnehmer*innen bietet sich meines Erachtens tatsächlich ein erfahrungsorientiertes Vorgehen mit Übungen in der Gruppe sehr gut an. Eine Schwierigkeit der Zuordnung der Patient*innen sehe ich bei ungleicher Anzahl oder ungleich verteilten Ausfällen.

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



Ulrike Stalitz-Erche

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (TP) in eigener Praxis in Heidelberg, systemisch sowie erfahrungs- und körpertherapeutischer Hintergrund nach Martin Schulmeister/Hakomi, Dozentin an der Süddeutschen Akademie für Psychotherapie und am HIP Heidelberg.



Dominik Ohlmeier

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut (TP) in eigener Praxis in Heidelberg, systemische Körpertherapie nach Pesso (PBSP) i. A., Dozent und Supervisor am HIP Heidelberg.



Maximilian Heider, David Berthold

Co-therapeutische Gruppentherapie in der Psychotherapieausbildung

Eine bereichernde Erfahrung im intermediären Raum der Gruppenpsychotherapie.

Lange Jahre schon sind co-therapeutische Gruppen in internationalen wie in deutschen Kliniken Teil des psychiatrischen Alltags (Steinberg et al., 2013; Sulz, 2014). Häufig beginnt auch die Ausbildung angehender Psychotherapeut*innen in solchen Kliniken, auch wir machten dort unsere ersten Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie. Während die Eindrücke zumeist von einem multiprofessionellen Behandlungsteam validiert,

Lange Jahre schon sind co-therapeutische Gruppen in internationalen wie in deutschen Kliniken Teil des psychiatrischen Alltags.

an manchen Stellen bereichert oder korrigiert werden, erfolgt dort oft auch eine gemeinsame Leitung der Gruppenpsychotherapien mit zwei Psychotherapeut*innen. Schleppende, zähe oder dynamische, aufgeladene Prozesse können in dieser Umgebung einer gemeinsamen Reflexion unterworfen werden, nicht nur retrospektiv, sondern im Moment der therapeutischen Situation selbst.

Im Übergang von der stationären Gruppenpsychotherapie zur ambulanten innerhalb der Psychotherapieausbildung vollzieht sich dann ein fundamentaler Wandel. Nicht mehr durch die Aufnahmesituation gegeben, sondern gezielt, werden Patient*innen zu einer Gruppe zusammengesetzt und nach Maßstäben des Forschungsstands und der Erfahrung zuvor ausgewählt. Störungsspezifisch oder komplementär sind häufige Konfigurationen im Gruppengefüge der Patient*innen. Erleichtert wird dieser Übergang dann bereits dort durch eine co-therapeutische Abstimmung, welche neben einer Supervision ebenfalls einen intersubjektiv korrigierenden Charakter bei der Auswahl der Teilnehmenden annehmen kann.

Für den weiteren Prozess maßgebliche Gegenübertragungen zu erkennen war ebenfalls durch die Abstimmung möglich, sie konnten dadurch in vorteilhafter Weise Berücksichtigung finden in der Psychotherapieplanung. Beides sind prospektiv günstige Voraussetzungen einer ambulanten Gruppenpsychotherapie (Gans & Counselman, 2010), deren Umsetzung vereinfacht wurde durch den Austausch mit dem Co-Psychotherapeuten.

In Anlehnung an Yalom (2019) gestalteten wir den Gruppenprozess offen, was die Haltung beider Psychotherapeuten anging. Es wurden keine Rollen für den therapeutischen Prozess festgelegt, sondern wir hielten uns die Freiheit offen, flexibel mit Interventionen auf das präsentierte Material einzugehen. Zu Beginn des Prozesses führte dies zwischen uns als Psychotherapeuten immer wieder zu Verstrickungen.

Wir erlebten darin einen wichtigen und mit Fortschreiten der Gruppenbehandlung als Bereicherung wahrgenommenen Aspekt, die Aufklärung der Verstrickungen gestattete uns ein fortwährendes Wachstum unseres psychodynamischen Verständnisses von Gruppenprozessen. Dadurch ergab sich eine Parallelität zwischen der Patient*innengruppe und der Psychotherapeutendyade. Über den Verlauf der Behandlung verdeutlichte sie sich exemplarisch immer wieder. Nicht nur die Gruppe lernte also beziehungs-dynamisch neues an sich kennen, sondern auch wir. So kann man unsere Gruppe, grob, in drei Phasen einteilen:

Dadurch ergab sich eine Parallelität zwischen der Patient*innengruppe und der Psychotherapeutendyade. Über den Verlauf der Behandlung verdeutlichte sie sich exemplarisch immer wieder. Nicht nur die Gruppe lernte also beziehungs-dynamisch neues an sich kennen, sondern auch wir.

1. Das Kennenlernen

Das erste halbe Jahr diente dazu herauszufinden, „mit wem man es zu tun hat“ und „welchen Charakter die Gruppe hat“. Analog zu Alltagssituationen der ersten Begegnung entstanden in der Annäherung charakteristische Fragen: Was darf ich sagen? Wie viel darf ich sagen? Das sich damit entfaltende Muster, innerhalb der Patient*innen-Gruppe, kann gleichwohl auf die co-therapeutische Arbeit übertragen werden. In der Dyade entstehende Fragen, im

In der Dyade entstehende Fragen schlossen sich an: Wie und wann platziere ich meine Interventionen? Bleibe ich mit meinen Interventionen auf Gruppenebene oder benötigt es eine ganz individuelle Klärung, Konfrontation oder Deutung?

Hier und Jetzt des Therapierens, schlossen sich an: Wie und wann platziere ich meine Interventionen? Bleibe

ich mit meinen Interventionen auf Gruppenebene oder benötigt es eine ganz individuelle Klärung, Konfrontation oder Deutung? Wer gehört zu wem? Übertragungen waren zugleich noch undifferenziert, Spaltungen in Mutter- und Vaterrollen und triadische Fantasien keimten angesichts der Psychotherapeutendyade in der Gruppe. Der Dialog zwischen den Psychotherapeuten konnte hier helfen die Übertragungen zu analysieren, und zwar sowohl für die gruppenspezifische Situation als auch für die Betrachtung der individuellen Störungsgenese einzelner Gruppenmitglieder. Wir installierten dazu Vor- und Nachbesprechungen der einzelnen Sitzungen, die uns halfen, unser Verständnis des Prozesses zu vertiefen. Erkenntnisse aus unseren Besprechungen erleichterten uns an diesem Punkt insbesondere in der Supervision prägnant zu berichten, was sich in der Gruppe gerade ereignete.

2. Die Arbeitsphase

Sowohl bei der Gruppe als auch bei den Psychotherapeuten ergab sich nach einigen Wochen der Zusammenarbeit dann eine zunehmende Sicherheit. Die Gruppe begann sich mit zunehmender Dynamik des Prozesses mehr aufeinander zu beziehen. Vom anfänglichen Fokus auf den Inhalt bis hin zum interpersonellen Geschehen in den Sitzungen konnte sich die Gruppe nun austauschen. Uns als Psychotherapeuten war es dadurch möglich, im Prozess zurückzunehmen. Ein Nebeneffekt davon war auch die Möglichkeit, nun Raum zu nehmen und zu gewähren, was die Interventionen anging. Mal überwogen die Anteile des einen Psychotherapeuten, mal die des anderen. An der Arbeit des anderen konnten wir so neues kennenlernen. Ein Herangehen an Interventionen, welches wir sonst häufig nicht in diesem Moment gezeigt hätten, konnten wir nun in seiner Wirkung beobachten. Manches Mal teilten wir auch Fantasien oder Interventionsansätze zur Gruppensituation, was eine intersubjektive Erfahrung epistemologischer Schärfe im psycho-

dynamischen Prozess ermöglichte. Daraus entstand dann ein validierender Eindruck, das eigene Handeln und psychodynamische Denken war klar, es offenbarte sich als intersubjektiv verstehbarer Prozess. Unser therapeutisches Gegenüber konnten wir nun immer besser einschätzen, was auch den anhaltenden Besprechungen zu verdanken gewesen sein dürfte. Wir reflektierten weiter vor und nach jeder Stunde wie der Prozess der Gruppe als Ganzes neben dem Prozess der einzelnen voranging. Gleiches konnten wir im Übrigen auch bei der Psychotherapiegruppe selbst beobachten, die inzwischen recht geschlossen zur Sitzung kam und danach noch einige Zeit vor unserer Ambulanz verweilte. In Supervisionen begegneten wir uns im Verlauf analog zur Gruppe gegenseitig nun kritischer, wir hinterfragten die therapeutischen Prozesse des anderen stärker.

3. Das Ende

Im fortgeschrittenen Prozess deutete sich immer deutlicher ein nahendes Ende der Gruppe an. Sowohl bei uns als Psychotherapeuten als auch in der Gruppe selbst fanden nun wieder parallelisierte Prozesse statt. Bei den Teilnehmenden stellte sich implizit die Frage: Was ist noch erlaubt? Uns ging es ähnlich, nun galt es sehr fein abzustimmen, wie unsere Interventionen aufeinander aufbauen. Insbesondere bei sehr intensiven Prozessen war nun mehr Steuerung erforderlich, um auch Raum für die Ablösung der Gruppe voneinander zu schaffen.

Wiederholt wogen wir in unseren Besprechungen ab über die Tiefe des Prozesses, die

Hier half auch wieder die enge interpersonelle Abstimmung in der Supervision, wo wir thematisierten, was uns am anderen gerade besonders in der therapeutischen Situation auffiel.

konkurrierte mit der Klärung des noch Offenen. Hier half auch wieder die enge interpersonelle Abstimmung in der Supervision, wo wir thematisierten, was uns am anderen gerade besonders in der therapeutischen Situation auffiel. Einer möglichen Diffusion der Themen in einer impliziten Kommunikation innerhalb der Gruppe wirkten wir aktiv entgegen. Auf unseren Co-Psychotherapeuten konnten wir uns dabei inzwischen so weit verlassen, dass Interventionen, die der eine ausließ, in der Regel appellativen Charakter für den zweiten Psychotherapeuten hatten und ihn zur Intervention veranlassten. Gemeinsam luden wir die Gruppe zur Konsolidierung des Erreichten ein. Wir erinnerten, was innerhalb der Gruppe geschehen war, und arbeiteten besonders bedeutsame Momente ein letztes Mal mit der Gruppe durch. In unseren Abschlussbesprechungen schlossen wir selbst daran an und betrachteten auch unseren Prozess als Co-Gruppenleiter.

Nach mehr als sechzig Stunden endete diese Gruppe mit vielen lehrreichen Momenten für uns. Sie aufzuzählen oder in ihrer Gänze zu erfassen ist hier nicht möglich. Einige interessante Aspekte sollen aber doch zusammengeführt werden.

Mehr als von der durch Berger (2002) beschriebenen Neiddynamik etwa, die sich sicherlich im einen oder anderen Moment auch feststellen ließ, wurden wir durch das jeweilige Vorgehen unseres Co-Psychotherapeuten positiv überrascht. Wir bekamen die Generosität des anderen zu spüren, während nur selten der Neid eine Rolle spielte.

Wir bekamen die Generosität des anderen zu spüren, während nur selten der Neid eine Rolle spielte.

Schließlich erlaubte uns unser Gegenüber einen Einblick in die sicherlich auch vulnerable Anfangsphase des Gruppenpsychotherapeut-Werdens. Durch seine Fehler durften auch wir lernen, wie wir es an seinen therapeutischen Erfolgen taten. Einerseits war dieser Prozess unmittelbar in jeder einzelnen Sitzung, andererseits mittelbar in den Supervisionen der Gruppe, die mit dem Supervisor gemeinsam in der Dyade stattfindend, auch wieder neue Blickwinkel bot, durch die sich als teilnehmender Beobachter neues Ableiten ließ. Eine vollkommen neue Erfahrung war es sicher auch, als Psychotherapeutendyade ein Übertragungsobjekt jenseits des Psychotherapeuten als Individuum darzustellen. Für die Teilnehmenden unserer Gruppe ließen sich hierdurch triangulierende Momente mobilisieren. Zum einen die Erfahrung uns nicht projektiv-identifikatorisch zur Spaltung bewegen zu können, zum anderen auch nicht mit unserer realen Trennung konfrontiert zu werden, wurde zur korrektiven Erfahrung. Profitieren konnte davon nicht selten die Beziehung der Patient*innen zu den eigenen Bezugspersonen außerhalb der Gruppe.

Herausfordernd war daran nun nicht mehr nur sich selbst sondern auch den anderen Psychotherapeuten einzubeziehen in das Verhältnis der Interventionen zur jeweils gegenwärtigen Gruppendynamik. Spannten sich Kontraste in vollkommen verschiedenen Deutungen aus dem gleichen Material auf, war die Herausforderung, Anschluss zu finden an die neue Situation, besonders präsent. Darin lassen sich eigene Grenzen und neue Horizonte erkennen, die in der therapeutischen Situation unmittelbar bemerkbar wurden. Bereichernd wurde es dort, wo sich treffende Interventionen, in eine andere als die gedachte Richtung entwickelten und eigene Zugänge, auch für die einzeltherapeutischen Arbeit, modifiziert oder im besten Fall erweitert werden konnten.

Aus der co-therapeutischen Leitung einer Gruppe wird dadurch schließlich in dreifacher Hinsicht ein haltgebender Übergangsraum. Sie erleichtert den Übergang aus dem haltgebenden Setting der Klinik in eine eigenständigere Psychotherapie mit Fallführung, während sie den individuellen Psychotherapeuten weiterhin ein unmittelbares korrektiv zur Verfügung stellt. Darüber hinaus entsteht gerade daraus eine weitere Stärke des Ansatzes, denn aus der Sicherheit der gemeinsamen Leitung können Interventionen umgesetzt, aber auch beobachtet werden. An der Rückmeldung des jeweils anderen Psychotherapeuten kann der Intervenierende dann wachsen, während der Beobachtende an der Anschauung sein Verständnis schärft. Zuletzt bleibt die Gruppenpsychotherapie an sich ein haltgebender Rahmen für die Patient*innen, in dem sie sich erleben und neu erleben können, bereichert durch die Anregungen der gesamten Gruppe (Yogev, 2008). Rückblickend war diese Form der Zusammenarbeit dadurch äußerst fruchtbar. Wir wollen an dieser Stelle betonen, wie sehr diese Erfahrung zu unserer Entwicklung als (Gruppen-)Psychotherapeuten beigetragen hat und hoffen auch einige Kolleg*innen zu einer solchen Zusammenarbeit im Zuge ihrer Ausbildung motiviert zu haben. Darüber hinaus können wir uns diese Form der Therapie auch gut außerhalb der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung vorstellen, für die ambulante Versorgung ist sie trotz gewisser Herausforderungen eine große Bereicherung.



Maximilian Heider

M.Sc., Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (TP), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin.



David Berthold

M.Sc., Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (TP), Therapeut in einer therapeutischen Wohngruppe.



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

Rita Neuendorff, Sara Lessig und Claudia Frey

Die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer ambulanten Praxis

Es ist formal und organisatorisch nicht ganz einfach, Einzel- und Gruppenpsychotherapien im ambulanten Setting zu kombinieren. Wir haben uns dennoch entschieden, ein entsprechendes Konzept in unserer Praxis einzuführen, vor allem um Patient*innen mit komplexen Störungsbildern eine ambulante Behandlungsmöglichkeit bieten zu können.

Herausforderung und Lösungsstrategie

Gerade bei Patient*innen mit komplexen Störungsbildern, Komorbiditäten und starker Chronifizierung zeigt sich häufig, dass das ambulante Setting mit reiner Einzeltherapie zu kurz greift. Andererseits sind stationäre Aufenthalte aus verschiedenen Gründen häufig auch keine Option. Hier setzt unser ambulantes verhaltenstherapeutisches Kombinationskonzept an: Durch die mit der Einzeltherapie abgestimmte Gruppenpsychotherapie erhält

Durch die mit der Einzeltherapie abgestimmte Gruppenpsychotherapie erhält der*die Patient*in eine störungsspezifische, dabei höherfrequente psychotherapeutische Behandlung.

der*die Patient*in eine störungsspezifische, dabei höherfrequente psychotherapeutische Behandlung. In den

Gruppenpsychotherapien werden die mit dem Patienten*der Patientin abgesprochenen Themen (zum Beispiel Stabilisierungsfertigkeiten) konsequent erarbeitet und geübt. Dies ermöglicht es, in den Einzeltherapien intensiver an biografischen Erfahrungen und/oder konfrontativ zum Beispiel an der Symptomatik zu arbeiten.

Wir bieten Kombinationsbehandlungen in allen Varianten an: Einzel- und Gruppenpsychotherapie bei derselben Psychotherapeutin oder bei verschiedenen Psychotherapeutinnen in unserer Praxis. Aber es gibt auch die Variante, dass externe Psychotherapeut*innen die Einzelbehandlung durchführen und wir die Gruppe oder umgekehrt.

Konkrete Umsetzung in unserer Praxis

Selbstverständlich ist unsere Praxis mit Schwerpunkt Traumafolgestörungen vermutlich nicht das Abbild Ihrer Praxissituation. Aber vielleicht ist es dennoch interessant für Sie zu sehen, wie wir mit unseren konkreten Herausforderungen umgehen.

Zunächst ein prototypisches Fallbeispiel, das wir so oder so ähnlich häufig sehen:

Frau Müller hat in ihrer Jugend mehrere schwere Traumatisierungen erlebt und stellt sich nun vor, nachdem sich ihr langjähriger Partner von ihr getrennt hat. Seither gehe es ihr extrem schlecht mit vermehrten Symptomen einer PTBS und Depression, vor allem im Zusammenhang mit intensiven Selbstzweifeln und Selbstabwertung. Im Rahmen der Sprechstunden und Probatorik sehen wir die Indikation zur Teilnahme an unserer Gruppenpsychotherapie „Stabilisierung des Selbstwerts“. In dieser Gruppe berichtet Frau Müller nach einer Sitzung, in der es um Selbstfürsorge gegangen war, dass sie sich endlich wieder eine Pause bei der Arbeit gönnt und sich mit einer Kollegin unterhalten habe. Dafür bekommt sie viel Zustimmung aus der Gruppe. Ihre Stimmung stabilisiert sich, sie plant weitere Aktivitäten, die sie lange vernachlässigt hatte.



Zeitgleich wird ein Einzeltherapieplatz bei der Gruppenpsychotherapeutin frei. Da die therapeutische Beziehung gut ist und Frau Müller nun schon deutlich stabilisiert ist, kann zügig mit der Biografiearbeit und dann mit der Arbeit an der PTBS-Symptomatik begonnen werden, zumal die Gruppe noch eine Weile parallel weiterläuft. Die Flashbacks und Alpträume lassen bald nach, ebenso ihre Schreckhaftigkeit. Allmählich entwickelt Frau Müller einen deutlich besseren Selbstwert. Sie tritt vermehrt für sich ein, entzieht sich weniger Konflikten. Dies führt allerdings dazu, dass sie häufiger als früher kritisiert wird, einmal kommt es zu einem größeren Streit im Bekanntenkreis. Frau Müller berichtet im Einzelgespräch vom Impuls, sich wieder mehr zurückzuziehen, sie fühlt sich sehr belastet. Dies wird in der Einzeltherapie aufgegriffen und bearbeitet. Zusätzlich machen wir Frau Müller auch das Angebot, an unserer Gruppe „Selbstsicherheit: Abgrenzung und Selbstbehauptung“ teilzunehmen. Hier wird das bearbeitet, was unsere Patient*innen häufig erleben: Wenn die Symptomatik zurückgeht und sie besser für sich sorgen, tauchen Themen auf, mit denen sie zuvor wenig konfrontiert waren, zum Beispiel für sich selbst eintreten zu müssen. Frau Müller lernt in dieser Gruppe, dass sie für sich eintreten darf, aber auch, welche Art des selbstsicheren Auftretens für sie passend ist.

Die Einzeltherapie kann nun allmählich ausgeschlichen werden, sodass die gesamte Therapie für Frau Müller mit dem Ende der Selbstsicherheitsgruppe und einem Abschlussgespräch einige Wochen danach enden kann. Insgesamt wurden die 60 Sitzungen einer Langzeittherapie nicht ganz ausgeschöpft, sodass noch einige Stunden Rezidivprophylaxe für eine mögliche künftige Krisensituation übrigbleiben.

Neben den in diesem Beispiel geschilderten Gruppen bieten wir mehrere Gruppen an, die eher zu Beginn der Psychotherapie hilfreich sind (zum Beispiel Selbstregulation, Stabilisierung). Diese nennen wir „Basis-Gruppen“. Dann wiederum gibt es Gruppen, die eher begleitend zu einer Einzeltherapie stattfinden, um zum Beispiel eine intensive (Einzel-)Therapiephase zu unterstützen (zum Beispiel Problemlösegruppe oder je nachdem wiederum die Stabilisierung). Außerdem bieten wir Gruppen an, die vor allem gegen Ende der Psychotherapie sinnvoll sind, wenn sich die inneren Veränderungen allmählich im Außen zeigen und die dabei auftretenden Herausforderungen bewältigt werden müssen. Hier hat sich unsere traumasensible „Selbstsicherheitsgruppe“ bewährt. Diese aufbauenden Gruppen können in diesem Zusammenhang als Teil der Integration und Neuorientierung nach der Traumakonfrontation verstanden werden.

CO-LEITUNG UND KOMBI

Insgesamt bieten wir also Basis- und darauf aufbauende vertiefende Gruppenpsychotherapien an, jeweils in enger Verflechtung mit der Einzeltherapie. Die konkrete Zuweisung zu einer Gruppe wird nach der Zielsetzung des Patienten*der Patientin gewählt und im Gespräch zwischen Gruppen- und Einzelpsychotherapeut*in in den individuellen Behandlungsplan aufgenommen. Hierbei besteht auch die Möglichkeit, in Absprache mit der Einzelpsychotherapeutin*dem Einzelpsychotherapeuten und der jeweiligen Gruppenpsychotherapeutin*dem Gruppenpsychotherapeuten (und entsprechend des zur Verfügung stehenden Sitzungskontingents) mehrere Gruppen hintereinander zu wählen. Die Kombinationsmöglichkeiten können entweder vollständig in unserer Praxis, jedoch auch in zwei verschiedenen Praxen stattfinden.

Die Patient*innen werden von uns darüber aufgeklärt, dass Gruppenpsychotherapien einen geschützten Rahmen bieten, um unter psychotherapeutischer Begleitung die eigene Abgrenzungsfähigkeit zu verbessern.

Vermittlung des Kombinationskonzepts an Patient*innen und vorhandene Schwierigkeiten

Bereits bei der telefonischen Anmeldung weisen wir anfragende Patient*innen darauf hin, dass in unserer Praxis neben Einzeltherapie auch Gruppenpsychotherapien angeboten werden. Die genauen Beschreibungen der Gruppen können bereits auf unserer Internetseite eingesehen werden. Häufige Reaktionen der Patient*innen sind zunächst Vorbehalte gegenüber Gruppenpsychotherapien, da diese nicht als gleichwertig zu Einzeltherapien angesehen werden.

Wenn eine Sprechstunde zustande kommt, kann auf validierende Art geklärt werden, welche unserer Angebote passend sind und welche vielleicht auch nicht. Wenn sich hierbei eine Passung abzeichnet, informieren wir die Patient*innen ausführlich über unser therapeutisches Konzept.

Dabei werden auch mögliche Sorgen oder Zweifel der Patient*innen bezüglich Gruppenpsychotherapien aufgegriffen und besprochen. Beispielsweise haben gerade Patient*innen mit Traumafolgestörungen häufig die Befürchtung, dass sie von den berichteten Inhalten der anderen Teilnehmer*innen „getriggert“ werden oder sich deren Themen zu sehr zu Herzen nehmen könnten.

Die Patient*innen können diesbezüglich von uns darüber aufgeklärt werden, dass Gruppenpsychotherapien einen geschützten Rahmen bieten, um zum Beispiel unter psychotherapeutischer Begleitung die eigene Abgrenzungsfähigkeit zu verbessern. Außerdem werden sie darüber informiert, dass wir die Gruppeninhalte bewusst „triggerarm“ gestalten (und zum Beispiel keine Traumainhalte besprochen werden) und uns auf Psychoedukation, gemeinsame Übungen zum Aufbau von Fertigkeiten und den Austausch darüber fokussieren. Falls es dennoch zu Triggersituationen oder Überforderung kommen sollte, kann dies offen angesprochen, therapeutisch moderiert und bearbeitet werden.

Warum ein Kombinationskonzept?

Die Wirksamkeit von Einzeltherapie ist bei den Verfahren, die wir nutzen (KVT+EMDR) unbestritten und soll hier nicht diskutiert werden. Auch Gruppenpsychotherapien bieten vielfältige Vorteile, die wissenschaftlich belegt werden konnten (Marwitz, 2016). Weil das weniger bekannt ist, hier eine kurze Zusammenfassung dazu: Die Patient*innen bekommen einerseits eine erweiterte Perspektive auf sich mit Hilfe von psychoedukativer Theorievermittlung und werden „Expert*in in eigener Sache“. Andererseits ermöglicht der vertrauensvolle Austausch der Gruppenmitglieder tiefe Lernprozesse (Interpersonelles Lernen). Denn aus berichteten Erfahrungen und über die Beobachtung der Lernprozesse von Mitpatient*innen zu lernen, fällt häufig leichter als das Annehmen von Expertenwissen. Dabei spielt die Universalität des Leidens (Yalom, 2008) ebenfalls eine wesentliche Rolle. Gemeint ist damit die Erfahrung, dass auch andere Menschen ähnliche Symptome/Leiden haben und man damit nicht alleine dasteht. Resignation und Scham können so durch das Teilen in der Gruppe häufig reduziert werden, ebenso wie Gefühle von Einsamkeit und Isolation. Das gemeinsame Bearbeiten von wichtigen Themen und die Besprechung von relevanten Beispielen stärken die Gruppenkohäsion und das Gefühl von Verbundenheit, was vielleicht gerade bei unseren Patient*innen ein zentraler Faktor ist. Die Teilnehmer*innen können sich so sehr gut gegenseitig beim Ausprobieren von Neuem unterstützen. Da die Gruppenmitglieder unterschiedliche Schwierigkeiten und verschiedene Stärken mitbringen, sind sie den jeweils anderen häufig auch Vorbild für einen neuen, nächsten Schritt (Modell-Lernen).

Unsere Erfahrung ist, dass die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie tatsächlich die Vorteile beider Angebote jeweils verstärkt, im Sinne von „mehr als die Summe der Teile“. So bieten Gruppenpsychotherapien andere, oft komplementäre, therapeutische Entwicklungspotenziale als Einzeltherapien: Konkrete Übungen wie Rollenspiele zum Aufbau von Abgrenzungs- und Selbstbehauptungsfähigkeit sind zum Beispiel mit mehreren Teilnehmer*innen oft effektiver und besser – oder überhaupt nur – umsetzbar. Ein tiefes, biografisch verortetes Verständnis für die eigene Symptomatik zu entwickeln, das ist hingegen besser in einer Einzeltherapie aufgehoben. Das Erfahren wiederum von neuen Ressourcen und Skills, zum Beispiel zur Regulation des Nervensystems, ist in einer Gruppe, die einen sozial geschützten Rahmen bietet, besser spürbar und gerade bei Patient*innen mit Traumafolgestörungen von großer Bedeutung (vgl. Porges, 1994). Die in den Gruppen erarbeiteten Skills, Erfahrungen und Veränderungsimpulse können die Wirkung des in der Einzeltherapie Möglichen intensivieren.



Inhaltliche Herausforderungen

Im Gruppensetting können Themen auftauchen, die im Einzelsetting so nicht ersichtlich sein können und zusätzlich aufgegriffen werden sollten. Dies kann den individuellen Behandlungsplan im Einzelsetting verzögern, aber natürlich auch bereichern.

Zum Beispiel nimmt Frau Meier in der Gruppe „Selbstsicherheit“ teil und hierbei treten Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen im privaten Umfeld vermehrt in den Fokus, welche in der Einzeltherapie zunächst nicht anstanden. Aufgrund der Bearbeitung und Thematisierung dieser Konflikte kann die angedachte Traumakonfrontation daher zunächst nicht stattfinden.

Wir haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass die Patient*innen die Inhalte aus den Einzel- und den Gruppenpsychotherapien im allgemeinen deutlich für sich trennen.

Eine weitere inhaltliche Herausforderung speziell in der Kombinationsbehandlung mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie liegt unserer Erfahrung nach darin, dass manche Patient*innen parallel eine einzeltherapeutische Behandlung haben und andere nicht. Dies beeinflusst zum einen, wie intensiv oder schnell Prozesse bei den verschiedenen Teilnehmenden jeweils verlaufen können. Zum anderen kann dies dazu führen, dass sich die Patient*innen unterschiedlich gut „aufgehoben“ fühlen. Hier ist es wichtig, dass der*die Gruppenpsychotherapeut*in eine gewisse Neutralität hinsichtlich der Patient*innen an den Tag legt und zum Beispiel keinen expliziten Bezug zu Vorwissen aus Einzeltherapien herstellt. Natürlich sollen auch alle Patient*innen gleich viel Raum bekommen, um kein Ungleichgewicht in der Gruppe entstehen zu lassen.

Natürlich sollen auch alle Patient*innen gleich viel Raum bekommen, um kein Ungleichgewicht in der Gruppe entstehen zu lassen.

zum Beispiel keinen expliziten Bezug zu Vorwissen aus Einzeltherapien herstellt. Natürlich sollen auch alle Patient*innen gleich viel Raum bekommen, um kein Ungleichgewicht in der Gruppe entstehen zu lassen.

Herausforderungen bei der Beantragung

Die Formalitäten, die es bei der Beantragung und Durchführung von Gruppen zu beachten gilt, sind relativ komplex. Grundsätzlich wird eine Gruppenpsychotherapie formal äquivalent zu einer Einzeltherapie betrachtet, weshalb alle Vorgaben eingehalten werden müssen, die auch für Einzeltherapien gelten.

Spezialfragen, die auftauchen sind:

- Kombinationsbehandlung einer Einzel-Akutbehandlung und einer Gruppenpsychotherapie: Das ist nicht möglich.
- Kombinationsbehandlung über Richtlinienverfahren hinweg (zum Beispiel Einzeltherapie TP, Gruppe VT): Die ist nicht vorgesehen, obgleich auch manchmal sinnvoll.
- Jede Gruppenpsychotherapie kann inzwischen auch per Videoleistung erfolgen. Die maximale Teilnehmendenzahl beträgt dabei acht Patient*innen.

Auch für eine Gruppenpsychotherapie müssen wie in der Einzeltherapie üblich Sprechstunden und probatorische Sitzungen erfolgen. Letztere können allerdings, nachdem mindestens zwei Einzelkontakte mit dem Psychotherapeuten*der Psychotherapeutin stattgefunden haben, auch in der Gruppe erfolgen. Patient*innen mit bewilligten Gruppenstunden können gemeinsam mit Patient*innen in der Probatorik an der Gruppe teilnehmen.

Eine besondere Herausforderung stellt nach unserer Erfahrung die Kombinationsbehandlung durch zwei Psychotherapeut*innen dar. Dies kann so aussehen:

- Er*sie befindet sich bei einer Psychotherapeutin* einem Psychotherapeuten in Einzeltherapie und bei einer* einem anderen in Gruppenpsychotherapie. Dabei können die beiden Psychotherapeut*innen in derselben oder in verschiedenen Praxen arbeiten.
- Der*die Patient*in nimmt an einer Gruppenpsychotherapie teil, die von zwei Psychotherapeut*innen geleitet wird (Video ist hier nicht gestattet). Die minimale Gesamtanzahl beträgt sechs, die maximale 14 Patient*innen. Dabei wird jede*r Teilnehmer*in einer Psychotherapeutin* einem Psychotherapeuten fest zugeordnet (mindestens drei und maximal neun Patient*innen pro Psychotherapeut*in). Die feste Zuordnung betrifft auch die Beantragung und Dokumentation der Gruppenpsychotherapie.

CO-LEITUNG UND KOMBI

Auch aus formalen Gründen ist die Kommunikation zwischen Psychotherapeut*innen erforderlich. So muss man auf die Abstimmung der Diagnose achten. Formal ist bei der Beantragung über die Formblätter PTV 1 und PTV 2 auch darauf zu achten, dass vorgesehene sowie bisherige Therapiestunden exakt angegeben werden müssen. Die Formblätter sollen im gleichen Umschlag eingereicht werden. Eine klare Absprache zwischen beiden Psychotherapeut*innen empfiehlt sich ebenfalls bezüglich des notwendigen Konsiliarberichts, den es nur einmal braucht. Unsere Empfehlung ist, dass dies die*der zuständige Einzeltherapeut*in übernimmt, wenn es eine*n gibt. Eine weitere Herausforderung stellt die rechtzeitige Beantragung der Therapiefortführung dar. Da das Kontingent der Kurzzeittherapie 1 bei einer Kombinationsbehandlung sehr schnell aufgebraucht ist, ist eine rechtzeitige Beantragung der möglichen Fortführung der Psychotherapie wichtig. Ein anonymisiertes Patientenbeispiel:

Herr Schmidt möchte eine Einzeltherapie (Hauptsetting) bei Psychotherapeutin A beginnen. Zeitgleich soll eine Gruppenpsychotherapie bei der Psychotherapeutin B in derselben Praxis beginnen. Die Psychotherapeutinnen beantragen gemeinsam ein Kurzzeitkontingent/VT (12 Sitzungen). Davon beantragt Psychotherapeutin A sieben Sitzungen Einzeltherapie KZT 1 (35421) und Psychotherapeutin B fünf Sitzungen Gruppenpsychotherapie (Doppel) KZT (3554x). Die Einzeltherapie bei Psychotherapeutin A beginnt direkt nach Bewilligung mit wöchentlichen Sitzungen. Der geplante Starttermin der Gruppe muss aus organisatorischen Gründen verschoben werden. Nun hat die Einzelpsychotherapeutin das Problem, dass sie neue Sitzungen beantragen müsste, obwohl das Kontingent noch nicht verbraucht ist (wegen der noch nicht in Anspruch genommenen Gruppensitzungen). Deswegen muss die Psychotherapeutin A zunächst in Absprache mit Psychotherapeutin B eine „Umwandlung“ des bewilligten Gruppenkontingents (EBM 3554x) in Einzelsitzungen (EBM 35421) formlos bei der Kasse beantragen.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, diesen Umwandlungsantrag vorab telefonisch mit der Kasse zu besprechen. Wenn nun Psychotherapeutin A und Psychotherapeutin B in verschiedenen Praxen tätig wären, wäre der geschilderte Fall noch einmal komplizierter, aber ebenfalls lösbar. Wir empfehlen in einem solchen Fall deshalb – natürlich nur bei entsprechender Indikation – direkt eine Langzeittherapie als Kombinationsbehandlung zu beantragen. Denn wenn ausreichend bewilligte Sitzungen vorhanden sind, kann gemeinsam entschieden werden, wann die Gruppen- und die Einzelsitzungen stattfinden.

Fazit

Trotz der nicht bestreitbaren Herausforderungen haben wir sehr gute Erfahrungen mit der Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, auch mit Patient*innen mit komplexen Störungsbildern gemacht. Unsere Patient*innen schätzen den Austausch und die Wissensvermittlung in der Gruppe und die Individualität im Einzelkontext. Und wir Psychotherapeut*innen fühlen uns gerade bei den schwereren Fällen durch den Kontakt mit der jeweils anderen Psychotherapeutin gut unterstützt und sehen häufig auch sehr gute Behandlungsergebnisse.

Formal ist bei der Beantragung über die Formblätter PTV 1 und PTV 2 auch darauf zu achten, dass vorgesehene sowie bisherige Therapiestunden exakt angegeben werden müssen.





Rita Neuendorff

M.Sc. Psych., angestellte Psychotherapeutin (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) in Mannheim. Schwerpunkte: Posttraumatische Belastungsstörung, andere Traumafolgestörungen, Ängste, Zwänge, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen.



Sara Lessig

M.Sc. Psych., angestellte Psychotherapeutin (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) in Mannheim. Schwerpunkte: Posttraumatische Belastungsstörung, andere Traumafolgestörungen, Angststörungen, Depression, Chronische Schmerzen, Suchterkrankungen. Dozentin am IVT Kurpfalz.

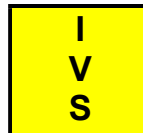


Claudia Frey

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT, Schwerpunkt Traumatherapie) in eigener Praxis mit Kolleginnen in Mannheim und in Heidelberg. EMDR-Therapeutin (zertifiziert durch EMDRIA Europe), Supervisorin (DVT, LPK BaWü, BDP, IVT Kurpfalz), EMDR-Supervisorin (zertifiziert durch EMDR Europe, anerkannt durch die KV BaWü). Dozentin, Lehrtherapeutin, Supervisorin, 1. Vorsitzende und Weiterbildungsbeauftragte am IVT Kurpfalz in Mannheim.



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

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: .

DP Dr. Jonas Schemmel „Ein Missbrauch, den es nie gab – Wie Scheinerinnerungen entstehen ...“ 20. Jan. 23 (Glaubh., Fam.-, Strafrecht) – online, **Ltd. Oberstaatsanwältin i.R. Ulrike Stahlmann-Liebelt** u. a. „Opferschutz und Begutachtung im Strafverfahren – Reduzierung der Belastung durch Information“ 21. Januar 2023 (Grundlagen, Glaubhaftigkeit, Strafrecht) - online

DP Dr. Sandra Loohs „Aussagevalidität - Bewertung d. Entstehung v. Zeugenaussagen“ 11./12. Febr. 23 (Glaubh., Fam.-, Strafr.) - online

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

nächster Termin: **DP Maria Schnell** „B2 Rapport: Verbale und nonverbale Kommunikation“ 14./15. Januar 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) nächster Termin:

Prof. Dr. Philipp Stang u. **Jonas Kleinöder** „Sexuelle Entwicklungsstörung“ 11./12. 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

EMDR-Seminartage auf Mallorca 18. – 21. Mai 2023 Leitung **Dr. DP Marion Schowalter**

(insgesamt 16 WE EMDR-Grundlagen, 8 WE EMDR-Trainingsseminar) – weitere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage

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

Zum Vormerken: 18. Fachtagung des IVS am 13. Mai 2023 - für Studierende und PiAs anderer Institute kostenfrei

Laufend neue Termine

Neu!

Neu!

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)

Sandra Kirschner

Einzel- und Gruppen- psychotherapie – eine gute Kombi

Persönlichen Erfahrungen in der praktischen Durchführung einer Kombinationstherapie.



Meine Patient*innen haben in jedem Fall wöchentlich Gruppenpsychotherapie, die Einzeltherapie erfolgt je nach Indikation entweder ebenfalls wöchentlich oder jede zweite Woche. Bei den Gruppenmitgliedern handelt es sich um Patient*innen, die in der Regel über einige Monate hinweg gemeinsam die Gruppe bilden. In jeder Gruppensitzung können die Patient*innen frei nach ihren eigenen aktuellen Problembereichen ein Gruppenthema vorschlagen. Falls es mehrere Gruppenthemen zur Auswahl gibt, darf jede*r betreffende Patient*in auf einer Skala von eins bis zehn die Wichtigkeit beziehungsweise die Dringlichkeit ihres*seines Themas für die aktuelle Sitzung angeben, wonach dann das Thema festgelegt wird. Meiner Einschätzung nach eignet sich die Kombinationstherapie sehr gut für die unterschiedlichsten Problembereiche, was ich nun gerne anhand einiger Beispiele aufzeigen möchte.

Bei einer Patientin mit ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsakzentuierung kam in einer Einzelsitzung das Thema Schwierigkeiten beim Vertreten und Durchsetzen der eigenen Bedürfnisse auf. Die Patientin hatte diesbezüglich sehr schnell das Gefühl, egoistisch zu sein, wenn sie zum Beispiel eine Bitte ihres Gegenübers ablehnte. In der Gruppenpsychotherapie konnte die Patientin einerseits die Erfahrung machen, was bei sehr vielen Themen der Fall ist, dass auch andere Gruppenmitglieder ähnliche Schwierigkeiten beim Thema Bedürfnisse durchsetzen haben. Nach meiner Erfahrung ist dieser Aspekt tatsächlich oft nicht so trivial, wie er möglicherweise erscheinen mag, sondern sorgt dafür, dass Patient*innen sich erleichtert und verstanden fühlen. Insbesondere, da das Verständnis in dem Moment nicht nur von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten kommt, sondern auch von anderen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die im selben Boot sitzen.

Meiner Einschätzung nach eignet sich die Kombinationstherapie sehr gut für die unterschiedlichsten Problembereiche.



2022, 208 Seiten, broschiert,
inklusive Download-Material
€ 35,- (D). ISBN 978-3-608-40075-5

Björn Vüst, Eva Meisenzahl
Suizidale Krisen
Das Manual für Einzel- und Gruppensettings

Das Manual ist sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting anwendbar. Es umfasst psychoedukative Elemente, Interventionen bei suizidalen Krisen und bei chronischer suizidaler Symptomatik.



2022, 160 Seiten, broschiert
€ 28,- (D). ISBN 978-3-608-40147-9

Sabine C. Herpertz, Elisabeth Schramm (Hrsg.)
Modulare Psychotherapie
Ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen

Das »Baukastenprinzip« der Modularen Psychotherapie ermöglicht eine breite Anwendbarkeit und ein adaptives Vorgehen in Abhängigkeit von den Bedürfnissen und Funktionseinschränkungen der individuellen Patient:innen sowie dem Kontext der Probleme.



Reihe *griffbereit*
Mit Beiträgen von Peter Henningsen
2022, 384 Seiten, broschiert
€ 45,- (D). ISBN 978-3-608-40143-1

Flora von Spreti, Wulf Bertram, Thomas Fuchs (Hrsg.)
Kunsttherapie kompakt
Schöpferisch denken – therapeutisch handeln

Dieses Standardwerk bietet eine umfassende und praxisorientierte Übersicht über die gesamte Bandbreite der Folgen schwerer und langdauernder Traumatisierungen und deren Behandlung.



2022, 144 Seiten, broschiert
€ 38,- (D). ISBN 978-3-608-40051-9

Johannes Heßler-Kaufmann
ACT-Prozesse in der Schematherapie nutzen
Mit einem Geleitwort von Eckhard Roediger

Das Buch ist aus dem Blickwinkel der Schematherapie geschrieben und schlägt vor, wie die kontextuellen ACT-Prozesse und -Interventionen in die Schematherapie integriert werden können. Der Praxisteil verdeutlicht leicht nachvollziehbar die Anpassung der Interventionen an die Schematherapie.



2023, Ca. 160 Seiten, broschiert,
Ca. € 32,- (D). ISBN 978-3-608-40153-0
Erscheint am 14. Januar 2023

Gerd Rudolf
Dimensionen psychotherapeutischen Handelns
Menschsein in Therapie und Philosophie

Seine gesamte Laufbahn über hat sich Gerd Rudolf mit Aspekten des psychotherapeutischen Denkens und Handelns beschäftigt. Fragen des Menschseins trieben ihn um. In diesem Buch fasst er seinen therapeutischen Ansatz sowie sein diagnostisches Handeln zusammen.



2023, Ca. 224 Seiten, broschiert
Ca. € 32,- (D). ISBN 978-3-608-40157-8
Erscheint am 14. Januar 2023

Brigitte Gerhards-Sommer
Verhaltenstherapeutische Methoden in der Pferdegestützten Therapie
Das Praxishandbuch

Der Effekt einer einzigen Therapiestunde mit dem Co-Therapeuten Pferd kann viele Sitzungen im Setting einer Praxis ersetzen. In der Pferdegestützten Therapie werden Möglichkeiten eröffnet, die zwischen Therapeut:in und Patient:in/Klient:in sonst so nicht gegeben wären.



In der betreffenden Gruppensitzung konnte zunächst besprochen werden, wo für jede*n Teilnehmer*in die Abgrenzung liegt zwischen Egoismus und einem gesunden Durchsetzen der eigenen Bedürfnisse. Bereits darin zeigte sich für alle, dass dies zum Teil sehr individuell ist. Anschließend wurde diese Abgrenzung nochmals anhand von Beispielen der einzelnen Teilnehmenden eingeübt. Insgesamt auch die Erkenntnis, dass es bei vielen Themen nicht das eine Richtig oder Falsch gibt, ist für viele Patient*innen meist sehr hilfreich.

In der nachfolgenden Sitzung schlugen dann die Gruppenmitglieder von sich aus vor, das Durchsetzen der eigenen Bedürfnisse und Rechte in Rollenspielen anhand aktueller Alltagsbeispiele zu üben. Bei solchen Übungen gestalte ich es teilweise so, dass ich zu Beginn der Sitzung kurz ein paar psychoedukative Infos gebe, bevor wir zum Übungsteil kommen. Ich finde das gerade dann sinnvoll, wenn manche Patient*innen noch keine Vorerfahrungen mit Rollenspielen gemacht haben. Für mich persönlich sind Rollenspiele in der Gruppe viel ertragreicher als im Einzelkontakt, da aus jedem einzelnen Rollenspiel nicht nur die direkt daran Beteiligten, sondern auch die Beobachter*innen etwas lernen können.

Ein anderer Patient geriet unter anderem durch die Pandemiesituation in eine Insolvenz. Manchmal hilft es hier nur bedingt, wenn man als Psychotherapeut*in in einer Einzelsitzung versucht, den Patienten von seiner Schuld zu entlasten, da der Patient zum Beispiel denken könnte – oder dies einem sogar zurückmeldet –, dass man als Psychotherapeut*in bestimmt nur nett und dem Patienten wohlgesonnen sein will und in Wirklichkeit die Schuld aber doch beim Patienten sieht.

Hier haben wir in der nächsten Gruppensitzung, nach Zustimmung des Patienten, gemeinsam in der Gruppe das Thema beleuchtet und einen Schuldkreis erstellt, bei dem jede*r Patient*in Aspekte einbringen durfte, die er*sie als mitverantwortlich für die Insolvenzsituation betrachtete. Viele Aspekte hatte der betreffende Patient selbst nicht mit einbezogen und war erstaunt darüber, wie viel realistischer diese alternative Sichtweise im Vergleich zu seiner vorherigen war, wodurch er die einzelnen Schuldanteile besser für sich integrieren und annehmen konnte.

Es gibt noch viele weitere Themen, für die ich die Kombinationstherapie bereits sehr sinnvoll fand und auch weiterhin finde. Beispielsweise das gemeinsame Erarbeiten einer Tagesstruktur, der Aufbau angenehmer Aktivitäten oder ein vermehrtes Integrieren von Selbstfürsorge in den Alltag.

Patient*innen kann es manchmal schwerfallen, nur anhand von Listen oder psychoedukativem Material tatsächlich bestimmte Dinge in der Praxis umzusetzen. Hier ist es oft hilfreicher, wenn ein gegenseitiger Austausch in der Gruppe erfolgt und man von den anderen Teilnehmenden direkt Anregungen aus der Praxis erhält, was für wen tatsächlich gut funktioniert und was nicht. In der jeweils nachfolgenden Gruppensitzung hatte ich bisher nahezu jedes Mal ein sehr positives Feedback, in dem einige Mitglieder bereits Erfolge darüber berichten konnten, dass sie die Ideen der anderen im Verlauf der Woche ausprobiert hatten. Dies ist nicht nur für die Fokuspatient*innen, sondern selbstverständlich auch für diejenigen, die die Anregungen eingebracht haben, sehr validierend und wertschätzend.

Im selben Sinne eignet sich die Kombinationstherapie auch für Themen wie Angstbewältigungsstrategien, Umgang mit erhöhten Selbstansprüchen oder dem Erlernen und Einüben von Skills. Hier ist es auch oft eine schöne Erfahrung für die Patient*innen, bestimmte Übungen in der Gruppe gemeinsam mit den Anderen durchzuführen (zum Beispiel das Einüben der Stopp-Technik zur Unterbrechung dysfunktionaler Denkmuster oder Anwendung von metakognitiven Strategien aus der ACT).



Sandra Kirschner

M.Sc. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Von 2020 bis 2022 angestellt in einer Praxis für Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Seit Oktober 2022 in eigener Praxis in Heiningen tätig.



**DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung**

**Psychotherapie
in der Privaten
Krankenversicherung
(PKV) und bei
sonstigen Kostenträgern**
Hilfenleistungen und Arbeitsblätter
A. Karch/Neuhäuser

**Praxisübergabe
Richtlinie und
Anrechnung**
A. Karch/Neuhäuser

**Die Praxisübergabe
an Nachfolger**
Ein Leitfaden
A. Karch/Neuhäuser

**Praxisübergabe
Richtlinie und
Anrechnung**
A. Karch/Neuhäuser

**Steuern in der
psychotherapeutischen Praxis**
A. Karch/Neuhäuser

**Aktualisierte
Broschüre!**

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

www.dptv.de

**DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung**

Karch/Neuhäuser
**Steuern in der
psychotherapeutischen Praxis**

5., neu bearbeitete Auflage

Patientenanfragen weiterhin 40 Prozent über Vor-Corona-Zeit

DPTV präsentiert neue Umfrage – KJP-Nachfrage leicht gesunken.

„Der Bedarf an Psychotherapie ist auch im dritten Pandemie-Jahr unverändert hoch. Die Anzahl der Patientenanfragen lag im Sommer 2022 weiterhin um etwa 40 Prozent höher als vor Corona“, konstatiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPTV). Im Durchschnitt 6,9 Anfragen pro Woche gaben die 2270 Teilnehmer*innen einer Umfrage an, die der Verband nun veröffentlichte. „Der Anstieg, den wir schon 2021 beobachten konnten, ist praktisch unverändert. Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ist die Nachfrage leicht gesunken, liegt aber immer noch um 48 Prozent höher als vor der Pandemie“, sagt Hentschel. „Die hohe Nachfrage im letzten Jahr war leider kein vorübergehendes Phänomen, sondern scheint sich zu stabilisieren. Der Leidensdruck durch Pandemie, Krieg und Klimakatastrophen kommt bei den Menschen an.“

Privatpraxen: 62 Prozent mehr Nachfrage

Im Vergleich zum Vor-Corona-Zeitraum Januar 2020 gaben die befragten Kassenpraxen für den Juni 2022 einen Patientenanfragen-Anstieg von 42 Prozent an. Die Psychotherapeut*innen in Privatpraxen gaben 62 Prozent an. „Unsere Mitglieder geben ihr Bestes. Sie beraten, welche unterstützende Maßnahme nötig ist, bieten Therapie an oder helfen bei der weiteren Therapieplatzsuche. Bereits ein Drittel der Befragten empfindet die gestiegene Nachfrage als sehr belastend“, sagt der Bundesvorsitzende.

Anfrage in Großstädten erneut gestiegen

Auch aktuell beobachten die Psychotherapeut*innen in Großstädten einen stärkeren Anstieg als ihre Kolleg*innen in kleineren Städten und im ländlichen Raum. Die durchschnittliche Anzahl an Patientenanfragen liegt in den Großstädten aktuell um 48 Prozent höher als vor der Pandemie; in den anderen Gebieten um 35 Prozent höher. In den Großstädten haben die Anfragen damit gegenüber Januar 2021 noch einmal um zwei Prozentpunkte zugenommen.

25 Prozent erhalten Sprechstunde in angefragter Praxis

Von den durchschnittlich 6,9 wöchentlichen Anfragen können im Mittel 1,7 Patient*innen einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunden in der jeweiligen Praxis erhalten (24,6 Prozent). 3,5 Prozent davon erhalten diesen Sprechstunden-Termin innerhalb einer Woche, etwa 15 Prozent innerhalb von zwei Wochen, weitere 30 Prozent innerhalb eines Monats, 51 Prozent warten länger als einen Monat. Die restlichen Anfragenden müssen weitere Praxen kontaktieren, um dort einen Termin zu erhalten. Eine Richtlinienpsychotherapie können Patient*innen in etwa acht Prozent der Praxen innerhalb von einem Monat nach ihrer Anfrage in der Praxis beginnen, in weiteren 15 Prozent innerhalb von drei Monaten, in 30 Prozent innerhalb von 6 Monaten. Die Problematik langer Wartezeiten nimmt diesen Ergebnissen zufolge weiter zu.



Kurz gemeldet ...

Bedarfsplanung reformieren

„Die Zahlen zeigen: Der Bedarf ist weiter groß“, sagt Hentschel. „Wir brauchen kurzfristig mehr durch die Krankenkassen genehmigte Kostenerstattungen von Psychotherapien, die durch Privatpraxen erbracht werden. Wichtig sind ebenso Sonderbedarfszulassungen von Vertragspsychotherapeut*innen und mittelfristig eine gezielte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen.“ Unabhängig davon müsse das ambulante Versorgungsangebot von Psychotherapeut*innen für Kinder- und Jugendliche weiterentwickelt und die Verteilung neu strukturiert werden. „Hier besteht ein besonderer Bedarf“, betont Psychotherapeut Hentschel.

Neupatientenregelung erhalten

„Die Regierung sollte das Thema psychische Gesundheit nicht vernachlässigen. Kontraproduktiv ist daher die geplante Streichung der Neupatientenregelung“, sagt der Bundesvorsitzende. „Diese hat seit 2019 finanzielle Anreize für die Aufnahme neuer Patient*innen geboten.“ Dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung zufolge habe man durch die Regelung zwischen 2019 und 2021 mehr als 18 Prozent mehr Neupatient*innen psychotherapeutisch versorgen können. „Mit Abschaffung der Neupatientenregelung droht sich die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie wieder zu verschlechtern.“



Die komplette Umfrage finden Sie online unter: www.dptv.de/umfrage_patienten_2022.

„130.000 Konnektoren – das sind 260.000 Kurzzeittherapien“

DPTV kritisiert Konnektoren-Austausch zwei Jahre vor Ende des Systems. „Wir halten den geplanten Austausch der Konnektoren für eine dramatische Verschwendung von Versicherungsgeldern. Mit jedem Tausch könnten mehr als zwei Kurzzeitpsychotherapien finanziert werden – bundesweit 260.000. Damit wäre das Geld sinnvoll angelegt“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPTV.

<https://t1p.de/9v21q>

PiA: 12 % erhalten weniger als Gesetz vorgibt

„Ein Drittel der Kliniken ist offensichtlich in der Lage, ihren Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) mehr als 1.000 Euro zu bezahlen. Wir fordern die übrigen Häuser auf, diesem Beispiel zu folgen, damit PiA wenigstens das erhalten, was ihnen zusteht“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPTV. Zwei Jahre nach Einführung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes präsentiert die DPTV eine Umfrage zur Umsetzung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Mindestvergütung von 1.000 Euro.

<https://t1p.de/4mfp6>
www.dptv.de/pia_umfrage_2022

G-BA-Beschluss zu PPP ignoriert Patient*innen und Fachexpertise

„Es ist ein Skandal, dass Patient*innen in der Psychiatrie und Psychosomatik weiterhin nur ein reduziertes psychotherapeutisches Angebot erhalten“, kritisiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPTV. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passte mit seinem Beschluss zur Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) die Minutenwerte für Psychotherapeut*innen erneut nicht an.

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

DPTV CAMPUS Veranstaltungen

Januar bis März 2023

Januar

- 20.01. **Refresher Sozialmedizin**
Dr. med. Thomas Leitz, online, 22-124
- 28.01. **Ambulante und stationäre Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Schulvermeidung/Schulabsentismus**
Ursula Neumann, online, 22-133
- 30.01. **Bundesvorstand im Gespräch**
Bundesvorstand der DPtV, online, 22-134

Februar

- 03.02. **Diagnostik im Rahmen der neuen Psychotherapie-Richtlinie**
Dr. Enno E. Maaß, online, 23-03
- 04.02. **Ärgerbezogene Störungen und ihre Behandlung**
Claudia de Boer, online, 23-04
- 10.02. **Verhaltenstherapie bei Erkrankungen im Zusammenhang mit Mobbing am Arbeitsplatz**
Dr. Josef Schwickerath, online, 23-05
- 10.02. **Ego-State-Therapie – bin ich viele und warum?**
Dr. Michael Siebers, online, 23-06
- 13.02. **Bericht an den Gutachter/die Gutachterin nach den neuen Anforderungen in der Verhaltenstherapie**
Dieter Best, online, 23-07
- 15.02. **Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung**
Dieter Best, online, 23-08
- 17.02. **Sozialmedizinische Anfragen – nur lästiger Papierkram?**
Dr. med. Thomas Leitz, online, 23-10
- 18.02. **Psychopharmakologie für Psychotherapeut*innen**
PD Dr. Kim Hinkelmann, Dr. med. Francesca Regen, online, 23-11
- 19.02. **Berufspolitik für Psychotherapeut*innen – wie Psychotherapeut*innen Einfluss nehmen können**
Amelie Thobaben, online, 23-12

März

- 01.03. **Psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in Gefährdungssituationen**
Dr. Nina Spröber-Kolb, online, 23-14
- 06.03. **Sinn im Leben! Psychotherapeutische Antworten auf existentielle Fragen**
Sven Hanning, Fabian Chmielewski, online, 23-16
- 06.03. **Abrechnung nach EBM, GOP und Beihilfeverordnung**
Dieter Best, online, 23-17
- 15.03. **Mad World – globale Krisen in der Psychotherapie**
Fabian Chmielewski, online, 23-19
- 15.03. **Bericht an den Gutachter/die Gutachterin nach den neuen Anforderungen in der Verhaltenstherapie**
Dieter Best, online, 23-20
- 17.03. **Einführung in das ICD-11**
PD Dr. Jan Christopher Cwik, online, 23-21
- 20.03. **Der tiefenpsychologisch-fundierte Bericht an den Gutachter/die Gutachterin in der Einzeltherapie bei Erwachsenen**
Dr. Björn Riegel, online, 23-22
- 21.03. **Einführung in die Paartherapie**
Sebastian Baumann, online, 23-23
- 23.03. **Psychotherapeut*innen in Führung bringen**
Christina Demmerle, online, 23-25
- 24.03. **IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis**
Thomas Klug, online, 23-27
- 25.03. **Schmerzpsychotherapie – eine Einführung**
Dr. Paul Nilges,
Dr. Anke Diezemann-Pröbldorf, Mainz, 23-28
- 27.03. **Sinn im Leben! Psychotherapeutische Antworten auf existentielle Fragen**
Fabian Chmielewski, online, 23-29
- 31.03. **ADHS im Erwachsenenalter erkennen und korrekt diagnostizieren**
Dr. Elisabeth Nyberg, online, 23-31
- 31.03. **Systemische Perspektiven: Fallkonzeption, Behandlungsplanung, Arbeit im Mehrpersonensetting**
Dr. Rüdiger Retzlaff, online, 23-32

Praxisabgabe

Psychotherapeuten / Berufsstarter / Investoren aufgepasst!

Verkaufe eine vollausgestattete, umsatzstarke 160 qm große Kiju-VT-Praxis mit Dachterrasse, Sekretariatsbereich, ca. 2.000 aktuellen Fachbüchern, Testdiagnostik, allen Therapiematerialien und -spielen sowie der entsprechenden Technik im **Nürnberger Innenstadtbereich** im Rahmen eines Verzichts auf volle Zulassung (Kiju-PT) zugunsten meiner Anstellung für 3 Jahre. Angebote mit Preisvorstellung über Chiffre PA20220403

STUTTGART Zentrum:

langjährig etablierte VT-Praxis für Erwachsene + Kinder ab 01.01.2023 zu verkaufen. KV-Zulassung vorhanden. Kontakt: m.e.reinhold@gmail.com

Sehr gut eingeführte halbe psychotherapeutische Praxis (VT, Erw.) im Landkreis Hötzer zum nächstmöglichen Zeitpunkt abzugeben. KV-(Teil-)Zulassung vorhanden. Hohe Therapienachfrage. Kontakt: vt@kerstin-dorn.de

Osnabrück: VT-Praxis, Erw., halbe KV-Zulassung vorhanden, innerhalb etablierter Praxisgemeinschaft zum 01. März 2023 zu verkaufen. E-Mail: tenzer.jutta@t-online.de

Stellenangebote

GESUCHT: Approbierte*r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (m/w/d) in Frankfurt/M – analytisch, tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch fundiert – Vollzeit, Festanstellung und unbefristet! Kontakt: bewerbung@wings.net

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@praxis-schaefer.de.

Verschiedenes

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

Neue Ausbildungsgruppe in Integrativer Paartherapie in Hamburg
10 Wochenenden ab Februar 2023, akkreditiert bei der PTK Hamburg.

Alles Weitere auf norddeutsche-paarakademie.de
Kontakt: Dr. Dieter Teschke, mail: npa@norddeutsche-paarakademie.de, Tel. 040/431 80722

Wiesbadener Traumainstitut international Ego-State-Therapie Curriculum mit Dr. Woltemade HARTMAN, Beginn 3.2.2023, **Spezial-Seminare** mit Dr. W. HARTMAN, Dr. Jochen PEICHL, Claudia MÜLLER-QUADE, **SOMA-EMBODIMENT** (Körper-Therapie nach Trauma) Dr. Sonia GOMES ab 13.1.2023
www.wietra-international.com
info@wietra-international.com
Langgasse 20, 65183 Wiesbaden
Tel. 0611-34196866

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 1.2023:
13. Januar 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 Verlages

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

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

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

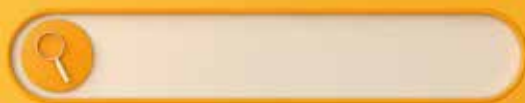
- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht

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

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Sind Ihre Daten in der Psychotherapeutensuche noch korrekt? Erhalten Sie keine Mitgliedermails mehr?

Bitte prüfen und aktualisieren Sie Ihre Adressdaten unter www.dptv.de/meine-dptv



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: 23.500 Exemplare

Verlag und Herausgeberin

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

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

Kontaktanschrift der Redaktion

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

Layout/Satz

Jacqueline Lee

Redaktionsbeirat

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-Liebkecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz	43
Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn	49
Elron GmbH, Essen	4
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	73
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	25
Manfred Vogt Spieleverlag, Bremen	U2
Medatixx GmbH & Co. KG, Eltville/Rhein	U4
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten	55
Schattauer Verlag, Stuttgart	75

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institution beigelegt: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Bildnachweise

Seite

Adobe Stock/ VectorMine	U1-76
Adobe Stock/Microgen	78-79
www.keskin-arts.com (Foto von Rita Neuendorff)	73

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 **27. Februar 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

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

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

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

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Kooptiertes Mitglied

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

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Julia Leithäuser (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
amelie-thobaben@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
Peiner Straße 4
30519 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



**Neue
Praxissoftware
für Psychotherapie
bald verfügbar!**

psyx entspannt Ihren Praxisalltag.

**Bestellen Sie unseren Newsletter und schnuppern
Sie vorab in unsere Praxissoftware rein!**



Jetzt Newsletter bestellen

Alle weiteren Infos unter psyx.medatixx.de