

PPP

04/2022

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Die endliche Hoffnung

Reflexionen von
Prof. em. Dr. Dr. Gereon Heuft

Selbstwirksamkeit ist ansteckend

Ein Gespräch mit
Marina Weisband

Frieden finden

... nur wie?



Wir wünschen Ihnen ein gutes und friedvolles neues Jahr!

Mit Ungewissheit und Besorgnis endet das Jahr 2022. In der aktuellen Situation sind wir Psychotherapeut*innen mehr denn je gefordert. Damit wir dieser Verantwortung – beruflich wie auch politisch – gerecht werden können, braucht es angemessene Rahmenbedingungen. Wir werden auch 2023 alles dafür tun, diese zu schaffen und das Erreichte zu sichern.

Erholsame Feiertage und einen guten Start in ein glückliches neues Jahr 2023 wünscht Ihnen

Ihr bvvp



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Krieg in der Ukraine und die Folgen für Europa und die ganze Welt sind im Herbst des Jahres 2022 das beherrschende Thema. Wie kann es gelingen, Frieden zu finden in dieser kriegsgetriebenen Atmosphäre, in der die Gewalt unablässig steigt? Zu dieser schwierigen Frage wollen wir aus Sicht unserer Profession mit dem aktuellen Fokusthema einen kleinen Beitrag beisteuern. Die Welt ist aus den Fugen geraten. Die Militärs und Kriegstreiber haben das Sagen. In Deutschland, ehemals Kriegstreiber und Kriegsverlierer, kennt man vieles noch aus eigener Erfahrung, auch wenn die Schrecken nun schon bald 80 Jahre zurückliegen: massenhafter Tod, Flucht und Vertreibung, Kriegsverbrechen, die Annexion von Staatsgebieten – danach aber auch ein Prozess der Versöhnung, des Zusammenfindens und Friedensschaffens. All das Gelebte und Erlebte hat Spuren in unser aller Psyche hinterlassen.

Der Krieg in der Ukraine und die russische Aggression sind in manchem dem ähnlich, was zu Beginn des Zweiten Weltkriegs geschah. Die Frage, inwieweit es gelingen kann, zu Verhandlungen zurückzukehren, stellt aktuell die große Herausforderung dar. Das Bemühen der Ukraine, möglichst viele Gebiete zurückzuerobern, ist sehr verständlich. Aber wenn man diesen Gedanken zu Ende denkt, könnte der Krieg noch sehr lange dauern. Wir haben in diesem Heft versucht, uns dem Thema aus ukrainischer Perspektive zu nähern – in einem Gespräch mit der Publizistin und Psychologin Marina Weisband. Das Ergebnis ist ein eindrucksvolles Stimmungsbild aus ukrainischer Sicht.

Frieden finden müssen wir als Psychotherapeut*innen aber auch in sehr unterschiedlichen Bereichen unserer Arbeit, zum Beispiel nach dem Suizid von Patient*innen – eine schwere Erfahrung. Wie das gelingen kann, haben wir mit dem Experten Tobias Teismann besprochen. Zum Thema Umgang mit Suizid möchte ich Ihnen zudem die Buchbesprechung von Lisa Störmann-Gaede ans Herz legen. Sie zeigt beispielhaft auf, wie Bücher unser Bewusstsein verändern können. Denn durch die Lektüre von „Sich selbst töten mit Hilfe anderer“, herausgegeben von Joachim Küchenhoff und Martin Teising, hat sich die Haltung der Kollegin zum assistierten Freitod deutlich verändert. Buchbesprechung wie Buch kann ich nur wärmstens empfehlen.

Doch auch jenseits der Krisen geht unsere Arbeit in den Praxen weiter. Immer wieder stellt sich dabei die Frage, wie man im Gutachterverfahren mit komplizierten Sachverhalten umgeht. Kollege Jan Glasenapp, ein erfahrener Verhaltenstherapie-Gutachter, gibt dazu in seinem Artikel Tipps und weist auf wichtige Aspekte hin. Und es gab – allen Krisen zum Trotz – Grund zum Feiern: Das 25-jährige Jubiläum des Landesverbands Nordrhein wurde bei der Herbst-Delegiertenversammlung in Neuss angemessen gewürdigt. Lesen Sie dazu den Bericht über den hochinteressanten flankierenden Vortrag zum Thema „Digitalisieren in der Psychotherapie“ und die drei Resolutionen, mit denen sich der bvvp berufspolitisch positionierte.

Ich wünsche Ihnen Einsichten und erhellende Erkenntnisse bei der Lektüre des Magazins.



Herzliche Grüße

Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Inhalt



14

Hoffen auf die Hoffnung

Ist sie hilfreich? Notwendig? Oder womöglich schädlich? Wo kommt sie im therapeutischen Setting vor? Und was bleibt, wenn sie gestorben ist? Ein Artikel von Prof. em. Dr. Dr. Gereon Heuft.

18

Kindern helfen in ihrer Trauer

Der hypnosystemische Traueransatz von Roland Kachler nimmt den Wunsch von Kindern und Jugendlichen auf, Verstorbene als inneres Gegenüber und Begleiter*innen zu bewahren.

20

Frieden finden im Alter

Versöhnung geschieht nicht, indem ein Mensch sich für sie entscheidet, sondern er will Versöhnung, weil er etwas erfahren hat, das zu tiefer Hoffnung berechtigt – sagt die Buchautorin und Psychotherapeutin Monika Renz.



23

Vermeidbarer Stress

Gutachter Jan Glasenapp teilt seine Erfahrungen aus der Begutachtung von VT-Anträgen. Da bis zur Abschaffung des Gutachtenverfahrens noch einige Berichte zu schreiben sind, lohnt es sich unbedingt, seine Empfehlungen zu lesen.

28

25 Jahre bvvp in Nordrhein

Grund zu feiern für die Delegierten in Neuss. Ein Höhepunkt: Die öffentliche Fortbildungsveranstaltung „Digitalisieren der Psychotherapie“ mit der Ethikverein-Vorsitzenden Dr. med. Andrea Schleu.

IM FOKUS FRIEDEN FINDEN

- 06 Einführung
- 08 Selbstwirksamkeit ist ansteckend – Gespräch mit Marina Weisband
- 12 Offen über Suizid reden – Gespräch mit Dr. Tobias Teismann
- 14 Die endliche Hoffnung – Ressource und Gefährdung
- 17 Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen in Aus- und Weiterbildung
- 18 Ein beziehungsorientierter Traueransatz für Kinder und Jugendliche
- 20 Frieden finden im Alter

BVVP AKTIV

- 22 Berufspolitische Meldungen I
- 23 Gutachtenverfahren in der Verlängerung – Tipps für Ihre Anträge
- 26 Berufspolitische Meldungen II
- 28 25 Jahre bvvp Nordrhein

SERVICE

- 30 Anstellung auf einem Angestellten-sitz in einer Psychotherapiepraxis
- 32 Expertentelefon zur Anstellung in der ärztlichen Praxis
- 33 Buchbesprechungen
- 35 Autor*innenverzeichnis

Impressum

PPP Psychotherapie in Politik und Praxis · ISSN: 2698-2625
Periodizität: Quartal · Einzelverkaufspreis / Schutzgebühr 14,80 €
Abonnement 49,50 € inkl. Versand · Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei · Info und Bestellung: bvvp@bvvp.de

Herausgeber

bvvp Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Telefon +49 (0)30 887259-54 · Telefax -53 · bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

Redaktion

Martin Klett (V.i.S.d.P.), Autor*innen: siehe Verzeichnis Seite 35 ·
Verantwortlich für den Fokus: Benedikt Waldherr, Elisabeth
Störmann-Gaede · Redaktionsleitung und Lektorat: Anja Manz

Verlag

freelance project GmbH · Reinsburgstraße 96 A · 70197 Stuttgart ·
info@freelance-project.de · www.freelance-project.de
Projektleitung: Bernd Faller · Korrektorat: Martina Schwendemann ·
Art Direction: Isabelle Birebent, Alexandra Fragstein
Illustrationen: Stephanie Wunderlich · Fotos: bvvp-Archiv,
Bilder der Autoren: privat aus Eigenbesitz

Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG, Calbe / Saale

Anzeigen

bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom Januar 2022.

© Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe.
Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich
gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung
des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendun-
gen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt,
das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

IM FOKUS:

Frieden finden: Aber wie?

Von Dr. Elisabeth Störmann-Gaede und Benedikt Waldherr



Frieden finden – wie kann das gelingen? Das ist eine große und schwere Frage, die aktuell die ganze Welt existenziell herausfordert. Wir haben den Mut, dieser Frage mit Bezug zu unserer Arbeit als Psychotherapeut*innen in der letzten Ausgabe der PPP des Jahres 2022 nachzugehen. Heft 2/2022 hatten wir dem Thema „Krieg in Europa“ gewidmet. Jetzt haben wir versucht, mit der ukrainischen Psychologin, Grünen-Politikerin und Publizistin Marina Weisband darüber ins Gespräch zu kommen, wie es gehen könnte, zu Frieden zurückzufinden, und welchen Beitrag wir als Psychotherapeut*innen dazu leisten können. Die Frage nach einem drohenden dritten Weltkrieg blieb ungestellt. Ratlos blieben wir zurück – wie alle derzeit.

Könnte die Haltung des „Trotzdem-Hoffens“ ein Ansatz sein für mehr Frieden? Einen fundierten Artikel zur Hoffnung – auch aus historischer Perspektive und unter Berücksichtigung kritischer Aspekte – hat Prof. em. Dr. Dr. Gereon Heuft aus Münster verfasst. Ist die Hoffnung zutiefst menschlich, hilfreich und vielleicht auch notwendig? Oder ist sie womöglich sogar schädlich? Wo kommt sie im therapeutischen Setting vor? Und was bleibt, wenn die Hoffnung gestorben ist?

Der für die therapeutische Arbeit sehr hilfreiche Artikel von Roland Kachler wendet sich thematisch dem Tod naher Bezugspersonen zu. Er fragt: Wie kann Trauerarbeit speziell bei Kindern und Jugendlichen dazu beitragen, dass sie sich wieder neu in der Welt zurechtfinden, vielleicht sogar mit einer inneren Beziehung zum Verstorbenen, die als Ressource weiterlebt?

Um gute Selbstfürsorge als Bewältigungsstrategie geht es Alexandra Rausch. Sie fokussiert auf die jungen Psychotherapeut*innen, die in ihrer Aus- oder Weiterbildung oft ins kalte Wasser gestoßen werden. Selbstfürsorge hilft aber nicht nur Kolleg*innen in der Ausbildung, sondern uns allen, den Kopf oben zu halten. Wir sollten sie in den Tagesablauf integrieren, gerade in belastenden Zeiten wie diesen.

Was kann helfen, wenn wir es als Therapeut*innen mit Menschen zu tun haben, die ihren Frieden im Tod ersehnen, also einen Suizid in Erwägung ziehen? Ein Gespräch zwischen unserem bvvp-Vorsitzenden Benedikt Waldherr und Dr. Tobias Teismann vom Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit zeigt auf, was in derartigen Situationen zu tun ist. Ist vielleicht der Anti-Suizid-Vertrag das Mittel der Wahl?

Die Schweizerin Monika Renz kann als Psychologin und Leiterin der Psychoonkologie des Kantonsspitals St. Gallen aus ihrer Erfahrung in der Palliativarbeit mit Sterbenden berichten. Von ihr wollten wir wissen: Welche Rolle kommt der Versöhnung und Vergebung zu, um ein „gutes Sterben“ möglich zu machen? Sie berichtet von neuen Erfahrungen – auch überraschend spirituellen –, die manch Sterbender macht auf seiner letzten Brücke.

Versöhnen und Vergeben ist aber nicht nur ein Thema in Anbetracht des Todes, es gehört mitten hinein in diese so bedrohte, aber doch wunderbare Welt.

Selbstwirksamkeit ist ansteckend

Marina Weisband, ukrainisch-deutsche Publizistin und Psychologin, im Gespräch mit den bvvp-Vorstandsmitgliedern Dr. Elisabeth Störmann-Gaede und Benedikt Waldherr



Benedikt Waldherr

Benedikt Waldherr: Liebe Frau Weisband, uns beschäftigt der Krieg sehr – gerade auch wegen unserer Profession. Vor allem treibt uns die grundsätzliche Frage um, wie es überhaupt wieder Frieden oder zumindest Waffenstillstand in der Ukraine geben kann.

Marina Weisband: Ich denke, die Frage von Frieden in der Ukraine ist im Moment keine psychologische. Es ist in erster Linie eine politische und militärische Frage, und da sehe ich wirklich nur ein Modell, nämlich dass die russischen Truppen zurück hinter die russische Grenze vom Januar 2022 vertrieben werden. Anders wird es keinen Frieden geben. Kein Waffenstillstand der Welt wird jetzt Frieden schaffen, denn Waffenstillstand bedeutet Unterdrückung der Bevölkerung, die in den okkupierten Gebieten lebt: Entführungen, Vergewaltigungen, Massenmord.

BW: Sie sehen also keine wirkliche Alternative zur Rückeroberung?

MW: Es würde eine Destabilisierung auf viel höherer Ebene stattfinden. Im Prinzip würden wir einen Aggressor für seinen Angriffskrieg mit neuem Staatsterritorium belohnen.

BW: Wenn wir den Blick auf unser Fachgebiet wenden: In Deutschland sind wir stark auf der individuellen Ebene tätig, nicht auf der politischen. Dennoch: Die

Diskussionen und Ängste der Menschen kommen natürlich auch in den Psychotherapie-Sitzungen an. Gibt es in der Ukraine nennenswerte psychotherapeutische Versorgung?

MW: Ja, die gibt es, wobei die Kapazitäten natürlich bei Weitem nicht ausreichen. In den ehemaligen Sowjetstaaten sind psychisch kranke Menschen ganz anders stigmatisiert. In der Sowjetunion war das Irrenhaus für politische Dissidenten reserviert und war im Prinzip eine Folterkammer. Mit diesem Bild ist die ältere Generation aufgewachsen. Wir haben sowohl in Russland als auch in der Ukraine inzwischen ganz lebendige psychologische Lehrstühle und Entwicklungen. Mein eigener Vater hat in Kiew ein Institut für Sozionik gegründet. Aber aktuell sind alle, die können, mit Nothilfe beschäftigt. Und das System platzt aus seinen Nähten, weil einfach alle Menschen traumatisiert sind.

BW: Wir hatten in Deutschland ja auch eine düstere Vergangenheit der Psychiatrie während des Nationalsozialismus, als eine schwere psychische Erkrankung ein Todesurteil bedeutete. Insofern kämpfen wir hier immer noch mit der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. In Russland, sagen Sie, ist die Stigmatisierung noch extremer. Das heißt, die Möglichkeit, sich mit einer psychischen Störung an jemanden zu wenden, ist gering?

MW: Die infrastrukturelle Versorgung in Russland ist viel schlechter. Wenn wir an Russland denken, denken wir häufig an Moskau und Petersburg. Aber wir müssen auch bedenken, dass ein Viertel aller Häuser in Russland keinen Wasseranschluss und keine Toilette im Innenraum hat. Viele Menschen leben in kleinen Dörfern, in denen es überhaupt keine Versorgung gibt.

Die sind froh, wenn sie irgendwo einen Arzt erreichen können. An Psychotherapie ist überhaupt nicht zu denken. Dort wurde und wird systematisch Alkoholismus eingesetzt, um die Bevölkerung ruhig und passiv zu halten, besonders die ethnischen Minoritäten.

BW: Ja, der Wodka ersetzt ganz viel.

MW: Es gibt auch eine starke autoritäre Tradition. Russland als Staat ist seit dem 13. Jahrhundert autoritär beherrscht, angefangen von Iwan dem Großen über den Zarismus, dann den Stalinismus. Auch jetzt haben die Menschen im Staat Russland Demokratie noch nie am eigenen Leib erlebt.

Elisabeth Störmann-Gaede: Das heißt, da müsste ganz, ganz viel in den Köpfen passieren, gerade in Bezug auf Bildung?

MW: Meine Mutter sagte, nachdem sie nach Deutschland gezogen ist, habe sie fünf Jahre gebraucht, um zu lernen, was Selbstwert ist. Selbstwert, also der Wert des Individuums, wurde in der Sowjetunion und nun in Russland systematisch klein gehalten. Dadurch haben die Leute ihren Selbstwert in etwas Größerem gesucht, in Gott, im Zaren, im Imperium, Stalinismus, im Kommunismus oder jetzt in dieser Idee von Neurusland – immer mit dem Gedanken: „Wir leiden, aber dieses Leid ist etwas Edles, weil es das Ganze zu etwas Höherem führt.“ Ich glaube, es wird mindestens vier Generationen brauchen, bis dieses Denken überwunden werden kann. In der Ukraine ist die Geschichte ein bisschen anders, weil sie durch das Kosakentum historisch ganz anderen Einflüssen ausgesetzt war und im kollektiven Gedächtnis andere Formen von Selbstwirksamkeit verankert sind.

ES-G: Ich finde es interessant, wie Sie die Geschichte betrachten, um zu verdeutlichen, wie sich die Menschen entwickeln, auch bezüglich ihrer Werte. Eine Entwicklung hin zu Demokratisierung und zur Betonung des Wertes des Individuums wird nur langsam geschehen.

BW: So, wie Sie es historisch begründen, läuft alles darauf hinaus, dass man lange warten und erst den Krieg gewinnen muss. Aber wir Psychotherapeuten fragen uns: „Was ist jetzt zu tun?“ Wir arbeiten auch mit Menschen aus der Ukraine in deutschen Praxen, wenn nötig und möglich mithilfe von Dolmetschern. Aber was kann man tun, um mit Andersdenkenden,

auch mit russischen Menschen, wieder ins Gespräch zu kommen? Schließlich hat ja auch ein großer Exodus aus Russland stattgefunden. Wie können wir hier als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten etwas bewirken?

MW: Die Russen, die jetzt aus Russland fliehen, weil sie sonst ohne Ausbildung und Ausrüstung an die Front geschickt werden, wollen hauptsächlich nicht sterben.

BW: Aber es haben sich auch schon gleich nach Beginn des Krieges viele Menschen aus Russland abgesetzt.



Dipl.-Psych. Marina Weisband

Gebürtige Ukrainerin. Psychologin, Beteiligungspädagogin für Jugendliche im Projekt „aula“, Autorin und Kolumnistin. Ehemalige politische Geschäftsführerin der Piratenpartei, Mitglied der Grünen, Expertin für Digitalisierung und Bildung.

MW: Das waren die Oppositionellen, die geflohen sind – aus guten Gründen. Ich glaube, die aktuelle Aufgabe liegt nicht in der Versöhnung mit russischen Menschen. Das ist eine Frage, die wir zurückstellen müssen, das wird sich ergeben – die werden Künstler*innen und weitere, ganz unterschiedliche Gesellschaftsschichten aufgreifen. Die viel größere Herausforderung für die Psychotherapeut*innen in Deutschland ist es, die Spaltung in unserer Gesellschaft hier aufzufangen. Denn mit dem Krieg ist eine Abnahme unserer gewohnten Sicherheit, aber auch unserer Lebensqualität verbunden.

Hier sind ideelle Werte sehr stark an materielle Werte geknüpft. Das Gefühl von Freiheit ist ans Auto geknüpft, das Gefühl von Zufriedenheit oder Erholung an Fernreisen. Die Leute knüpfen ihren Selbstwert stark an den Lebensstandard. Wenn dieser jetzt fällt, werden Menschen kollektiv in eine Selbstwertkrise verfallen, weil sie sagen: „Mir geht es materiell nicht so gut, also bin ich wahrscheinlich nicht so viel wert.“ Das ist das, was uns die neoliberale Ideologie eingeredet hat: Wenn du viel leistest, bist du auch erfolgreich. Das funktioniert nun nicht mehr. Denn egal, wie viel ich leiste, egal, wie gut ich moralisch bin, ich werde vielleicht frieren, nicht in Urlaub fahren können, werde mir vielleicht weniger leisten können. Menschen, gerade in Westdeutschland, haben kaum Ressourcen, damit umzugehen, weil es kollektiv gesehen wenig gab, womit die Gesellschaft klarkommen musste. Und jetzt kommt plötzlich eine Krise, die den Lebensstil bedroht. Entweder erlernen Menschen jetzt sehr schnell Strategien, um ihren Selbstwert an etwas knüpfen zu können, was nicht materiell ist – sie entdecken Familie, Kunst, Kultur und Natur –, oder sie entdecken sie nicht. Und dann haben wir es im Prinzip massenhaft mit traumatisierten Menschen zu tun, die Angst haben, die panisch sind, wütend, und die sehr viel dummes Zeug machen können.

ES-G: Ich bin da nicht so pessimistisch. Die Coronapandemie hat auch schon Konsumverzicht abverlangt, und ich kenne es aus meiner Praxis, dass Patienten dann die Natur entdeckt und Beziehungen intensiviert haben, dass die Bereitschaft da war, sich auch für den anderen einzusetzen. Ich habe es als eine Krise erlebt, aber bei vielen auch als eine Hinführung zu tieferen Werten, auch zu tieferem Sinn. Ich würde das auch nicht als Traumatisierung bezeichnen, wenn man das Selbstwertgefühl plötzlich nicht mehr mit Konsum stabilisieren kann, sondern als notwendige Krise, um in die Reflexion zu gehen. Ich finde sehr interessant, dass Sie unseren Platz als Therapeuten da sehen, dass wir uns um diese Menschen, die durch die Veränderungen labilisiert sind, kümmern müssen. Weg von Konsum, hin zu der Frage: „Was ist wirklich wichtig?“ Und da sind Bindung und Beziehung ganz wichtig.

MW: Tatsächlich wäre es ja der best case, wenn diese Pandemie zu irgendetwas gut wäre. Was mich skeptisch macht, ist dieses Rasen zur Normalität, diese beinahe renitente Behauptung: „Die Pandemie ist vorbei.“ Wir sehen stets eine hohe Welle von Solidarität am Anfang jeder Krise. Auch am Anfang des Kriegs

gegen die Ukraine stand massive Hilfe, auch 2015, als die Flüchtlinge aus Syrien kamen, war es zu beobachten, oder am Anfang der Coronapandemie. Wir wissen aber auch, dass diese begeisterten Solidaritätsbestrebungen als gesellschaftliche Bewegung vorübergehend sind. Und die Frage ist dann, was bleibt. Ich bin mir sicher, dass bei vielen etwas bleibt. Ich sehe seit einigen Jahren, dass gerade die Jüngeren sich wieder auf ganz andere Werte orientieren. Ältere Menschen machen mir da mehr Sorgen. Es ist auf jeden Fall etwas, worauf Psychotherapeut*innen stärker werden achten müssen.

BW: Als es 1968 um die Befreiung von unserem nationalsozialistischen Erbe ging, habe ich innerlich beschlossen, später Psychologie zu studieren. Wir waren damals alle sehr links und haben uns weitergebildet. Für mich ist Bildung das A und O, um überhaupt Bewusstsein, Selbstwert und Versöhnung zu gestalten. Ein Stück weit ist das, was wir als Therapeuten machen, nicht nur Symptombehandlung, es geht auch darum, das Wertesystem zu verändern – denken wir nur an die Klimakrise. Viele Ältere haben schon vor 40 Jahren gegen Umweltzerstörung demonstriert und wurden hier in Deutschland von Polizei und Staatsmacht in die Grenzen gewiesen. Von daher sehe ich zumindest große Teile unserer Gesellschaft nicht so katastrophal dem Aberglauben oder der Propaganda verfallen. Wir sollten eher die andere Richtung stärken.

MW: Wir haben einfach als Gesellschaft jede Menge Schulden angehäuft und wir müssen diese Schulden begleichen. Wir müssen dazu kommen, nachhaltig zu haushalten. Das ist die große Herausforderung, und ich hoffe wirklich sehr, dass wir sie bewältigen können. Aber es wird dabei Probleme geben, die unsere Demokratie bedrohen werden. Eine der wichtigsten Aufgaben von ausgebildeten Psycholog*innen sehe ich in der Psychoedukation, nicht nur einzelner Klient*innen. Es ist notwendig, dass Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen medial stärker auftreten, mehr in der Breite ihre Stimme erheben. Erlernte Hilflosigkeit und Selbstwirksamkeit sind basale Themen, über die ich spreche. Und ich versuche auch politische Räume zu gestalten, in denen Selbstwirksamkeit erlernt werden kann im größeren Stil.

BW: Wir führen Gespräche mit Politikern um die Verbesserung der Versorgungssituation. Von daher wissen wir, dass wir Einfluss haben können. Die Frage ist natürlich, wer hört uns wirklich zu?



Dr. Elisabeth Störmann-Gaede

ES-G: Bildung ist das eine, sinnvoll ist sicher Einfluss auf unterschiedlichen Ebenen, über die Lehre psychologischer Strategien in den Schulen, um dadurch Selbstwirksamkeit zu stärken. Es bleibt wichtig, seinen Einfluss zu multiplizieren.

MW: Ich bin ein großer Fan davon, psychologische Arbeit tatsächlich in den Alltag zu integrieren, das heißt in die Räume, die Systeme, die wir schaffen, also zum Beispiel Psycholog*innen regulär an allen Schulen anzustellen. Schule ist ein sehr fremdbestimmter Raum. Und in solche Räume muss man mehr Möglichkeiten zu Begegnung, zum Austausch, zur Selbstreflexion bringen. Das gilt auch für die Innenstädte. Es gibt doch kaum noch Räume, in denen wir Menschen uns begegnen können, ohne dass von uns verlangt wird, irgendetwas zu erwerben.

ES-G: Diese Entfremdung müssen wir im Blick haben. Wir brauchen mehr Lehrer, die die Basics unmittelbarer vermitteln können, zum Beispiel draußen in der Natur. Ich kann ja auch mit Eichelhäuten das Einmaleins lernen.

MW: Sehr viel besser, als ich es im Klassenraum kann. Ich setze mich auch für autofreie Innenstädte ein – nicht, weil ich etwas gegen das Auto hätte, ich setze mich als Psychologin dafür ein. Warum ich das alles erzähle im Zusammenhang mit dem Ukraine-Konflikt? Ich glaube, dass alles sehr eng verzahnt ist. Was war denn Auslöser für diesen gesamten Krieg? Der Euro-Maidan*. Es war ja nicht irgendetwas, was die NATO gemacht hat. Auslöser war auch nicht etwas, was Putin von sich gegeben hat. In Kiew haben sich Menschen versammelt und gesagt: „Unsere letzte Revolution haben wir gegen einen Präsidenten gemacht und uns für einen anderen eingesetzt. Aber auch der hat uns betrogen. Er hat sofort wieder mit der Korruption angefangen, gegen die wir damals demonstriert haben. Wisst ihr was? Wir wohnen jetzt auf diesem Platz und besetzen ihn.“ Es gab dort eine Küchenhundertschaft, die die Leute mit warmem Essen versorgt hat, eine medizinische Hundertschaft, die in einer besetzten Kirche vier voll funktionsfähige OP-Säle eingerichtet hat. Es gab eine Bildungshundertschaft und eine künstlerische Hundertschaft, die nachts ukrainische Gedichte gelesen hat, die lange verboten waren.

ES-G: Also Basisdemokratie.

MW: Echte Basisdemokratie. Das war eine ganz große Bewegung. Die Okkupation der Krim und des Donbass durch Russland hat eigentlich begonnen, als in den russischen sozialen Medien die ersten Leute geschrieben haben: „Hey, guckt mal, was die Ukrainer machen, wollen wir das nicht auch?“ Weil Demokratie ansteckend ist! Selbstwirksamkeit kann ansteckend sein, und das ist es, wovor Putin Angst hat. Ich glaube, wenn wir hier im Kleinen, im Lokalen Strukturen schaffen, die diese Art von Selbstwirksamkeit in den Menschen wecken, dann sind wir damit die beste Brandmauer gegen diese große internationale, autoritäre Bewegung, die derzeit alle Demokratien bedroht.

BW: Vielen Dank für dieses Gespräch.

Die Langfassung des Interviews finden Sie im Bonusmaterial auf unserer Homepage.

** Proteste in der Ukraine zwischen Ende November 2013 und Februar 2014. Die Demonstrierenden forderten die Amtsenthebung von Präsident Wiktor Janukowytsh, vorzeitige Präsidentschaftswahlen sowie die Unterzeichnung des Assoziierungsabkommens mit der Europäischen Union.*

Mehr PPP? Entdecken Sie unser Bonusmaterial!

Komplexe Sachverhalte in der geforderten Länge darzustellen, geht nicht immer. Manchmal passen nicht alle Aspekte des Themas und spannenden Gedanken unserer Autor*innen und Gesprächspartner*innen in vollem Umfang in unsere PPP. Auf unserer Homepage finden Sie deshalb Langfassungen ausgewählter Artikel sowie weitere interessante Inhalte und Servicetipps.

Die Reflektionen im Artikel von Monika Renz über die Bedeutung von Vergebung auf dem Weg zum eigenen Frieden flankieren wir zum Beispiel mit einer Besprechung ihres Buches „Versöhnung und Vergebung: Wie Prozesse der Befreiung im Leben und im Sterben möglich werden“. Dazu passend bieten wir Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, aber auch Eltern Empfehlungen für Bücher, die Kinder nach dem Verlust eines geliebten Menschen unterstützen können. Auch sehr lesenswert: die anrührende Geschichte einer Kollegin zum Fokusthema Frieden.

Und Sie finden im Bonusmaterial Leserbriefe, die wir zu Magazinausgaben erhalten. Wir freuen uns, wenn auch Sie uns schreiben: bvvp@bvvp.de

Offen über Suizid reden

Dr. Tobias Teismann vom Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ) und bvvp-Bundesvorsitzender Benedikt Waldherr im Gespräch über den Umgang mit Suizidalität in der psychotherapeutischen Praxis.

Benedikt Waldherr: Lieber Herr Teismann, gibt es eigentlich Statistiken, wie oft Psychotherapeut*innen erleben müssen, dass sich ihre Patient*innen suizidieren?

Tobias Teismann: Es gibt Befragungen, Studien mit Psychiatern und Psychotherapeuten. Demnach besagen die Schätzungen, dass 25 Prozent aller Psychotherapeuten Suizide miterleben und etwa 50 Prozent der Psychiater. Aber das ist natürlich auch abhängig davon, mit welchem Klientel ich es zu tun habe.

BW: Was wäre denn Ihre wichtigste Empfehlung für unsere Kolleg*innen? Was sollte man beim Umgang mit suizidalen Patient*innen beachten?

TT: Ganz wichtig ist, dass wir offen über die Suizidalität reden. Allein, dass wir die Möglichkeit bieten, offen über Suizidwünsche zu sprechen, ist an sich schon therapeutisch, und wir bieten damit auch unmittelbar eine Beziehung an. Man kann ja nicht zu seinem Partner oder seiner Partnerin gehen, über Suizidwünsche sprechen und erwarten, dass er oder sie neutral damit umgeht. Es ist aber auch wichtig, dass wir Angehörige mit einbeziehen und sie dazu ermuntern, offen über die Suizidalität der geliebten Person zu sprechen und nachzufragen.

BW: Meine Überzeugung! Man sollte konkret fragen: Wie würden Sie sich denn töten? Wie genau würde das ablaufen? Wer würde Sie finden? Wie wird die Wohnung nachher aussehen? Ich kenne die Empfindungen in so einem Moment ja von der anderen Seite, von der Behandlung von Angehörigen.

TT: Wichtig für uns Psychotherapeuten ist aber auch, zu wissen, dass die allermeisten Personen, die uns eine Suizidmethode klar benennen oder von erheblicher Suizidalität berichten, nicht durch Suizid sterben werden. Deshalb muss man aufpassen, dass man im Nachgang nicht denkt, dass es eindeutige Zeichen gab. Es gibt niemals eindeutige Zeichen, dass jemand durch den Suizid versterben wird. Sicher ist, wir können Suizide nicht vorhersagen.

BW: Eine Möglichkeit sind Anti-Suizid-Verträge. Was halten Sie davon?

TT: Wenn ein solcher Vertrag lediglich zur juristischen Absicherung erstellt wird – was in Amerika wohl oft der Fall ist –, dann geht man nicht in die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und gibt ihnen möglicherweise das Gefühl, sie bekommen nicht den nötigen Raum, um darüber zu erzählen. Es geht aber darum, den Leuten zu mehr Selbstkontrolle zu verhelfen und zu besprechen, wie man es schaffen kann, sich nicht das Leben zu nehmen. In Anti-Suizid-Verträgen sollten immer Notfallstrategien integriert sein, um Menschen zu helfen, dass ihnen die Selbsttötung nicht wie ein Unfall passiert. Die Frage ist dann: An welchen Stellen könnte es bis zu einer nächsten Sitzung kritisch werden, und wie können sie dann gegensteuern? Man geht daher immer mehr weg vom Anti-Suizid-Vertrag und hin zum Notfallplan. Der Notfallplan hat tatsächlich die beste Evidenz unter all den Strategien der Krisenintervention. Es ist mehrfach untersucht worden, dass es hilft, Strategien aufzuschreiben, die

einem helfen, wenn Suizidgedanken drängender werden. In der neuen Leitlinie zur Behandlung unipolarer Depression wird der Notfallplan erwähnt als höchste Form der Empfehlung im Umgang mit depressiven und suizidalen Patienten. Neben der offenen Auseinandersetzung mit Suizidalität sollte also ein Notfallplan mit suizidalen Patienten vereinbart werden. Zudem sollte überlegt werden, wie wir den Zugang zu letalen Mitteln für die Zeit einer Krise verringern können. Auch sollte man sich Zeit nehmen, ambivalentes Erleben rund um den Suizidwunsch genau zu betrachten. Zu fragen: Was ist es, was einen Teil von ihnen fürs Sterben sprechen lässt? Was hindert sie noch auf dem Weg zu einer Selbsttötung? Was gibt es für Dinge, die sie mit dem Leben verbinden? Solange uns ein suizidaler Patient, eine Patientin teilhaben lässt, muss es eine Ambivalenz geben. Es gibt einen Teil in dieser Person, der noch nicht sterben will oder noch nicht überzeugt davon ist, dass Sterben die beste Möglichkeit ist. Die Frage ist: Können wir einen emotionalen Kontakt zu diesem Teil herstellen? Das halte ich für eine wichtige therapeutische Intervention.

BW: Also diese Ambivalenz klären und den leben wollenden Anteil der Person greifbarer machen ...

TT: ... und ihn so greifbar machen, dass die Menschen selbst emotional mit diesen Aspekten in Kontakt treten, dass sie sich selbst darüber sprechen hören, wie ein Suizid mit ihren Zielen und Werten kollidiert. Das wären für mich die entscheidenden Punkte: Offen darüber sprechen, sich ein klares Bild davon verschaffen, wie die Suizidalität bei dieser Person funktioniert, die Motivlage genau ergründen und schauen, ob ich die Person mit diesem lebenswilligen Teil in Kontakt bringen kann – und dann einen Notfallplan mit der Person erarbeiten: Wie kann man verhindern, dass sie in einem absoluten Krisenmoment, in dem die Gefahr droht, dass eine Transition von ihren Gedanken hin zu Handlungen passiert, einen unmittelbaren Zugang zu den entsprechenden Mitteln hat. Man muss die Chance erhöhen, dass der Kopf nochmal anspringen kann.

BW: Ich habe mit einem Patienten vereinbart, dass er seine präparierte Spritze in einen Schrank einschließt und den Schlüssel gut versteckt.

TT: Ja, diese Zugangsbeschränkung stellt wahrscheinlich die effektivste Maßnahme der Suizidprävention dar. Es scheint einen Unterschied zu machen, ob ich für ein Tötungsmittel einfach nur neben mich greifen

oder ob ich noch mal losziehen muss. Das sollten wir uns zunutze machen.

BW: Bei meinem Patienten hat es sich anders gelöst. Da haben sich tatsächlich wieder lebensnahe Türen aufgetan.

TT: Das finde ich auch einen wichtigen Punkt. In diesen ersten Krisenkontakten geht es darum, Sicherheit herzustellen. Aber das macht das Leben ja noch nicht schön. Der zweite Teil ist, den Leuten wieder ins Leben hineinzuhelfen, sodass Suizidideen weniger relevant werden. Da müssen wir genauer schauen: Was lässt Menschen suizidal werden? Wie können wir ihnen helfen, mehr das Leben zu führen, das sie möchten?

BW: Wie kann man den Angehörigen von Suizidierten und insbesondere Kindern helfen?

TT: Bei Kindern ist vor allem wichtig, dass geredet wird, egal wie klein sie sind. Gerade bei den kleineren Kindern muss man aufpassen, dass sie es nicht auf sich selbst beziehen, dass Papa sich das Leben genommen hat – dass sie nicht denken, er hat es getan, weil sie frech waren. Und es darf keine Vereinzelung in der Familie passieren. Bei Jugendlichen muss man genau schauen, wie viel Gespräch sie wollen und wo sie aussteigen. Doch auch für sie muss klar werden, dass sie jederzeit darüber reden können, was sie sich für Gedanken machen. Es gibt bundesweite Selbsthilfegruppen für Angehörige* und auf deren Homepage sehr gute Materialien. Wir wissen aus Studien mit Menschen nach Suizidversuchen, dass suizidale Krisen kurz vor der suizidalen Handlung eine erhebliche Dynamik entwickeln und es oft auf einmal sehr schnell geht. Das ist wichtig zu wissen – auch für Psychotherapeuten –, wenn sich Menschen noch kurz vorher ganz klar von so einer Absicht distanziert haben und am nächsten Tag folgt dann der Suizidversuch oder der vollendete Suizid.

BW: Vielen Dank für diesen tiefen Einblick!

* Link zu AGUS – Angehörige um Suizid e.V.: <https://agus-selbsthilfe.de>

Dies ist eine gekürzte Fassung. Das gesamte Interview mit weiteren Themen und persönlichen Erfahrungen lesen Sie im Bonusmaterial auf unserer Homepage.

Die endliche Hoffnung – Ressource und Gefährdung

Von Prof. em. Dr. Dr. Gereon Heuft

Zu allen Zeiten gründet menschliches Leben auf Hoffnung – auch das ärztliche und psychotherapeutische Handeln. In einem ersten Schritt wird hier der ideengeschichtliche Horizont des Hoffnungsbegriffs unseres jüdisch-christlichen Kulturkreises in den Blick genommen. In einem zweiten Schritt soll sowohl der säkularen Hoffnungsperspektive als auch der transzendentalen Hoffnung in ihrer jeweiligen Ambivalenz nachgegangen werden, um in einem dritten Schritt vor der Frage zu stehen, was bleibt, wenn auch die Hoffnung stirbt?

Die Wurzeln des Konzepts Hoffnung in den letzten 3.000 Jahren

Im Hebräischen lassen sich vier Begriffe zum Konzept Hoffnung auffinden, die alle im Bedeutungshorizont von sehnsuchtsvollem beziehungsweise vertrauensvollem Warten zu verorten sind. Während sich im *Pentateuch* (den fünf Büchern Mose) Hoffnung vor allem in der „Verheißung von Land und Nachkommenschaft“ als Hoffungsgrund konkretisiert, bilden die prophetische Literatur und die Psalmen den Schwerpunkt der Hoffnungsliteratur in der *hebräischen* Bibel. Dabei ist sehr häufig Gott selbst oder die Hoffnung auf Gottes Rettungshandeln ausdrückliches Objekt der Hoffnung. Dass zumindest menschliches Hoffen auch vergeblich sein kann, führt insbesondere das Buch Ijob vor Augen. Je mehr sich der Mensch seiner Endlichkeit bewusst wird, umso stärker ist Gott die letzte Quelle der Hoffnung, die jedoch angewiesen ist auf einen starken Glauben an das positiv konnotierte Erwarten auf ein Eingreifen Gottes in der Geschichte gegen alle Wahrscheinlichkeit [1].

Dieses hoffende Erwarten geht über die individuelle Perspektive hinaus und nimmt auch die Rettung des gesamten Volkes (Israel) in den Blick. So ruft der Prophet Jeremia im Namen des Herrn seinen nach Babylon verschleppten Landsleuten zu: „... denn ich will euch eine Zukunft und eine Hoffnung geben.“ (Jer 29,11) [2 – alle Bibelzitate]

Im *Neuen Testament* kommt der Begriff der Hoffnung kaum vor, wobei uns jedoch eine Vielfalt an Ausdrucksformen für das Konzept eines Vertrauens auf Gott, dessen Güte und Barmherzigkeit sowie auf dessen Verheißungen begegnen. Dabei ist die Hoffnung immer ausgespannt zwischen einem „schon jetzt beginnenden“ und einem „noch nicht vollendeten“ Heil-Sein. Im aktuellen Leben bedarf es der geduldrigen Standhaftigkeit, wie sie im Bild vom Anker als Symbol der Hoffnung (Hebr 6,18–19) ihren Ausdruck gefunden hat. Damit wird bewusst, dass in der jüdisch-christlichen Tradition alles, was wir „haben“, als „Geschenk“ des liebenden Gottes verstanden wird – einschließlich unseres eigenen Lebens, das unserer Kinder und der Natur insgesamt.

Auch wenn Cicero (106–43 v. Chr.) mit seinem Wort „Dum spiro spero, dum spero amo, dum amo vivo“ – Solange ich atme, hoffe ich, solange ich hoffe, liebe ich, solange ich liebe, lebe ich [3] – die Hoffnung als ein zentrales Motiv des menschlichen Lebens und Basis der Liebe begreift, lässt sich in der *antiken (griechischen)* Welt auch ein starkes Bewusstsein für die Hoffnungslosigkeit entdecken. Insbesondere die Figur der Pandora steht für diese Perspektive:

Indem sie die Kiste öffnet, die ihr von Zeus als Rache für den Raub des Feuers durch Prometheus übergeben wurde, entweicht das ganze Übel in die Welt, während die Hoffnung ganz unten in der Kiste liegen bleibt und es kein zweites Öffnen der Kiste mehr gibt [4]. Ein solch rachsüchtiger Zeus muss durch Opfer und Unterwerfung ständig gewogen gestimmt werden.



Die säkulare Hoffnung

Wenn wir sagen, eine Mutter oder die Eltern seien gemeinsam „guter Hoffnung“, entdecken wir uns in der Spur der jüdisch-christlichen Tradition, die Hoffnung vor allem durch geschenkte Nachkommenschaft und, in einem weiteren Sinne, durch das werdende Leben in der Natur, das uns auch nährt und kleidet, erlebt. Wenn Eltern „verrückt genug“ sind, sich für ein Kind bereitzuhalten, bringen sie für sich und ihr Umfeld die Hoffnung zum Ausdruck, dass es mit unserem Leben, dem Leben unserer Lieben und Nächsten und dem Leben in der Welt insgesamt gut weitergehen werde. Diese Hoffnung trägt die Eltern durch die durchwachten Nächte beim Zahnen und durch weitere Krisen. Geschehen nicht Katastrophen wie beispielsweise ein plötzlicher Kindstod, spiegeln sich Eltern im Jauchzen ihres Kindes als ermöglichende Begleiter*innen einer potenziell glücklichen Zukunft, in der sich das junge Leben hoffentlich entfalten kann. Selbst Kriege und drohende Umweltkatastrophen scheinen diese Zuversicht niemals ganz auslöschen zu können. Dagegen ist die völlige Hoffnungslosigkeit ein Hauptsymptom der depressiven Episode und somit Zeichen einer psychischen Erkrankung.

Jeder Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung wird getragen von dem zweiseitigen hoffnungsvollen Entwurf einer glückenden Weiterentwicklung. Wobei wir uns immer wieder kritisch fragen müssen, ob wir Behandelnden nicht zu Idealisierungen unserer (versus gemeinsam ausgehandelter) Therapieziele neigen und etwa den schwer somatisch Erkrankten, für den Weiterentwicklung auch der Weg zu einem guten Sterben bedeuten kann, skotomisieren. Dabei sind wir im Umkehrschluss auch dafür sensibilisiert, dass das Absprechen einer Psychotherapie-Indikation Ausdruck einer Eigenübertragungsdynamik [5] sein kann. Dies kann beispielsweise gegeben sein bei der immer noch erkennbaren „Indikationszensur“ gegenüber älteren Patient*innen [6]. Diese hat mit den Patient*innen selbst nichts zu tun, die bei uns um Hilfe nachsuchen. Die Doppelgesichtigkeit von Hoffnung sei an zwei Beispielen verdeutlicht. Da ist der Glücksspieler, der sich ein materiell sorgenfreies Leben erhofft und beim Roulette alles auf Rot setzt, nachdem zuvor zehnmals nacheinander

der Schwarz gekommen ist. Er ignoriert den Satz der Wahrscheinlichkeitstheorie: „Die Kugel hat kein Gedächtnis und kein Gewissen.“ Wenn zum elften Mal Schwarz kommt und er alles verloren hat, gründet sich die darauf möglicherweise folgende Hoffnungslosigkeit auf die vorauslaufende irrationale Übergewissheit, mit der er sich zukünftig kritisch auseinandersetzen muss, um sich nicht vollständig zu ruinieren. Viele Menschen ähneln in ihrem Gesundheitsverhalten einem solchen Glücksspieler: Sie überschätzen die Wahrscheinlichkeit positiver Ereignisse (optimism bias), während sie die Wahrscheinlichkeit negativer Ereignisse wie zum Beispiel die gesundheitsschädlichen Auswirkungen ihres Verhaltens unterschätzen [7].

Und da ist zu denken an die psychoonkologisch-palliativmedizinische Mitbehandlung von Patient*innen mit Krebserkrankungen. Ständig machen wir die Erfahrung, wie wichtig es für Erkrankte sein kann, eine irrationale Hoffnung auf Heilung aufgeben zu können. Das fortgesetzte Kämpfen gegen einen chemo- oder strahlentherapeutisch nicht mehr aufhaltbaren Tumorprogress kann einen (hoffnungsvollen) Sterbeprozess enorm erschweren.

Diese Perspektive hat Nietzsche drastisch so gefasst: „Hoffnung ist das übelste aller Übel, weil sie die Qual der Menschen verlängert.“ [8] Damit ist die vielleicht überraschende Perspektive angesprochen, dass das innere Einverständnis mit dem eigenen Sterben nicht mit Hoffnungslosigkeit gleichzusetzen ist – und zwar unabhängig von einer etwaigen religiösen oder spirituellen Orientierung. Auch wenn das eigene irdische Leben als absolutes Ende der eigenen Existenz erlebt wird und ein Weiterleben allenfalls im Andenken der Weiterlebenden erhofft wird, kann die Gestaltung auch der allerletzten Lebensphase Gegenstand von mit Hoffnung angefüllter Erwartung sein: noch eine liebevolle Geste zu erfahren, ein klärendes Gespräch zu führen oder noch einmal eine geliebte Musik hören zu können.

Hoffnung bei Menschen mit transzendentaler Orientierung

Für Menschen, bei denen sich die Perspektive der Hoffnung schon in ihrem aktuellen Leben auch jenseits ihrer irdischen Existenz in eine transzendente Erwartung hinein erstreckt, sind alle die im vorausgehenden Abschnitt festgehaltenen Gedanken gültig. Dabei konnte empirisch gezeigt werden: „Not lehrt nicht beten.“ [9] Transzendenzerfahrung entwickelt sich nicht plötzlich angesichts von persönlichem Leid, sondern ist Frucht eines lebenslangen Einübens. Wenn die so orientierten Menschen über ein Mehr an Hoffnung über den Tod hinaus verfügen, steht auch dieses hoffende Erwarten in einem dialektischen Verhältnis zu den mit diesem Mehr verbundenen Gefahren. So besteht das Risiko, sich übermäßig aus der Welt bzw. der Verantwortung zurückzuziehen oder sich auf ein besseres Jenseits verträsten zu lassen oder – anstatt selber im Hier und Jetzt aktiv zu werden – alle Hoffnungen auf ein solches Jenseits zu projizieren. In der Folge können Gefühle von Lähmung auftreten, die Flucht vor verantwortlichem Handeln oder die Empfindung eigener Schuld, ohne den Versuch zur Wiedergutmachung zu unternehmen. So könnte man die These vertreten, dass auch Menschen mit einer transzendentalen Hoffnung so leben sollten, als hätten sie nur Zugang zu säkularen Hoffnungserwartungen, um sich nicht aus der Verantwortung für eine Verlebendigung der Hoffnungen in dieser Welt zu nehmen.

Jenseits der Hoffnung

Wenn man die Redewendung „Die Hoffnung stirbt zuletzt“ konsequent zu Ende denkt, dann stirbt letztlich auch die Hoffnung. Wen die Frage beschäftigt „Was bleibt?“, der sei auf das hohe Lied der Liebe von Paulus (1 Kor 13,1–13) aufmerksam gemacht. Nachdem sich Paulus in Vers 12 auf den zukünftigen Auferstehungsglauben bezieht, endet das hohe Lied der Liebe in dem Spitzensatz: „Für jetzt bleiben Glaube, Hoffnung und Liebe, diese drei, doch am größten unter ihnen ist die Liebe“ (Vers 13). Selbst wenn die Hoffnung auf ein irdisches Wohlergehen erschüttert ist, wird die Liebe, die wir uns bei allen Ambivalenzen im Alltag untereinander schenken können, die „gestorbene Hoffnung“ überleben. Und unter einer christlichen Perspektive kann dieses geschenkte Liebesvermögen wiederum als hineingenommen erlebt werden in die sich unendlich verströmende Liebe des trinitarischen Gottes, an der wir jetzt schon Anteil haben und in die wir uns zur Vollendung unserer Existenz hineinnehmen lassen können. In diesem Glauben ist die ganze Schöpfung (!) in das kommende Versöhnungshandeln Gottes einbezogen (Röm 8,20–23). Selbst nichtgläubige Psychotherapeut*innen sollten in der Lage sein, unabhängig von jeder kirchlichen Bindung, auch diese Option für ihre Patient*innen – mit den oben angedeuteten Gefahren – in sich abbilden zu können.

Literatur

- [1] Hicke T. (2012) Hoffnung. In: Berlejung A. Frevel C. (Hrsg) Handbuch theologischer Grundbegriffe zum Alten und Neuen Testament (HGANT). Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt (3. Aufl), S. 254–256
- [2] Die Bibel. Einheitsübersetzung Altes und Neues Testament (1980). Herder, Freiburg
- [3] M. Tulli Ciceronis opera quae supersunt omnia. Lat. kritische Gesamtausgabe, Teubner, Leipzig
- [4] Herder Lexikon (1981) Griechische und römische Mythologie. Herder, Freiburg
- [5] Heuft G. (1990) Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung? Forum Psychoanal 6: 299–315
- [6] Heuft G. (2018) Psychodynamische Gerontopsychosomatik. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- [7] Sharot T. (2011) The optimism bias. Curr Biol 21: R941–945
- [8] Nietzsche F. (1878) Menschliches, Allzumenschliches (Bd 1), zweites Hauptstück Nr. 71. E.W. Fritsch, Leipzig (neue Ausgabe 1886)
- [9] Heuft G. (2016) Not lehrt (nicht) beten. Repräsentative Studie zu religiösen Einstellungen in der Allgemeinbevölkerung und von Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz eines Universitätsklinikums. Aschendorff, Münster

Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen in Aus- und Weiterbildung

Von **Alexandra Rausch**

O b in der Psychotherapieausbildung, der ärztlichen Weiterbildung oder der bald beginnenden Psychotherapieausbildung – Selbstfürsorge ist unglaublich wichtig und gleichzeitig unglaublich schwer. Je nach Bedingungen stellt die Aus- und Weiterbildung eine lang andauernde Gratifikationskrise dar. Die Einsteiger*innen werden meist ins „kalte Wasser geworfen“ und mit wenig oder keiner Einarbeitung in den Kliniken als Arbeitskraft eingesetzt. Supervision und Weiterbildung kommen dabei oft zu kurz. Insbesondere in der Psychotherapieausbildung steht dem eine absurde Bezahlung unter Mindestlohn entgegen. In der ärztlichen Weiterbildung besteht eine Belastung durch Personalmangel, der meist geringen Zeit, psychotherapeutisch arbeiten zu können, den körperlich und psychisch anstrengenden Nachtdiensten und fehlender Einarbeitung.

Jeder Berufseinstieg, jeder Jobwechsel kostet Energie. Die ersten Berichte und Epikrisen dauern ewig, die Klinikstrukturen sind oft undurchsichtig und die fachliche Einarbeitung ist teils komplex und zeitraubend. Dazu kommen Seminare am Wochenende oder am Abend und je nach Fachrichtung Selbsterfahrung und Lehrtherapie. Die Aus- und Weiterbildung ist eine Zeit der hohen finanziellen, personellen und sozialen Kosten. Selbstfürsorge ist für Psychotherapeut*innen eine wichtige Arbeitsgrundlage, um sich jahrzehntelang Patient*innen wertschätzend und mitfühlend zuwenden zu können, ohne einen Burn-out zu entwickeln. Besonders in gewinnorientierten Kliniken und als niedergelassene Therapeut*in mit langer Warteliste können die Anforderungen erdrückend sein. In der Ausbildung treffen die potenziell belastenden Faktoren der psychotherapeutischen Arbeit mit einem Wegfall wichtiger Ressourcen zusammen, wie dem Mangel an Geld und Zeit und einem noch geringen

Selbstwirksamkeitserleben zu Beginn der Ausbildungszeit. Eine mögliche Folge beschreiben Hoffmann und Hofmann (2020, Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater, Beltz Verlag) als Anfängeromnipotenzfantasien: „Psychologen und Ärztinnen, die sich zu Therapeuten und Beraterinnen ausbilden lassen, sind sozial engagierte Menschen, die, besonders am Anfang ihrer Laufbahn, mit einem großen Elan antreten, um in seelische Not geratenen Personen zu helfen. Dabei wird der Versuch, helfen zu wollen, oft gleichgesetzt mit dem Bestreben, ihre ‚Schützlinge zu heilen‘, sodass ihnen danach ein gesundes, nahezu problemloses Leben möglich wird. Sie gehen dabei oft geradezu aktivistisch ans Werk, unter großer innerer Anspannung und ohne Schonung ihrer Energiereserven.“ (S. 200)

Selbstfürsorge sollte also ein zentraler Bestandteil der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung sein. Denn in der Psychotherapie ist die Therapeut*in immer auch ein Modell, an dem die Patient*innen lernen. Spätestens, wenn Zeichen von andauerndem Stress wie Verspannungen, Erwartungsangst und immer längere Regenerationszeiten in Erscheinung treten, sollte gehandelt werden.

Bei der Weit-über-Land-Veranstaltung „Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen in Aus- und Weiterbildung“ wird es neben inhaltlichem Input viel Raum zum Austausch in Kleingruppen geben:

Wann: 11.01.2023, 19 bis 21 Uhr, Modus: Online (den Link finden Sie hier: <https://bvvp.de/veranstaltungen>)

Und abschließend: Engagement kann eine Säule der Selbstfürsorge sein, denn Engagement ist Empowerment. Daher: Machen Sie mit beim Jungen Forum des bvvp! Gemeinsam ist Selbstfürsorge viel leichter!

Ein beziehungsorientierter Traueransatz für Kinder und Jugendliche

Von Roland Kachler

Für Kinder und Jugendliche hat der Tod eines nahestehenden Menschen, wie der eines Elternteils oder Geschwisters, weitreichende Auswirkungen auf ihre Entwicklung (1+4). Dabei erleben sie den Entzug einer zentralen Bindungsfigur und damit häufig auch eine Traumatisierung des Bindungssystems. Dies gilt besonders massiv bei traumatisierenden Verlusten (1). Diese können begünstigt werden durch die Plötzlichkeit des Auftretens wie zum Beispiel beim Unfalltod des Vaters, durch einen Verlust, der mit Gewalt verbunden ist, wie etwa dem Schienensuizid eines Geschwisters, durch das direkte Miterleben des Todes eines nahen Menschen oder auch durch das Auffinden des Verstorbenen.

Neben dem unmittelbaren Verlust erleben Kinder und Jugendliche sekundäre Verluste wie zum Beispiel die emotionale Abwesenheit der trauernden Eltern nach dem Tod eines Geschwisters. Deshalb brauchen betroffene Kinder und Jugendliche eine Trauerbegleitung, bei der sie einen eigenen Raum zur Verarbeitung des Verlustes bekommen. Trauerbegleitung dient dabei der Prophylaxe, damit keine destruktiven Trauerprozesse mit depressiven oder somatisierenden Symptomatiken entstehen.

Kinder und Jugendliche brauchen beim Verlust einer nahen Bezugsperson, insbesondere bei traumatisierenden Verlusten, regelhaft eine Trauerbegleitung.

Kinder und Jugendliche trauern anders

Sie trauern entsprechend ihren altersspezifischen kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, den Tod eines nahen Menschen zu verstehen und zu bewältigen (3).

So trauern Kinder aufgrund ihrer elementaren Abwehrmechanismen punktuell und phasenweise. Da sie sich vor der überwältigenden Trauer fürchten, vermeiden sie diese häufig und trauern deshalb indirekt und symbolisch. Ihre Trauerreaktionen zeigen sich zudem oft in somatischen Symptomen wie Kopf- und Bauchschmerzen.

Diese besonderen Trauerreaktionen greifen wir in der Trauerbegleitung auf und arbeiten vorwiegend über den Weg des Gestaltens wie zum Beispiel das Malen der Trauer und über Rituale wie das abendliche Entzünden einer Kerze für den verstorbenen kleinen Bruder.

Die besonderen und altersspezifischen Trauerreaktionen von Kindern und Jugendlichen werden berücksichtigt und genutzt. Vorwiegend wird gestaltend und über Rituale gearbeitet.

Kinder und Jugendliche wollen eine innere Beziehung zum Verstorbenen

Der hier vorgestellte beziehungsorientierte, hypnosystemische Traueransatz (2+4) arbeitet nicht mit dem Ziel des Loslassens, sondern nimmt den Wunsch von Kindern und Jugendlichen auf, den Verstorbenen als inneres Gegenüber und Begleiter, also als inneres Objekt oder Ego-State, zu bewahren. So fragen sie nach einem sicheren Ort für den verstorbenen nahen Menschen mit der Frage „Wo ist der Papa jetzt?“. An diesem sicheren Ort wie zum Beispiel dem Himmel ist dieser bewahrt und für die innere Beziehung zugänglich. Kinder und Jugendliche entwickeln spontane Beziehungsrituale, in denen sie die innere Beziehung zum Verstorbenen gestalten und leben, zum Beispiel

indem sie Geschenke für den Verstorbenen basteln. Trauerarbeit ist deshalb immer auch Beziehungsarbeit an der inneren, weitergehenden Beziehung zum Verstorbenen.

Trauernde Kinder und Jugendliche wollen nicht loslassen, sondern den Verstorbenen als inneres Gegenüber in einer inneren Beziehung bewahren.

Arbeit mit und an der inneren Beziehung

In der ersten Phase einer Trauerbegleitung wird zunächst an der Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen gearbeitet (4). So werden zum Beispiel ihre Kompetenzen zur Alltagsbewältigung gestärkt, ebenso die Fähigkeit, sich selbst zu trösten. Dann beginnt die eigentliche Trauerarbeit mit der Beziehungsarbeit. Die direkte Arbeit mit der Trauer würde zu einer Abwehr, nicht selten zum Abbruch der Trauerbegleitung führen. Wir leiten Kinder und Jugendliche an, dem Verstorbenen über Erinnerungen emotional nahe zu sein. Wir lassen sie ihre Beziehungsgefühle zum Beispiel über das Gestalten eines roten Herzens spüren und unterstützen sie darin, einen sicheren Ort für den Verstorbenen zu finden.

Trauernde Kinder und Jugendliche werden darin unterstützt, eine sichere und freie innere, symbolische Beziehung zum Verstorbenen zu finden, sodass diese zu einer Ressource für das Weiterleben werden kann. Hierfür ist das Konzept eines sicheren Ortes für den Verstorbenen zentral.

Arbeit an der vierfachen Trauer

Kinder und Jugendliche erleben vier Formen der Trauer, die je eigens bearbeitet werden müssen. Zunächst ist die eigene Verlusttrauer zentral, in der das Fehlen des nahen Menschen als Vermissten gespürt wird. Dann erleben sie eine Trauer für den nahen Menschen, also darüber, dass dieser nicht mehr leben darf – die empathische Trauer. Des Weiteren gibt es die aus dem System übernommene Trauer, die systemische Trauer, in der das Kind die Trauer der Mutter über den Partnerverlust aus Loyalität übernimmt. Schließlich zeigt sich auch die Trauer über die schon genannten sekundären Verluste.

Kinder und Jugendliche werden begleitet, den realen Verlust allmählich wahrzunehmen und zu spüren, wie zum Beispiel den leeren Platz des Vaters am

Esstisch. Dabei werden sie unterstützt, ihre Verlusttrauer zu gestalten und damit zu externalisieren. So können Kinder ihre Trauer als große Tränentropfen malen oder Trauersteine bemalen und diese dann weglegen. Ziel ist es, dass die Trauer – nicht der Verstorbene! – nach und nach verabschiedet werden kann. Wie die weiteren Trauerformen bearbeitet werden, wird in meinem Buch „Kinder im Verlustschmerz begleiten“ ausgeführt (4).

Kinder werden behutsam an die Realität des Verlustes herangeführt. Die dabei entstehende Trauer wird gestaltet und externalisiert, sodass sie allmählich verabschiedet werden kann.

Arbeit an der weitergehenden Entwicklung

Von Beginn an werden trauernde Kinder und Jugendliche unterstützt, ihren Alltag zu bewältigen, den Kita- und Schulbesuch zu absolvieren und den Kontakt zu Peers zu halten. Wenn sie dies vermeiden, dann oft aus Loyalität gegenüber dem Verstorbenen. In einem imaginierten Dialog mit dem Verstorbenen – zum Beispiel über Handpuppen – erhalten die trauernden Kinder die Erlaubnis, es sich wieder gut gehen zu lassen. Zudem wird der Verstorbene als innerer Begleiter und Ratgeber installiert, der das Kind und den Jugendlichen auf seinem Weg in ein gelingendes Leben unterstützt.

Kinder und Jugendliche werden unterstützt, ihre altersgemäße Entwicklung fortzuführen. Dabei ist die innere Beziehung zum Verstorbenen eine entwicklungsfördernde Ressource und dessen bleibendes Fehlen eine entwicklungsstimulierende Herausforderung.

Literatur zur Vertiefung des hypnosystemischen Traueransatzes von Roland Kachler

- (1) **Kachler, R. (2018):** Nachholende Trauerarbeit: Hypnosystemische Beratung und Psychotherapie bei frühen Verlusten. Carl-Auer, Heidelberg.
- (2) **Kachler, R. (2019):** Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis. Carl-Auer, Heidelberg, 5. Aufl.
- (3) **Kachler, R. (2021 a):** Traumatische Verluste: Hypnosystemische Beratung und Therapie von traumatisierten Trauernden. Ein Leitfaden für die Praxis. Carl-Auer, Heidelberg.
- (4) **Kachler, R. (2021 b):** Kinder im Verlustschmerz begleiten. Hypnosystemische, traumafundierte Trauerarbeit mit Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart.

Frieden finden im Alter

Von **Monika Renz**

In Frieden leben – mit uns selbst, den Mitmenschen, der Gesellschaft und Familie – möchten wir das nicht alle? Wie schwer es ist, wird uns Tag um Tag vor Augen geführt. Wer ist schon bereit, einmal eigene Ansprüche um des Friedens willen zurückzustecken? Wer schafft es, angetanes Unrecht tatsächlich zu verzeihen? Und warum eigentlich erst im Alter Frieden finden, anstatt sich diesem Anliegen schon früher mit Leib und Seele zuzuwenden – auf dem Pausenplatz, im Beruf, in der Partnerschaft?

Im Älterwerden, bei Krankheit und in Todesnähe taucht das Thema Frieden finden ungefragt auf. Meine über zwanzigjährige Tätigkeit an der Psychoonkologie eines Schweizer Zentrums für Schwerkranken und an Sterbebetten haben mich gelehrt, dass in vielen Menschen im Zugehen auf das Altsein und Sterben ein inneres Drängen nach Ganz- oder Heilwerden, eine Sehnsucht nach Frieden und versöhntem Dasein aufbricht, also ein Bedürfnis, abzuschließen oder Ungeklärtes in Ordnung zu bringen. Von tief innen und von außen zugleich. Es kommt sogar vor, dass Patienten aus unklaren Gründen über Tage und Wochen nicht sterben können und ich mich frage, was sie hierzu noch brauchen: eine Begegnung, eine Würdigung, ein Loslassen oder Verzeihen? Über therapeutische und spirituelle Begleitung, etwa über Einfühlung oder Gespräche mit den Sterbenden, ihren Angehörigen oder auch Pflegenden versuche ich herauszufinden, was einem Sterben im Wege stehen könnte: ein verschollener Sohn, ein Kind aus erster Ehe, das am Krankenbett nicht erscheinen darf, eine ungelebte Liebe, eine Schuld? Bisweilen kann ich einen Kontakt vermitteln, ein Abschiedsritual anleiten oder eine unauflösbare Sorge im Rahmen einer Klangreise gleichsam Gott oder etwas Größerem anheimgeben. Oft kann kurz danach gestorben werden.



Nicht selten geht es um eigentliche Versöhnungen, wie etwa in jenem Fall, wo ein Vater – ein tüchtiger Geschäftsmann – seinen drei Kindern kaum je Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt hatte. Jetzt, wo er krank dalag, wollten die Kinder auch von ihm nichts mehr wissen. Alle vier gingen intensive Versöhnungswege, der Vater durch tiefe Reue hindurch.

Um solche Phänomene besser zu verstehen, ist es wichtig, sie nicht einfach moralisch als letztes Reineinmachen oder Pflichtübung des Verzeihens abzutun. Vielmehr ist eine innere Tür im Sterbenden noch nicht geöffnet. Und nicht bei allen geht es dabei um etwas, das moralisch ungut war. Es kann auch sein, dass eine überhöhte Gewissensangst abgestreift werden soll oder das lebenslange Gefühl, nicht zu genügen. Gleich

mehrfach wurde mir das innerlich geschaut Bild vom großen (endzeitlichen) Fest erzählt und die Not, dafür nicht bereit zu sein. So einmal von einer besonders bescheidenen Frau, die mehrmals träumte, ihr Kleid sei nicht fertig oder nicht vornehm genug. Sie musste, um sterben zu können, zur Gewissheit finden, dass auch sie es wert sei, geladen zu werden.

Wo wir – als Sterbende oder Umstehende – das Sterben auch als innerseelisches, geistiges und spirituelles Geschehen begreifen (vgl. Renz 2018), wird dieses erahnt als ein Zugehen auf „ein Anderes“, ein Sein, das aus der uns gewohnten Perspektive vom Ich her kaum nachvollziehbar ist. Sterben hat eine Richtung und führt häufig durch Schritte der Versöhnung und Vergebung hindurch – letztlich sogar Versöhnung mit sich und dem Leben, wie es gewesen war.

Die von mir und einem Forschungsteam durchgeführte Studie „Versöhnungsprozesse im Zugehen auf den Tod“ (vgl. Renz 2019) hat mich viel über Versöhnungsarbeit im Sterben gelehrt – vor allem, Versöhnung und Vergebung als Prozess zu verstehen. Dieser hat mit Loslassen und Finden zu tun und geschieht genau an der Schwelle zu etwas ganz Neuem, einer neuen Etappe im Leben oder eben im Sterben, an der Schwelle zu einem ganz anderen Sein. Der Versöhnung kommt dann eine „Torfunktion“ zu (ebenda, S. 54). Zwei Einsichten aus dieser Studie sollen hier näher beleuchtet werden.

I. Versöhnung und Vergebung ist ein Prozess mit fünf Phasen

1. Vermeidung, zu vergleichen mit „Nicht wahrhaben wollen“ nach Kübler-Ross (vgl. Kübler-Ross 1971)
2. Zuspitzung, Krise (vgl. Zorn nach Kübler-Ross, ebenda)
3. Hoffnungserfahrung – etwas bewegt sich zur Versöhnung hin (Motivation)
4. Entscheidung, Wille – das Thema wird bearbeitet. Ermöglicht wird nun Einfühlung, Bereinigung oder Durchschreiten der Symptome.
5. Versöhnung und Vergeben (evtl. auch als partieller Prozess)

Auch wenn Versöhnung sich längst nicht bei allen Patienten in gleicher Totalität ereignete, so hat mich doch das Ausmaß geleisteter Versöhnungsarbeit beeindruckt. Versöhnung hat oft einen Prozess wahrhaftiger Wandlung eingeleitet.

II. Bedeutung der Hoffnung

Versöhnung geschieht nicht, indem ein Mensch sich willentlich dafür entscheidet, sondern er will Versöhnung deshalb annehmen, weil er etwas erfahren hat, das zu tiefer Hoffnung berechtigt. Wahre Vergebung geschieht nicht unter Zwang, sie braucht Freiheit und führt in neue Freiheit. Wie aber wird es möglich, dass Menschen wie durch Betonwände hindurch innerlich frei werden und etwas in ihnen lebendig und auf neue Weise offen wird? Antworten lauten etwa: „Weil ich so tiefe Liebe von meiner Tochter erfahren habe“, weil ein Arzt da war, der sowohl kompetent war als auch verstand, weil eine Naturerfahrung beglückte, weil ein Traum Mut machte oder eine Erfahrung sogar mit dem Göttlichen stattfand. Einer Frau wurde die Liebesbezeugung ihres hilflosen Ehemannes, der ihr täglich Musik spielte, zum eigentlichen Tor, um alles anzunehmen, und sie sah „eine Lichtgestalt“ (Renz 2022, S. 135–136). Hingabe eines Dritten (Partner/Partnerin, einer pflegenden Person, auch von Gott) bewirken Hoffnung (vgl. ebenda), und Hoffnung ermächtigt zur Vergebung. Der nahende Tod selbst kann ein solches Hoffnungstor sein.

Nach diesem Blick in Richtung Altwerden und Sterben kehre ich zurück zur Frage: Vergebung und Versöhnung – warum nicht schon früher? Was könnte uns dazu motivieren – als Täter oder Opfer oder einfach als Mensch, der wir sind, mit Licht und Schatten? Meine Antwort lautet: Versöhnung nicht auf Kommando und auch nicht ein für alle Mal, wohl aber uns selbst zuliebe, Schritt für Schritt: Jetzt. Auf das Ziel einer neuen Freiheit hin und eines Friedens, der mehr umfasst als Waffenstillstand.

Literatur

Kübler-Ross, E. (1971). Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz.

Renz, M. (2022). Grenzerfahrung Gott. Dem Geheimnis nahe in Leid und Krankheit. Freiburg i. Br.: Herder.

Renz, M. (2019). Versöhnung und Vergebung. Wie Prozesse der Befreiung im Leben und im Sterben möglich werden. Freiburg i. Br.: Herder.

Renz, M. (2018). Hinübergehen. Was beim Sterben geschieht. Annäherungen an letzte Wahrheiten unseres Lebens. Freiburg i. Br.: Herder.

Abschlussbericht Patientenfragebogen

Nun ist er endlich veröffentlicht, der schon lange fertiggestellte Abschlussbericht zum Patient*innenfragebogen in der ambulanten Psychotherapie. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte das Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (IQTiG) mit der Entwicklung eines Instruments der Qualitätssicherung beauftragt. Es sollte aus zwei Teilen bestehen, nämlich zum einen aus der Dokumentation der Psychotherapeut*innen und zum anderen einem Patient*innenfragebogen, der nach Beendigung einer genehmigungspflichtigen Therapie – unabhängig von deren Dauer – allen Patient*innen ab dem 18. Lebensjahr zugeschickt werden soll. Die Beantwortung soll freiwillig sein. Der Fragebogen umfasst 40 Items mit diversen Unterkategorien. Viele Fragen betreffen die Anfangsphase der Therapie und die Aufklärungspflichten. Es geht aber auch um den Verlauf und den Outcome. Neben vielen methodischen Problemen, wie den geringen Fallzahlen in psychotherapeutischen Praxen und dem zu erwartenden eher mäßigen Rücklauf, haben die Berufsverbände immer wieder angemahnt, dass das angedachte Instrument nicht wirklich zur Qualitätssicherung beiträgt. Aufwand und Nutzen stehen in keinem angemessenen Verhältnis, der Zugang zur Psychotherapie für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen könnte erschwert werden, und ein Einsatz des Instruments stellt selbst eine Intervention dar, deren Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess zunächst untersucht werden müssen. Deshalb bleibt es zentral, eine umfangreiche Test- und Evaluationsphase über mehrere Jahre zu fordern! (UB)

Proteste gegen Streichung der Neupatientenregelung und die von den Kassen geforderte Nullrunde

Wir erinnern uns: Das GKV-Finanzstabilisierungs-Gesetz des Gesundheitsministers Karl Lauterbach sah neben etlichen Sparmaßnahmen im Arzneibereich eine Rücknahme der im Rahmen des TSVG erlassenen Regelung vor, dass Neupatient*innen im betreffenden Quartal extrabudgetär und damit zu hundert Prozent vergütet werden. Dem vorherigen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn war es – gemeinsam mit seinem Koalitionspartner SPD – mit seiner Gesetzgebung wichtig, dass mehr Patient*innen schneller in Behandlung kommen. Gegen die geplante Änderung und den damit verbundenen Vertrauensbruch organisierten die KVen und die KBV diverse Protestaktionen wie eine Unterschriftenaktion, die am Ende mehr als 50.000 Unterzeichnungen vorweisen konnte. Hinzu kamen Protesttage mit Praxisschließungen und eine Sonder-Vertreterversammlung, zu der zu erscheinen Bundesgesundheitsminister Lauterbach nicht für nötig erachtete. Er argumentiert aus der Ferne, dass die Regelung ihren Zweck verfehlt habe, denn es seien nicht vermehrt neue Patient*innen aufgenommen worden. Dies suggeriert,

die Niedergelassenen hätten sich ohne Mehrwert für die Patient*innen die Taschen vollgestopft. Die Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) belegen allerdings eindeutig das Gegenteil. (Siehe Link: <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/27-september-2022>)

Herr Minister, wir empfehlen eine Nachschulung im Fach „Lesen und korrektes Interpretieren von Studien“!

Neben der Streichung der Neupatient*innenregelung ging es in den Protesten auch um die von den Kassen geforderte Nullrunde. Will man die ambulante Versorgung aushöhlen und junge Kolleg*innen davon abhalten, sich niederzulassen, ist man mit derartigen Maßnahmen auf dem richtigen Weg. Leidtragende sind die Patient*innen.

Vielleicht sollten Politik und Krankenkassen sich bewusst machen, dass eine gute medizinische Versorgung eine wichtige Säule des sozialen Friedens ist, der derzeit von vielen Seiten bedroht wird. (UB)

Gutachtenverfahren in der Verlängerung – Tipps für Ihre Anträge

Von **Jan Glasenapp**

Nun ging es doch in die Verlängerung, das Gutachtenverfahren. Ganz sicher nicht, weil es so beliebt ist – seine Abschaffung ist weiterhin geplant –, sondern vielmehr, weil selbst diejenigen, die den „ungeliebten Freund“ (1) kritisieren, feststellen, wie schwer es ist, für die Vorteile der Qualitätssicherung einfache Alternativen zu finden.

Die Berichte an die Begutachtenden spiegeln die hervorragende Arbeit in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung wider. Um die ethischen Prinzipien aufzugreifen, die in der Muster-Berufsordnung gefordert sind: Das Prinzip der Fürsorge wird hervorragend umgesetzt, die Beachtung der *Autonomie* und *Schadensvermeidung* ist mindestens als gut anzusehen. Lediglich die Umsetzung des Prinzips der *sozialen Gerechtigkeit* ließe sich verbessern, um eine barrierefreie Psychotherapie (2) zu schaffen, die allen Menschen offensteht – unabhängig von der Schwere der Erkrankung, ihrer Herkunft, Sprache oder Intelligenz. Wo dies scheitert, sind nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen ursächlich, sondern ihre Umsetzung. Ein chinesisches Sprichwort sagt: „Menschen stolpern nicht über Berge, sondern über Maulwurfshügel.“ Das bedeutet in diesem Fall, dass es Berge gibt, wie die Umsetzung der sozialen Gerechtigkeit, mit denen sich die Berufsgruppe und ihre berufspolitischen Vertretungen beschäftigen müssen. Die Maulwurfshügel treten im beruflichen Alltag auf, zum Beispiel in den Berichten an die Begutachtenden.

Ich möchte hier die Gelegenheit nutzen, einige Erfahrungen aus der Begutachtung von VT-Anträgen aus den letzten Jahren mit Ihnen zu teilen, damit diese Maulwurfshügel nicht zu Stress führen, der sich vermeiden

ließe. Bis zur endgültigen Abschaffung des Gutachtenverfahrens werden ja noch ein paar Berichte zu schreiben sein, sodass es sich lohnt, die folgenden Empfehlungen zu berücksichtigen:

- Bitte lesen Sie sorgfältig die Psychotherapie-Richtlinie. Es gibt Kolleg*innen, die noch immer nicht alle wesentlichen Veränderungen der Reform von 2017 kennen. Diese bestimmen aber den Rahmen der Begutachtung.
- Bitte versuchen Sie, den Bericht entsprechend den Vorgaben im PTV3 auf zwei Seiten abzufassen. Sollten Sie regelmäßig mehr als drei Seiten benötigen, nehmen Sie an einem Workshop teil – der Aufwand dafür wird sich rentieren.
- Bitte vergessen Sie nicht, auf dem Umschlag PTV8 durch Ankreuzen zu bestätigen, dass Sie den Bericht vollständig selbst verfasst haben. Ohne diese Bestätigung darf nicht begutachtet werden.
- Bitte werfen Sie einen Blick auf den Konsiliarbericht, bevor Sie ihn in den Umschlag stecken. Ist er inhaltlich leer, wurde angekreuzt, dass Kontraindikationen bestehen, fehlt der Stempel der ausstellenden Person? Dann rechnen Sie mit nervigen Rückfragen. Ebenso, wenn „Psychiatrische Abklärung erforderlich“ angekreuzt wurde. Nach § 28 SGB V ist es unsere Aufgabe, in diesem Fall die Abklärung einzuleiten. Achten Sie darauf, dass die im Konsiliarbericht festgestellten Diagnosen mit Ihren übereinstimmen, wenn nicht, kommentieren Sie dies in Ihrem Bericht. Bitte achten Sie auch darauf, dass die Namen der Patient*innen anonymisiert sind.

- Die Bekanntgabe des Namens, auch im Bericht selbst und in den ergänzenden Befunden, verstößt gegen die Psychotherapie-Richtlinie sowie die Berufs- und Datenschutzverordnungen.
- Bitte reflektieren Sie Gründe, die einer günstigen Prognose entgegenstehen, und prüfen Sie diese kritisch; Beispiele sind regelmäßiger Substanzmissbrauch, ohne dass eine Abhängigkeit ausgeschlossen werden kann (vgl. § 27 Abs. 2 (1a) der Richtlinie), aber auch langanhaltende Arbeitsunfähigkeit und laufende Rentenantragsverfahren, ohne dass die Bedingungen reflektiert werden, die die Störung aufrechterhalten.
- Bitte diagnostizieren Sie sorgfältig und mithilfe standardisierter Verfahren (die mit § 10 Abs. 2 der Richtlinie „in der Regel“ eingesetzt werden sollen). Entgegen den bekannten Prävalenzdaten überraschte es mich sehr, dass von den Anträgen auf Langzeittherapie, die ich vor Beginn der Coronapandemie im zweiten Quartal 2019 begutachtete, 50 Prozent die Diagnosen F32.1 und F33.1 betrafen, nur neun Prozent auf schwere depressive Episoden oder Borderline-Störungen entfielen und ebenso viele auf andere Störungen, darunter F45, F42 oder F43.1. Leider betrafen 26 Prozent der Anträge die Diagnosen F32.0, F43.2, F41.0 und F41.2, bei denen nicht grundsätzlich eine Langzeittherapie mit 60 Einheiten indiziert ist. Nun werden manche anmerken, dass die Diagnose nur bedingt etwas über die Behandlungsbedürftigkeit eines Menschen aussagt. Trotzdem bin ich überzeugt, dass diese vermeintlich „leichten“ Diagnosen nicht gewählt würden, wenn standardisierte Verfahren zur Anwendung kämen.
- Bitte vergessen Sie nicht, dass die Begutachtenden von der Krankenkasse einen anonymisierten Ausdruck über den Krankheitsverlauf der Patient*innen erhalten, inklusive stationärer Behandlungen und aller dokumentierten Diagnosen. Diese Befunde sollten sich in Ihrer Anamnese widerspiegeln. Insbesondere bei Vorbehandlung kann es sinnvoll sein, Befunde anzufordern, um eine Verzahnung der Behandlungen zu ermöglichen. Dabei fällt auf, dass mittlerweile Folgebehandlungen in der Begutachtung überwiegen. Bitte seien Sie durchaus kritisch, wenn es um Wechsel der Behandelnden und/oder Verfahrenswechsel innerhalb der Zweijahresfrist geht, sonst werden es die Begutachtenden sein. Die Karez zwischen zwei Behandlungen hat auch

inhaltliche Gründe, die es gegebenenfalls zu diskutieren gilt.

- Bitte beschäftigen Sie sich mit der Rezidivprophylaxe. Sie ist aus meiner Sicht ein hervorragendes Mittel, um bei schweren und chronischen Krankheiten langfristig therapeutisch zu unterstützen. Leider wird diese Option viel zu selten genutzt, oft ist auf dem PTV2 gar nichts angekreuzt, meist die Kategorie „Noch nicht absehbar“, obwohl dies nach § 14 der Richtlinie zu begründen wäre. Dabei geht es nur um Ihre Einschätzung, was zum Zeitpunkt der Antragstellung sinnvollerweise indiziert ist. Ich gehe davon aus, dass bei einem Menschen mit rezidivierender depressiver Störung und Vorbehandlung immer eine Rezidivprophylaxe indiziert ist. Wenn Sie diese rechtzeitig nutzen, wird es auch nicht mehr nötig sein, die gehäuft auftretenden Anträge auf Genehmigung einer Therapie über das Höchstkontingent nach § 30 der Richtlinie hinaus ablehnen zu müssen. Bitte denken Sie daran, dass dieses grundsätzlich einzuhalten ist. Sollte es Ausnahmen geben, dann sicher nicht mit der Begründung einer erforderlichen weiteren Stabilisierung.
- Bitte arbeiten Sie vernetzt und berücksichtigen Sie rechtzeitig weitergehende Behandlungsoptionen. Vielleicht können Sie den wenigen Patient*innen, die eine langfristige therapeutische Begleitung benötigen, das Angebot einer ambulanten Intervallbehandlung machen.

Ich würde mich sehr freuen, wenn die hier vorgestellten Maulwurfshügel – bei aller Gegenrede, die manche Punkte provozieren mögen –, Ihnen im beruflichen Alltag helfen, nicht über sie zu stolpern. Viel Erfolg bei Ihrer weiteren Arbeit!

Literatur
Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2022). Ungeliebter Freund. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt, PP, 3/2022, 110–112.
Glaserapp, J. (2015). Barrierefreie Psychotherapie – wie allgemein ist die Allgemeine Psychotherapie? Projekt Psychotherapie, 2/2015, 15–17.

Angemessene Vergütung

Eigentlich hätte sie schon zum 1. Juli stehen sollen: Die Neuberechnung der sogenannten angemessenen Vergütung. Auslöser war die Veröffentlichung des Statistischen Bundesamts Destatis zu den Kostenstrukturen ärztlicher und psychotherapeutischer Praxen. Immer nach deren Erscheinen muss der Bewertungsausschuss überprüfen, ob die vom Bundessozialgericht definierte Muster-Maximal-Praxis (in 43 Wochen des Jahres jeweils 36 Einzelsitzungen) noch den durchschnittlichen Ertrag anderer grundversorgender Fachärzt*innen erzielen kann. Die Verzögerung hat damit zu tun, dass für diese Berechnung diverse Mikrodaten des Destatis notwendig sind, die nur schleppend zur Verfügung gestellt wurden. (UB)

Neuer Orientierungswert

Wie in jedem Spätsommer fanden auch dieses Jahr wieder die Honorarverhandlungen – genauer gesagt, die Verhandlungen zur Aufrechterhaltung der notwendigen Strukturen für die ambulante Versorgung – zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV statt. Wichtigstes Thema war die Festlegung des neuen Orientierungswerts (OW), der die Preissteigerungen in den Praxen abbilden und dafür sorgen soll, dass notwendige Praxiskosten von den Kassen refinanziert werden. Auch die Praxen trifft die Inflation, und die Tarifgehälter der medizinischen Fachangestellten sind deutlich gestiegen. Umso erstaunlicher war die Forderung der Kassen nach einer Nullrunde (siehe S.22 „Proteste“). Die KBV hingegen errechnete eine Steigerungsrate von knapp sechs Prozent, in der auch Inflations-

kosten durch einen sehr nachvollziehbaren neuen Algorithmus einbezogen worden waren.

Das Ergebnis wurde mit einer Mehrheit von fünf zu vier Stimmen gegen die KBV beschlossen. Der neue OW beträgt 11,4915 Cent und steigt damit ab 01.01.2023 um zwei Prozent – die aktuelle Inflation ist somit nicht berücksichtigt und muss zwingend in die Honorarverhandlungen im nächsten Jahr einfließen.

Das bedeutet, dass eine Einzelsitzung künftig mit 922 Punkten x OW = 105,95 Euro vergütet wird. Alle anderen Leistungen steigen entsprechend.

Noch nicht berücksichtigt ist auch die Anpassung der Vergütung auf Basis der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die alle vier Jahre zu erfolgen hat. (UB)

Endlich mehr Flexibilität im Praxisalltag!

EPIKUR e-therapie ONLINE: das Praxissystem der nächsten Generation

- ✓ Vollumfängliche Praxisverwaltung für Psychotherapeuten plus: Mobile Apps für Therapeuten und Patienten
- ✓ Jederzeit Zugriff auf Patientenliste und Praxiskalender
- ✓ Schneller und sicherer Patientenkontakt per Messenger
- ✓ Videosprechstunde, Online-Fragebögen uvm.



Jetzt Angebot sichern!
www.epikur.de/online





Kurz gemeldet

KV-Wahlen 2022

Freuen Sie sich mit uns über berufspolitische Vertreter*innen, die in ihren Regionen gut abgeschnitten haben – für Ihre starke Interessenvertretung! Die Ergebnisse finden Sie hier: <https://bvvp.de/kv-wahlen/>

EBM-Info-Paket Plus 2023

Sie vermissen Ihr EBM-Info-Paket Plus 2023 als Beilage zu diesem Heft? Zum Redaktionsschluss standen die Ergebnisse der Überprüfung der angemessenen Vergütung noch nicht fest, sodass die Broschüre erst mit dem Magazin 1/2023 verschickt wird – dann mit allen für 2023 geltenden Vergütungsbestimmungen. Alle Informationen zur Vergütung der Leistungen der Komplexrichtlinie (KSV-Psych-RL) finden Sie bereits im internen Bereich unserer Homepage „Mein bvvp“ unter Praxismaterialien. (UB)

bvvp trauert um Dr. Hanna Simon und Ursula Neumann

Der bvvp trauert um ehemals Aktive, die den Verband mitgeprägt haben: Dr. med. Hanna Simon, Gründungsmitglied des bvvp, und Ursula Neumann, Mitglied im Landesverband Baden-Württemberg sowie langjähriges Redaktionsmitglied des bvvp-Magazins. Die Nachrufe finden Sie hier: <https://bvvp.de/der-bvvp-trauert/>

bvvp-Weihnachtsaktion

Machen Sie mit bei unserer bvvp-Weihnachts-spendenaktion. Unterstützen Sie mit uns den Verein Irrsinnig Menschlich e.V. und spenden Sie Ihre Dezember-Gasabschlagszahlung für psychisch Erkrankte: <https://bvvp.de/spenden>

Neues Infektionsschutzgesetz verabschiedet

Bundestag und Bundesrat haben erneut eine Änderung des zunächst bis 30. September 2022 geltenden Infektionsschutzgesetzes beschlossen. Die Regelungen gelten nun befristet bis April 2023. Sie sollen – so Gesundheitsminister Karl Lauterbach – den Spagat zwischen notwendigen Einschränkungen durch Schutzmaßnahmen und gleichzeitig größtmöglicher Wahrung der Freiheitsrechte darstellen.

Wichtig: Neuerliche Lockdowns und Ausgangssperren wurden ausgeschlossen. Die Maßnahmen sind in zwei Stufen gegliedert. Bei Stufe 1, der sogenannten Grundvorsorgestufe (seit 01.10.22 in Kraft) gilt in allen Praxen eine FFP2-Maskenpflicht für die Patient*innen. Die Behandler*innen sind darin nicht ausdrücklich benannt, somit gilt sie für sie nicht. Allerdings können sie die Bundesländer in ihren Landesverordnungen anordnen, und sie haben dies zum Teil auch getan. Die Ausnahme, im begründeten Einzelfall ohne Maske behandeln zu dürfen, bleibt erhalten. Genesene und mindestens dreifach geimpfte Personen sind von der Maskenpflicht befreit, falls Impfung oder Infektion nicht länger als drei Monate zurückliegen. Phase 2 tritt in Kraft, wenn es eine „besonders bedrohliche Entwicklung“ geben sollte. Wichtig: Auch in dieser Phase sind Schul- und Betriebsschließungen sowie Lockdowns ausgeschlossen.

Mehr zu der Regelung finden Sie auf der Homepage unter <https://bvvp.de/corona-virus/> (MH)

APK-Fachtagung in Berlin

Die Fachtagung der Aktion Psychisch Kranker (APK) am 7. und 8. September in Berlin widmete sich den Themen „Perspektiven der Hilfen für psychisch kranke Menschen“ und „Partizipation als gemeinsame Aufgabe im Trialog – Denkanstöße für Teilhabe und Selbstbestimmung“.

Zentrale These: Neben den großen aktuellen Krisen – Klima, Krieg in Europa, Coronapandemie – werde als weitere große Herausforderung durch Zunahme von Einsamkeit und Angst die seelische Krise hinzukommen.

Konkret ging es um die bessere Umsetzung der KSV-Psych-RL, also der sogenannten Komplexrichtlinie, sowie um die medizinische Notfallrettung, die (ambulante) Rehabilitation und die Vermeidung von Zwang/Gewalt in der Psychiatrie.

Die KBV-Vertretung bekräftigte, die formellen Voraussetzungen in der KSV-Psych-RL für deren Umsetzung geschaffen zu haben. Nachbesserungs-

bedarf sah die Vertretung der BPTK bei der uneingeschränkten Wählbarkeit von Bezugstherapeut*innen, der defizitären Bezahlung und der Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen.

Die Krankenhausvertreter*innen gaben zu bedenken, dass die Umsetzung der Richtlinie Kontroversen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringenden verstärken könnte und in ländlichen Gebieten nicht gelingen werde. Kassenvertreter*innen beklagten finanzielle Sorgen und kritisierten die mangelnde Krisendienstbereitschaft Niedergelassener.

Die Anregung, Angehörige und Betroffene, insbesondere Ex-IN-Expert*innen, einzubinden, war ein vielversprechender Denkanstoss. Konsens erzielte man darüber, dass eine Sitzausweitung in der Psychotherapie nicht Verbesserung an sich bedeute, sondern es auf eine bessere Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten ankomme.

Arbeiten Psychotherapeut*innen nur halb?

Immer wieder kursiert das für manche Zwecke wunderbar zu instrumentalisierende Vorurteil, dass die meisten Psychotherapeut*innen ihren Versorgungsauftrag nicht ordentlich erfüllen und nur in Teilzeit arbeiteten. Tatsache ist, dass inzwischen über 50 Prozent aller Versorgungsaufträge halbiert wurden. Mit einem halben Sitz muss man 12,5 Stunden pro Woche der Versorgung zur Verfügung stehen. Diese Vorgabe wird regelmäßig übererfüllt. Die Situation stellt sich also in Wirklichkeit so dar, dass Psychotherapeut*innen durch die Sitzhalbierungen besonders sorgsam mit den zur Verfügung stehenden Kapazitäten umgehen und diese bestmöglich ausschöpfen. (UB)

Sie wollen:

- wirkungsvoll therapieren?
- nachhaltig im Gedächtnis bleiben?
- mit Sinn und Leichtigkeit arbeiten?

Kommen Sie zum Seminar:

„Die Wirk-Kraft von Interventionen nachhaltig verstärken“

4 × in Berlin, jeweils von Donnerstag 16 Uhr bis Sonntag 11 Uhr

3 × in Köln, jeweils von Mittwoch 16 Uhr bis Samstag 11 Uhr

3 × in Stuttgart, jeweils von Mittwoch 16 Uhr bis Samstag 11 Uhr

Reguläre Gebühr pro Seminar: 720 €
bei Vorlage dieser Anzeige nur **290 €**

Fordern Sie genaue Informationen an über:
post@mehr-Wirk-Kraft.de

Walter Hofmann
Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie
Chefarzt Valere Klinik i.R.
Waldhof 2
16909 Heiligengrabe



Mehr Wirk-Kraft
in der Psychotherapie

25 Jahre: Eine starke Interessenvertretung für die Psychotherapie in Nordrhein

Von **bvvp-Pressereferentin Anja Manz**

Diesmal also eine Bundesdelegiertenkonferenz in Neuss. Für die Entscheidung, das jährliche Treffen in die alte Römerstadt am Rhein zu legen, gab es einen besonders schönen Anlass: 25 Jahre bvvp Nordrhein! Höchste Zeit, das große Jubiläum endlich gebührend zu feiern – der eigentliche Termin hatte coronabedingt um zwei Jahre verschoben werden müssen. Die Delegierten freuten sich, den einst als Regionalverband Nordrhein gegründeten Verband nun als lebendigen, aktiven und manchmal auch streitlustigen Landesverband mit derzeit 360 Mitgliedern angemessen würdigen zu können. Doch bevor die Korken knallten, stand eine Fülle berufspolitisch herausfordernder Themen auf der Agenda. Gleich in drei Resolutionen positionierte sich der Verband zum aktuellen gesundheitspolitischen Geschehen.

Finanzierung der Weiterbildung für ärztliche Psychotherapie

Mit der Resolution fordert der bvvp die Gesetzgebenden auf, eindeutige gesetzliche Grundlagen zu schaffen, damit endlich die seit Jahren geforderte dauerhafte und nachhaltige Finanzierung im Bereich der Weiterbildung für ärztliche Psychotherapie gewährleistet wird. Ärztliche Psychotherapeut*innen müssten ihre im Vergleich zu anderen fachärztlichen Weiterbildungen sehr hohen Weiterbildungskosten bisher weitgehend selbst zahlen, so die Delegierten. Sie absolvierten notwendige Weiterbildungseinheiten wie Selbsterfahrung, Supervision, Balintgruppen, Theoriestunden und ambulante Patient*innenbehandlungen in ihrer Freizeit neben der Facharztweiterbildungszeit. Darin liege eine Schlechterstellung gegenüber anderen Facharztweiterbildungen, die nur als fehlende Wertschätzung gewertet werden könne. Sie fordern die Gesetzgebenden daher nachdrücklich auf, diese

Lücke schnellstmöglich zu schließen und eine zusätzliche angemessene Finanzierung der (fach-)ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen, besonders auch für den ambulanten Teil der Weiterbildung der Fachärzt*innen.

Stärkere Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefordert

Hintergrund der zweiten Resolution ist das Ende des Aktionsprogramms „Aufholen nach Corona“ Ende des Jahres. Es sollte Kinder und Jugendliche unterstützen, in der Coronapandemie Versäumtes auf- und nachzuholen – bezogen sowohl auf den Lernstoff als auch ihr soziales Leben. Mehrere Studien hätten erwiesen, so die Delegierten, dass höhere psychosoziale Belastungsfaktoren nach Ausbruch der Coronapandemie die psychische Gesundheit vieler Kinder beeinträchtigen. Es dürfe aber nicht sein, dass eine ganze Generation von Kindern und Jugendlichen, die auf viele wichtige Bestandteile einer gesunden psychosozialen Entwicklung hätten verzichten müssen, nun im Stich gelassen werde.



Vorstandsmitglied Ulrike Böker berichtet den Delegierten von ihrer Arbeit in der KBV-Vertreterversammlung.

Sie fordern deshalb, umgehend bundesweit Maßnahmen in die Wege zu leiten, um entstandene Defizite auszugleichen und finanzielle Mittel für umfangreiche Folgeangebote zur Verfügung zu stellen.

Ethik der Digitalisierung in den Fokus rücken

In der dritten, ebenfalls einstimmig verabschiedeten Resolution fordern die Delegierten die Bundesregierung auf, bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens die Ethik stärker in den politischen Fokus zu rücken. Die bereits vor drei Jahren projektierte Entwicklung einer Plattform für ethischen Datenaustausch im Gesundheitsbereich, deren Ergebnisse im Februar 2022 vorgestellt wurden, müsse endlich mit Leben erfüllt werden (<https://t1p.de/c8owm>). Dringend erforderlich seien transparentere Haftungsgesetze, Datensicherheitsmaßnahmen, kooperative Modelle für die Datenkontrolle und neue Richtlinien für die Arbeit von Ethikkommissionen. Unbedingt sollten schnellstmöglich Ethik-Leitlinien für datensammelnde Institutionen und Ethikkommissionen erarbeitet werden.

Den Wortlaut aller Resolutionen finden Sie auf unserer Homepage www.bvvp.de unter „Interessenvertretung“.

Fortbildung „Digitalisieren der Psychotherapie“

Höhepunkt des Jubiläumsabends am 30. September war die öffentliche Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Digitalisieren der Psychotherapie“. Referentin war Dr. med. Andrea Schleu, langjährige Vorsitzende des deutschlandweit aktiven Ethikvereins, der sich die Etablierung und Einhaltung von Ethikstandards in der Psychotherapie zum Ziel gesetzt hat. Damit leiste dieser, so Benedikt Waldherr, einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der ambulanten Psychotherapie. Nach den einführenden Worten des bvvp-Bundesvorsitzenden hob Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, in seinem Grußwort die hervorragende Zusammenarbeit mit dem bvvp-Landesverband hervor. In seinen Ausführungen zur sogenannten Komplexrichtlinie betonte er, dass eine Zusammenarbeit aller beteiligten Fachgruppen auf Augenhöhe vorgesehen sei. „Dass nur Kolleginnen und

Kollegen mit vollem Versorgungsauftrag Bezugssärzte bzw. Bezugstherapeuten sein können, ist für uns alle misslich und ein Bremsklotz! Dennoch: Dass wir heute überhaupt eine Richtlinie zur vernetzten Behandlung komplexer psychischer Erkrankungen haben, ist auf jeden Fall ein Erfolg. Wir sollten bei allen Bedenken nun vereint starten und an der Weiterentwicklung der Richtlinie gemeinsam arbeiten.“

Dr. Schleu wandte sich im Anschluss in ihrem Vortrag dem Thema „Digitalisieren in der Psychotherapie“ zu und schlug dabei einen weiten Bogen bis zur Metaphysik der künstlichen Intelligenz (KI). Ihre Überzeugung angesichts der fortschreitenden Digitalisierung: „Etwas Neues ist nicht zwingend wirksamer oder besser, aber auch nicht zwingend zu verteufeln, es bedarf eines differenzierteren Blicks.“ So bestehe KI nur aus dem, was Menschen in sie hineinprogrammiert hätten. Sie könne zwar präziser arbeiten, Abläufe problemlos und fehlerfrei wiederholen und werde – im Gegensatz zu Menschen – dabei nicht müde, aber sie könne die Welt niemals vollständig abbilden. „Menschliches Denken basiert auf der Theory-of-Mind. Auf dieser Basis verstehen wir andere Menschen, weil deren Gehirn ebenso gebaut ist wie unser eigenes. KI funktioniert jedoch nicht auf dieser Basis.“ Sie betonte: „Menschen benötigen und wünschen sich ein menschliches Gegenüber, wenn sie in ihrer Not therapeutische Hilfe suchen.“ Wie aber könnte eine Ethik der Digitalisierung aussehen? Hier dürfe es keine Vorgaben von oben geben, so die Leiterin des Ethikvereins. „Regeln, Orientierung und ethische Fragen müssen im Diskurs entwickelt werden. Dazu braucht es eine industrieunabhängige und nutzerorientierte Grundlagenforschung.“

Ihre Äußerungen regten das Publikum zu angeregten Gesprächen an – eine perfekte Überleitung zur Eröffnung des Fingerfood-Büffets. Das Fest zur Würdigung der 25-jährigen Erfolgsgeschichte des Landesverbands Nordrhein mit Musik und Tanz konnte beginnen.



Weitere Infos und Fotos vom Festakt zum Jubiläum finden Sie hier: <https://bvvp.de/festveranstaltung-25-jahre-landesverband-nordrhein/>

KOOPERATIONSFORMEN

Anstellung auf einem Angestelltensitz in einer Psychotherapiepraxis

Fragen an Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Daniela Ehrenberg

Warum haben Sie sich für die Kooperationsform entschieden?

D. Ehrenberg: Für mich als Praxisinhaberin stand immer die Vision einer modernen Psychotherapiepraxis im Vordergrund. Ich wollte in einem Team arbeiten, Ideen und Ansätze in der Therapie ausprobieren, erforschen und voranbringen.

Das war für mich als Einzelkämpferin nicht denkbar. Die Zusammenarbeit mit meinen Kolleg*innen bereitet mir Freude. Der Arbeitsalltag wird bereichert durch den Austausch von Erfahrungen durch die gemeinsame Bewältigung von Herausforderungen. Die Mitarbeiter*innen schätzen die kollegiale Zusammenarbeit ebenfalls sehr und genießen

es, Teil einer sozialen und professionellen Gemeinschaft zu sein und an den Ideen und Konzepten teilzuhaben und sie mitzugestalten. Durch die oft langjährige Zusammenarbeit hat sich ein sehr vertrauensvolles Verhältnis unter allen Beteiligten entwickelt.

Die Anstellung in meiner Psychotherapiepraxis hat es einigen Mitarbeiter*innen ermöglicht, ambulant psychotherapeutisch tätig zu sein und dabei ihre private Lebensplanung mit Kindern und Familie ohne Ängste und Risiken zu verwirklichen, da sie die Arbeitszeit individuell und flexibel gestalten können. Andere

Kolleg*innen genießen den Komfort am Ende des Berufslebens. Sie geben ihre Erfahrung weiter und können noch therapeutisch tätig sein, ohne die zusätzliche Last des administrativen Aufwands zu haben. Wesentliche Vorteile sind der alltägliche fachliche Austausch, regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und das Zusammenwirken unterschiedlicher Weiterbildungen

und Expertisen. Die Mitarbeiter*innen können sich gegenseitig vertreten, wodurch eine kontinuierliche Patient*innenversorgung gewährleistet ist. Die Größe der Praxis erlaubt eine professionelle Infrastruktur mit angestellten Assistent*innen für die Organisation, Terminvergabe und andere administrative Tätigkeiten. Das ermöglicht eine effizientere Nutzung von Zeit und Räumen und bietet Kostenvorteile.

Welche Herausforderungen sehen Sie bei dieser Form der Kooperation?

DE: Die Anstellung auf einem Angestelltensitz in einer ambulanten Psychotherapiepraxis ist noch wenig verbreitet. Die häufigsten Formen sind die Anstellung in einem MVZ oder kurzfristige Anstellungsmodelle wie Jobsharing oder Entlastungs- und Sicherstellungsassistenz. Leider genießen Anstellungsverhältnisse im Bereich der ambulanten Psychotherapie oft keinen guten Ruf aufgrund der Annahme, dort herrschten

Formen der Kooperation

Wir alle haben davon gehört, kennen jemanden, der es macht: psychotherapeutisch in einer Kooperation arbeiten. Ob Jobsharing, Praxisgemeinschaft, MVZ oder UBAG – es gibt zahlreiche Möglichkeiten. Wir stellen Sie Ihnen anhand persönlicher Erfahrungsberichte vor. Ausführliche Informationen über Kooperationsmöglichkeiten finden Sie auch in unserer Broschüre „Kooperationsformen für psychotherapeutische Praxen“: www.bvvp.de/publikationen

schlechte, ausbeuterische Arbeitsbedingungen. Die größte Herausforderung für mich als Praxisinhaberin ist es, approbierte Kolleg*innen zu finden, die in einer ambulanten Psychotherapiepraxis angestellt arbeiten wollen. Selbst Praktikant*innen aus dem Studium und Psychotherapeut*innen in Ausbildung finden selten den Weg in die ambulante Psychotherapiepraxis. Von Praxisinhaber*innen mit Angestellten sind Flexibilität, Anpassungsbereitschaft, Organisationstalent, ein hohes Maß an Bereitschaft zu agilem Management und ein ständiger Austausch mit den Mitarbeiter*innen gefordert. Angestellte sind keine Selbstständigen und können auch nicht wie solche behandelt werden. Sie tragen zwar die Behandlungsverantwortung für die Patient*innen, aber keine organisatorische und wirtschaftliche Verantwortung für die Praxis. Wichtig ist es, die Kolleg*innen zu einer längerfristigen Zusammenarbeit zu motivieren, denn die Patient*innenversorgung ist von relativ langen Behandlungszeiten und der damit verbundenen Beziehungskontinuität geprägt.

Was ist bürokratisch zu beachten?

DE: Zur erstmaligen Erlangung eines Angestelltensitzes müssen sich bei der Ausschreibung sowohl Praxisinhaber*in als auch potenzielle Angestellte bei der KV bewerben. Hierfür wird der Anstellungsvertrag neben den sonst üblichen Bewerbungsunterlagen vorgelegt. Praxisinhaber*innen mit einem vollen Sitz sind berechtigt, drei Angestelltensitze zu haben. Bei einem halben Sitz sind eineinhalb Angestelltensitze möglich. Die Anstellung und jede Veränderung des Arbeitsvertrags, zum Beispiel bezüglich der Arbeitszeiten, erfordert die Zustimmung des Zulassungsausschusses.

Anstellung als Mitarbeiter*in auf einem Angestelltensitz

Bei dieser Kooperationsform muss ein*e selbstständige*r Psychotherapeut*in in eigener Praxis niedergelassen sein und einen halben oder vollen Sitz selbst ausfüllen. Für jede*n Angestellte*n wird zusätzlich ein viertel, ein halber oder ein voller Sitz je nach geplanter Arbeitszeit benötigt. Die Angestellten müssen approbierte Psychotherapeut*innen sein, die in das Arztregister eingetragen sind.

Bei der Gestaltung der Anstellungsverträge gibt es verschiedene Möglichkeiten. In meiner Praxis gibt es unbefristete, sozialversicherungspflichtige Arbeitsverträge mit einer Vergütung, die über dem TVÖD-Standard liegt.

Wem würden Sie diese Kooperationsform empfehlen?

DE: Empfehlen würde ich die Anstellung auf jeden Fall jungen Kollegen*innen, die Erfahrungen sammeln wollen und/oder sich fundiert auf eine eigene Selbstständigkeit vorbereiten möchten. Sie können sich auf die Therapie fokussieren und bekommen gleichzeitig einen guten Einblick in die notwendigen Praxisabläufe, Prozesse und Abrechnungsthemen. Die Anstellung ist aber auch für diejenigen sinnvoll, die kein unternehmerisches Risiko tragen möchten oder sich in Lebensphasen befinden, in denen die Arbeit nicht den größten Raum einnehmen soll und das Angestelltenverhältnis Sicherheit gibt. Familiäre Themen wie zum Beispiel Kindererziehung und -betreuung oder die Pflege von Angehörigen sind hier typisch, aber auch andere Aufgaben, die einen großen Teil der Arbeitskraft binden. Anstellenden ist diese Kooperationsform zu empfehlen, wenn die Bereitschaft zu höheren wirtschaftlichen Risiken vorhanden ist und Organisation und Personalführung als notwendige Aufgaben mit zusätzlichem zeitlichem Aufwand akzeptiert werden. Im Gegenzug ergeben sich aber viele Chancen und Synergieeffekte. Für Kolleg*innen, die in den Ruhestand gehen, kann dieser Weg einen sanften Übergang bieten. Indem sie sich anstellen lassen, können sie sich der organisatorischen und administrativen Pflichten entledigen und nur noch den Kernaufgaben der Therapie widmen.

Um Angestelltensitze zu erlangen, gibt es verschiedene zustimmungspflichtige Wege: Ein*e Kollege*in verzichtet zum Beispiel auf den eigenen Sitz „zugunsten einer Anstellung“ in einer anderen Praxis und lässt sich im Gegenzug für drei Jahre auf diesem Angestelltensitz anstellen. Oder ein*e Psychotherapeut*in bewirbt sich im Nachbesetzungsverfahren auf einen Kassensitz „zum Zwecke der Anstellung“. Bei der Nachfolgeauswahl vor dem Zulassungsausschuss wird er/sie dann als Kandidat*in betrachtet.

Anstellung, Weiterbildung, Sicherstellungsassistenz in der ärztlichen Praxis

Interview zum bvvp-Expertentelefon mit bvvp-Bundesvorstand
Dr. med. Störmann-Gaede und Peter Fischer, Vorstand des bvvp Bayern

Anja Manz: In den ärztlichen Psychotherapiepraxen gibt es verschiedene Formen von Anstellungen. Ein wichtiger Bereich ist eine Assistenz zur Sicherstellung oder Entlastung. Welche Bedingungen oder Voraussetzungen gibt es dafür?

Lisa Störmann-Gaede: Die Assistenz soll die Versorgung sicherstellen. Eigene Krankheit oder die Erkrankung eines Kindes, Elternzeit oder die Pflege von Angehörigen können Gründe für den Antrag sein. Einige KVen bewilligen eine Assistenz für sechs Monate auch für die Einarbeitung in den Praxisablauf, wenn eine spätere Zusammenarbeit geplant ist. Ein häufig akzeptierter Grund ist zudem, wenn Antragstellende zusätzlich zu ihrer Praxistätigkeit mit erheblichem Zeitaufwand in der Lehre tätig sind. Und man kann wegen einer ehrenamtlichen berufspolitischen Tätigkeit eine Assistenz beantragen.

Assistent*innen müssen über eine gültige Approbation verfügen. Die erbrachten Leistungen werden stets über die lebenslange Arztnummer (LANR) der antragstellenden Person abgerechnet. Es dürfen aber nur Leistungen erbracht werden, die der Antragstellende auch abrechnen darf. Wichtig: Assistent*innen sollten dringend sozialversicherungspflichtig angestellt werden.

AM: Psychotherapeut*innen in Aus- oder Weiterbildung interessieren sich oft für Weiterbildungsassistenzen. Wie sind da die Bedingungen? Gibt es Unterschiede?

Peter Fischer: Was die Abrechnung betrifft, gibt es keine Unterschiede zur Sicherstellungsassistenz, wohl aber beim Haftungsrisiko wegen fehlender Qualifikation. Deshalb muss der Weiterbildende über eine Weiterbildungsbefugnis verfügen. Die ärztlichen Bewerber*innen sollten wenigstens zwei

bis drei Jahre in der klinischen Psychosomatik absolviert haben, dürfen jedoch noch keine fertigen Fachärzt*innen sein.

Der Aufwand, jemanden weiterzubilden, ist nicht unerheblich. Da wir bei den Behandlungen („nur unter Aufsicht“) nicht zuschauen können, müssen wir die Aufsichtspflicht anders sicherstellen. Das geht zum Beispiel über eine strikte 1:4-Supervision für die Fallbehandlungen. Auch wenn es um die weiteren Praxisabläufe geht – wie den Umgang mit Abrechnung, Anfragen vom MDK oder Gutachtern –, müssen regelmäßig Supervision und Hilfestellung geleistet werden. So kommen schnell sechs Stunden Aufwand pro Woche zusammen. Finanziell kann es sich dennoch lohnen, zumal seit einiger Zeit einige KVen die fachärztliche Weiterbildung fördern. Die Plätze dafür sind allerdings begrenzt (Antragsverfahren).

Für ältere Weiterbildende kann eine solche Zusammenarbeit besonders hilfreich sein, da man auf diese Weise eine WB-Assistenz gut für die ambulante Arbeit motivieren und damit vielleicht sogar für die Praxisnachfolge gewinnen kann. Interessierte sollten sich wegen der verschiedenen existierenden Regelungen bei ihrer jeweiligen KV erkundigen.

AM: Vielen Dank für das Gespräch. Weitere Fragen zum Thema und die Antworten unserer Expertin und unseres Experten finden Sie auf unserer Homepage www.bvvp.de/expertentelefon.



Klima im Kopf

Was die ökologische Krise mit uns macht

Noch ein Buch über die Klimakrise. Braucht es das wirklich? Ja! Denn in diesem Buch von Katharina van Bronswijk werden die puren Fakten nicht nur aufgelistet, sie werden auch anschaulich erklärt, ebenso wie die Abläufe in unseren Köpfen – angefangen von der Kenntnisnahme der Klimakrise über den (Zwischen-) Schritt der Leugnung der Fakten bis – hoffentlich – zum Schritt des persönlichen Aktivwerdens.

Ein Buch, das einerseits Fragen aufwirft: Was ist es nur, was uns alle immer wieder so gleichgültig bei der Zuspitzung der Klimakrise zusehen lässt? Was ist es, was uns zu oft sagen lässt: „Ja, ja, es ist sehr wichtig, aber sollen doch erst einmal die anderen handeln.“ Der Umweltpsychologe Gifford nennt dieses Phänomen die „Drachen der Untätigkeit“. Die Lesenden werden erschrocken feststellen, dass sie an vielen Stellen zur Drachengattung „Begrenztes Denkvermögen“ gehören. Auch wenn diese Bezeichnung auf den ersten Blick kränkend erscheint, ist sie doch als Einladung zum Weiterlesen zu verstehen. Denn van Bronswijk belässt es nicht beim mahnend erhobenen Zeigefinger.

Das Buch – und darin unterscheidet es sich angenehm von der Mehrzahl der bisherigen Veröffentlichungen zum Thema – geht noch einen Schritt weiter. Es wird nicht nur die Angst vor den Folgen des Klimawandels geschürt (so berechtigt diese auch ist), sondern die Autorin beschäftigt sich auch ausführlich mit unseren Gefühlen, Phänomenen wie Klimaangst und eco-Depression sowie unseren Verdrängungsmechanismen. Und die Lesenden werden dabei mit der Frage, wohin mit all diesen Gefühlen, nicht allein gelassen.

Katharina van Bronswijk bleibt aber nicht beim Thema der individuellen Verantwortung, sondern beleuchtet zudem die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Gesellschaft. Auch der Radikalisierung in der Klimabewegung widmet sich die Autorin und nimmt die verhärteten Fronten in den öffentlichen Debatten zum Thema in den Blick.

Natürlich kann auch sie den Lesenden die bittere Erkenntnis nicht ersparen, dass die Krise nicht mehr vollständig zu verhindern ist. Die Menschheit hat nur die Möglichkeit, zu retten, was noch zu retten ist, und sie wird darüber hinaus lernen müssen, sich an die unvermeidbaren Veränderungen auf unserem Planeten anzupassen.

Schade nur, dass die Autorin männlichen Lesern pauschal die Fähigkeit abspricht, Gefühle wahrzunehmen. So sollen „Eltern [...] männlich sozialisierter Menschen“ diesen „den Rücken stärken, indem man ihnen vorlebt, wie man über Gefühle spricht und dass es ok ist, wenn man traurig ist oder Angst hat, auch als Mann*“ (Seite 164). Solche einseitigen Geschlechterzuschreibungen gehen am eigentlichen Ziel des Buches vorbei, das die Autorin so definiert: „Mein geheimes Ziel für dieses Buch war und ist, dass ihr versteht, dass ihr systemisch eingebunden seid – also mit anderen Menschen und mit der Natur verbunden.“

Ihre Schlussfolgerung: Die bisher bestehenden Katastrophenpläne müssten um einen „Notfallrucksack für die Psyche“ erweitert werden. Darüber hinaus plädiert van Bronswijk für den konsequenten Aufbau einer transformativen Resilienz, damit jeder Einzelne etwas tun kann, um das Klima nicht nur im Kopf zu haben, sondern mit dem „Klima im Kopf“ Dinge aktiv zu verändern. Gut, dass nach all den schlechten Botschaften, die die Autorin zu überbringen hat, am Ende dann doch ein Bogen geschlagen wird hin zu einer Haltung des realistischen Optimismus, die es vermag, den Katastrophen Gedanken in dieser Krisenzeit etwas entgegenzuhalten.



Klima im Kopf
Angst, Wut, Hoffnung: Was die ökologische Krise mit uns macht
Katharina van Bronswijk.
2022, Oekom Verlag GmbH
€ 22 | ISBN: 978-3-96238-381-7

Buchbesprechung von Mathias Heinicke

Sich selbst töten mit Hilfe anderer

Bereits der Buchtitel ist eine Konfrontation. Die Autoren beschreiben mit sechs Worten drastisch, um was es beim „assistierten Suizid“ geht: Hier sind zwei im Bunde, die ein Leben für nicht mehr lebenswert halten und einen Plan zum Töten schmieden.

Im Februar 2020 hob das Bundesverfassungsgericht den § 217 des StGB auf, der die geschäftsmäßige Beihilfe des Suizids unter Strafe stellte. Überzeichnet gesprochen wurde entschieden: Die Freiheit des Menschen ist so wichtig, dass es ein Recht auf Hilfe zu einem Suizid gibt, sodass es Menschen künftig – unabhängig von ihrem Gesundheitszustand – leichter möglich sein soll, ihr Leben zu beenden.

Das Buch fasst Essays von Wissenschaftler*innen – meist aus dem Umfeld der Psychoanalyse – zu diesem Thema zusammen. Es vermittelt, so das Vorwort, „ethische, rechtliche, rechtsphilosophische, psychiatrische, psychotherapeutische, gerontologische, kulturwissenschaftliche und literarische Perspektiven“. Auch das Memorandum der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) zum Thema ist enthalten.

Die Beiträge können unabhängig voneinander gelesen werden; sie sind meist angereichert mit Fallgeschichten, Bezügen zur Literatur, Lyrik oder Film, sodass die Lesenden auf verschiedenen Ebenen angesprochen werden.

Bedenken aus psychoanalytischer Sicht gegen die neuen Möglichkeiten zur Selbsttötung mithilfe anderer werden gut herausgearbeitet: Dargelegt wird, dass in den Behandlungen Suizidgefährdeter deren unbewusste Verfasstheit meist ausgeblendet wird. Der rational begründete Wunsch nach assistiertem Suizid allein reiche nach der neuen Gesetzeslage aus. Die biographische – meist unbewusste – Konfliktkomplexität müsse demnach nun weder wahrgenommen noch als relevant betrachtet werden. Der Mensch, der sterben wolle, könne seinem Leben so zu schnell ein Ende setzen. Bei psychisch erkrankten Personen sei eine tiefere psychotherapeutische Reflektion mit der Chance auf eine neue Einstellung erforderlich, aber diese sei eben

nicht Standard. Der Zeitgeist mit zunehmender Individualisierung und Optimierung des Lebens und der Tendenz, alte Menschen abzuschieben, berge die Gefahr der Normalisierung des assistierten Suizids.

Das Urteil von 2020 war mir bekannt und die vorgebrachte Würdigung der Selbstbestimmung des Menschen erschien mir erst einmal einleuchtend. Umso überraschter war ich von der durchgehend kritischen Haltung der sich hier äußernden Wissenschaftler*innen. Ich wurde nachdenklich und ließ mich von den vorgebrachten klaren Argumenten überzeugen. Mir wurde deutlich: Im Umgang mit suizidalen Patient*innen muss ich die Komplexität mehr beachten, genauer hinsehen, Suizidwünsche tiefer antizipieren und vorgebrachte Selbstbestimmungsrechte kritischer hinterfragen. Wir haben nicht nur Verantwortung für uns selbst, sondern auch für andere, die Gesellschaft. Freiheit und Fürsorgeverpflichtung müssen immer zusammen gesehen werden.

Wir Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen müssen beim Leben helfen, Leiden lindern, Suizide verhindern, Schwerkranken palliativ begleiten, auch stets nach Weiterlebensebenen suchen. Das oben genannte Urteil sollte in der Kollegenschaft dringend kritisch diskutiert werden und mündet hoffentlich in Gesetzen, die vorrangig dem Lebensschutz dienen und sich einem Missbrauch klar entgegenstellen.

Fazit: ein sehr gutes, anregendes, anspruchsvolles Fachbuch für psychodynamisch denkende Leser und Leserinnen.



Sich selbst töten mit Hilfe anderer

Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid
Joachim Küchenhoff, Martin Teising (Hg.)
2022, Psychosozial-Verlag,
€ 34,90 | ISBN-13: 978-3-8379-3171-6

Autor*innenverzeichnis



Dipl.-Psych. Ulrike Böker (UB)
Mitglied im Bundesvorstand des bvpv, Stv. Vorsitzende des bvpv BW, Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW und der KBV, Mitglied im BFA der KV und der KBV, stv. Mitglied im Bewertungsausschuss u.a.



Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Daniela Ehrenberg
Promovierte Psychologische Psychotherapeutin (VT), Vorstandsmitglied des bvpv Niedersachsen, anerkannte Supervisorin. Weiterbildungen u.a. in KJP, Gruppentherapie und Psychoonkologie.



Peter Fischer
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Beisitzer im Landesvorstand des bvpv Bayern, Experte für Digitalisierung im Gesundheitswesen.



Dr. phil. Jan Glasenapp
Psychologischer Psychotherapeut (VT) in eigener Praxis, Dozent, Supervisor, KBV-Gutachter, Delegierter der LPK Baden-Württemberg und Mitglied des Zulassungsausschusses im Regierungsbezirk Stuttgart.



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke
Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Beisitzer im bvpv-Bundes- und Landesvorstand des bvpv BW, Mitglied in der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg, Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht.



Univ.-Prof. em. Dr. med. Dr. theol. Gereon Heuft
Emeritierter Direktor der Klinik für Psychosom. Medizin und Psychotherapie am Uniklinikum Münster, Seniorprofessor. Ärztlicher Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie der BPTK/BÄK.



Dipl.-Psych. Roland Kachler
Psychologischer Psychotherapeut und evangelischer Theologe. Der erfolgreiche Buchautor arbeitet in eigener Praxis in Remseck, seine Schwerpunkte: Traumatherapie, Paartherapie, Trauerbegleitung.



Anja Manz
Pressesprecherin und Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit des bvpv, nach Studium der Literaturwissenschaft sowie Sozial- und Wirtschaftsgeschichte langjährige Tätigkeit als Redakteurin beim rbb, Autorin.



Alexandra Rausch
Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Vorstandsmitglied im Landesverband Berlin, Mitglied im Jungen Forum des bvpv und Mitglied des Kompetenzkreises Anstellung. Angestellt tätig in einer Privatpraxis.



Dr. phil. Dr. theol. Monika Renz
Musik- und Psychotherapeutin, Psychoonkologin am Kantonsspital St. Gallen, Forschung zu: Sterben, Spiritualität, tiefenpsych. Exegese, Versöhnung, Vergebung, Vortragstätigkeit. Neuestes Buch: Krankheitsbibel. www.monikarenz.ch



Dr. med. Elisabeth Störmann-Gaede
Fachärztin für Psychosom. Medizin und Psychotherapie, Mtl. des bvpv-Bundes- und Landesvorstands WL, Mtl. des Fachausschusses PT der KBV und der KVWL, Vors. im Zulassungsausschuss PT in WL.



Dr. phil. Tobias Teismann
Psychologischer Psychotherapeut (VT). Leitung des Zentrums für Psychotherapie, der Hochschul- und Ausbildungsambulanz der Ruhr-Universität Bochum. Forschungsschwerpunkte: Depression, Suizidalität und Suizidprävention.



Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Landshut. Bundesvorsitzender des bvpv, Mitglied im Landesvorstand des bvpv Bayern.



Marina Weisband
Geb. Ukrainerin. Psychologin, Beteiligungspädagogin für Jugendliche im Projekt „aula“, Autorin und Radiokolumnistin. Ehem. pol. Geschäftsführerin der Piratenpartei, heute Mitglied der Grünen.

EMDR-Institut® Deutschland

das einzige von Dr. Francine Shapiro autorisierte Institut in Deutschland

Unser Institut führte als erstes die EMDR-Therapie im deutschsprachigen Raum ein und entwickelt seit 30 Jahren diese effektive traumabearbeitende Psychotherapiemethode weiter.

Wichtiger Bestandteil unserer praxisnahen, zertifizierten Ausbildung ist die **EMDR-Selbsterfahrung** in supervidierten Kleingruppen.

EMDR ist als Kassenleistung und als Teil der fachärztlichen Ausbildung anerkannt.

3-tägige EMDR-Fortbildung TEIL 1

Online*	12.-14.01.2023
Köln	9.-11.02.2023
Wiesloch	20.-22.04.2023
München	20.-22.10.2023
Nürnberg	09.-11.11.2023

*Abhängig von der Corona-Situation finden ggfs. Seminare interaktiv online statt; die Inhalte und supervidierten Kleingruppen bleiben dabei unverändert.

i Infos und Anmeldung auf emdr.de oder per Mail an info@emdr.de

Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99
Telefax: +49 (0) 43 51 888 96 10

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Mitgliedschaft zum Schnupperpreis!

Sie sind Psychotherapeut*in mit Kassensitz? Dann testen Sie den bvvp. Als Neumitglied können Sie 2023 täglich den vollen Service unseres schlagkräftigen Berufsverbands nutzen – zum monatlichen Preis von nur einem Kinoticket! Schon mit 15 Euro sind Sie dabei*!

Interessenvertretung

Der bvvp engagiert sich verfahrensübergreifend und integrativ für die Interessen aller Vertragspsychotherapeut*innen (Ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen). Er vertritt die Interessen seiner Mitglieder auf Landes- und Bundesebene in den Gremien des Berufs- und Sozialrechts. Er kämpft in Politik und Gesellschaft für eine gute psychotherapeutische Versorgung, führt Klageverfahren vor Gericht und setzt sich für eine angemessene Vergütung ein.

Unsere Publikationen & Services

- EBM-Info-Paket Plus mit jährlich aktualisierten Honorarinfos
- q@bvvp – unser einfach zu handhabendes Qualitätsmanagementprogramm für Psychotherapeut*innen
- Broschüren zum Berufs- und Sozialrecht, zum Kauf und Verkauf psychotherapeutischer Praxen sowie zu Kooperationsformen, zum Teil mit Musterdokumenten
- Weitere unter www.bvvp.de

Fach- und berufspolitische Informationen

- Viermal jährlich kostenfrei die PPP, unser Mitglieder-magazin
- Info Aktuell zu Gesetzes- und Richtlinienänderungen
- E-Mail-Service zu aktuellen Entwicklungen

Vergünstigungen

Beim Abschluss von Versicherungen, beim Kauf von Büromaterial, Software, Kartenlesegeräten, einem PKW und vielem mehr

Wissenspeicher

Aktuelle Informationen und Hintergrundwissen unter www.bvvp.de, auf Facebook und bei Twitter

Nutzen Sie unsere Kompetenz und unseren Service. Profitieren Sie von der Mitgliedschaft im bvvp!



* Das 15-Euro-Angebot ist gültig bis einschließlich Dezember 2023, Einzug am Jahresende, vierwöchige Kündigungsfrist des Vertragsverhältnisses zum 31.12.2023. Der Vertrag verlängert sich automatisch, sofern das Mitglied nicht schriftlich kündigt. Psychotherapeut*innen in Aus- oder Weiterbildung sind kostenfrei Mitglied im bvvp. Der reguläre Mitgliedsbeitrag ab 01.01.2024 richtet sich nach den Gebührenordnungen der bvvp-Landesverbände.

Alle Teilnahmebedingungen finden Sie unter: <https://bvvp.de/15-euro-jahresangebot-2023/>