

PPP

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Humor stärkt die therapeutische Beziehung

Interview mit Prof. Barbara Wild

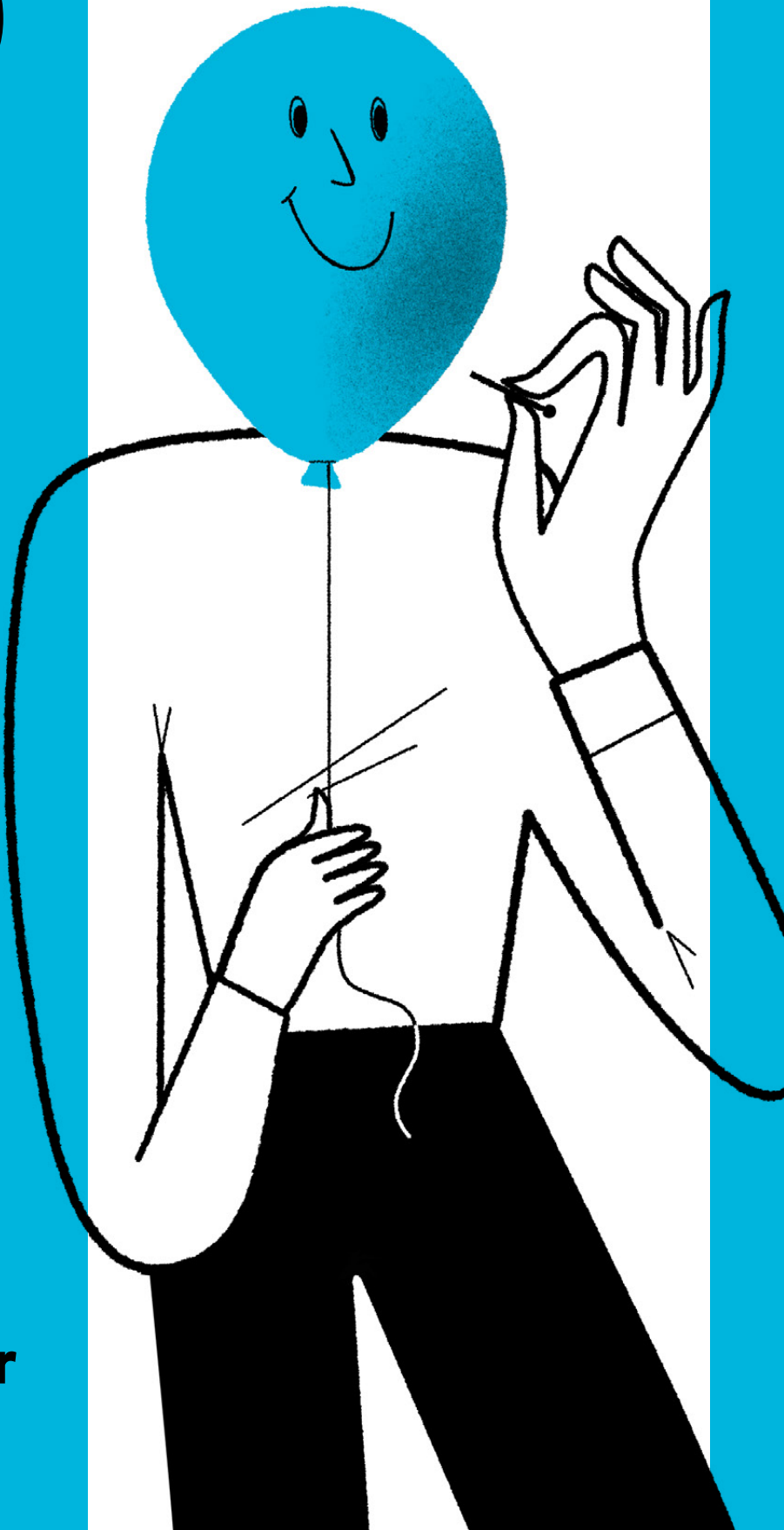
Schamlos und würdevoll

Dr. Peter Hain über die therapeutische
Wirkung von Humor

Humor hilft

– auch in der
Psychotherapie

02/2023



Das EBM-Infopaket Plus 2023 liegt vor

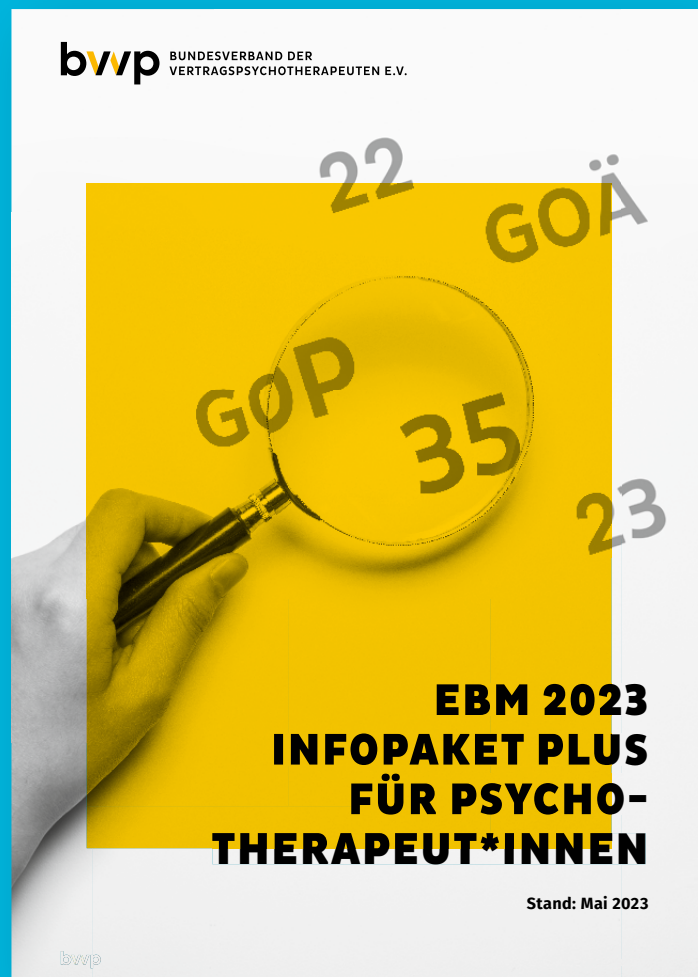
Unsere „Bibel der Abrechnung“ ist in aktualisierter Auflage erschienen – mit allen wichtigen Neuigkeiten rund um unser Honorar und den Anpassungen zur angemessenen Vergütung.

Die Broschüre ist für „alte Hasen und Häsinnen“ ebenso hilfreich wie für junge Kolleg*innen. Alle Leistungen der Fachkapitel und des Kapitels 35 sind übersichtlich aufgelistet, spezielle Ziffern werden detailliert erläutert. Es erwarten Sie wichtige Basis-Infos, Tipps zur Abrechnung und eine hilfreiche Sammlung von Fallbeispielen. Schließlich das Plus: Basics zu GOÄ und GOP.

**Unser Versprechen:
Es rechnet sich – garantiert!**



<https://bvvp.de/publikationen/>



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem wir uns in den letzten Ausgaben der PPP viel mit schweren Themen wie den Coronafolgen oder dem Ukraine-Krieg beschäftigten, widmen wir den Fokus dieses Hefts der Leichtigkeit: Humor als Energiequelle und Heilmethode in der Psychotherapie. „Eine Psychotherapiesitzung, in der nicht gelacht wird, ist eine verlorene Therapiestunde“, soll schon Paul Watzlawick postuliert haben. Humor ist längst als Ressource für Heilungsprozesse anerkannt. Eines seiner vielen Potenziale ist die Entspannung: Schon in meinem Studium habe ich gelernt, dass eine Minute schallendes Lachen die gleiche Entspannungswirkung hat wie eine halbe Stunde autogenes Training. Wir sehen außerdem in Lachgruppen und beim Lachyoga, wie Lachen das Immunsystem stärkt. Und wir wissen, welche heilsame Wirkung der Einsatz von Klinik-Clowns entfaltet.

Wissenschaftliche Befunde, die im Interview mit Prof. Barbara Wild besprochen werden, zeigen, dass viel Mentalisierungsfähigkeit nötig ist, um überhaupt humorvoll sein und mit Humor arbeiten zu können. Wenn ich über etwas lachen will, muss ich mit Abstand auf mich und die Welt schauen. Früh in meiner Berufslaufbahn fragte mich ein Hochschullehrer, ob ich überhaupt über mich selbst lachen könne. Damals hat mich die Frage irritiert und überrascht, aber sie begleitet mich noch heute. Inzwischen kann ich sehr oft und viel über mich lachen. Die Patient*innen finden die Witze am besten, die ich über mich mache, und ich mag sie auch, weil ich damit niemandem zu nahe trete.

Der Artikel „Hilft Humor heilen?“ von Erika Schneider-Kertz und Fallvignetten aus allen vier Psychotherapie-Verfahren beschreiben, wie Humor in der Praxis nutzbar wird. Wie er als bedeutsamer Faktor in der Therapie von Kindern und Jugendlichen wirkt, arbeitet Dr. Peter Hain in seinen Reflexionen eindrücklich heraus. Den Humor dürfen wir nicht verlieren – gerade in Zeiten, in denen von der Politik vorgegeben wird, man gestalte vieles mit Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen gemeinsam, ohne sie jedoch tatsächlich einzubeziehen. Angesichts der Verschleppung der Novellierung der GOÄ, aber auch der Idee, dass Gesundheitskioske die Lösung der Probleme im Gesundheitswesen seien, kann einem das Lachen schon mal vergehen. Die Unterfinanzierung der neuen Weiterbildung treibt uns eher in die Verzweiflung: Weder Bund noch Länder wollen ausreichend Geld in die Hand nehmen, damit es auch in Zukunft qualifizierte Psychotherapeut*innen gibt.

Aber Humor haben wir berufspolitisch Aktiven, sonst könnten wir nicht mit Freude und einem Augenzwinkern weitermachen und versuchen, die Zukunft konstruktiv mitzugestalten. Und wie sich der bvvp die psychotherapeutische Versorgung der Zukunft vorstellt, das beschreibt Ulrike Böker in ihrem Artikel. Vielleicht sind die Ideen aus der Profession ja doch interessant für Krankenkassen und die Politik. Selbstverständlich berichten wir auch von der Neuwahl des Vorstands auf unserer Delegiertenversammlung – und wir haben eine Veranstaltungsreihe für PiA, PiW und Ärzt*innen in Weiterbildung konzipiert, die wir Ihnen gerne vorstellen möchten. Viel Spaß beim Lesen.



Herzliche Grüße

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Benedikt Waldherr'.

*Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes*

Inhalt

IM FOKUS PSYCHOTHERAPIE UND HUMOR

- 06 Einführung
- 08 Hilft Humor heilen?
Erika Schneider-Kertz über Humor-
fähigkeit als therapeutisches Ziel
- 10 In widrigen Lebensumständen eine
heitere Perspektive einnehmen
Expert*innen im Gespräch
- 14 Therapeutischer Humor
- 16 Humoristische Interventionen in der
psychotherapeutischen Praxis
Vier Fallvignetten
- 18 *Schamlos und würdevoll!*
- 21 Humor in der Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie

BVVP AKTIV

- 22 Berufspolitische Meldungen I
- 23 Kurz gemeldet
- 25 Zur psychotherapeutischen
Versorgung in der Zukunft
- 29 Berufspolitische Meldungen II
- 30 BVVP-Delegiertenversammlung
in Mainz

SERVICE

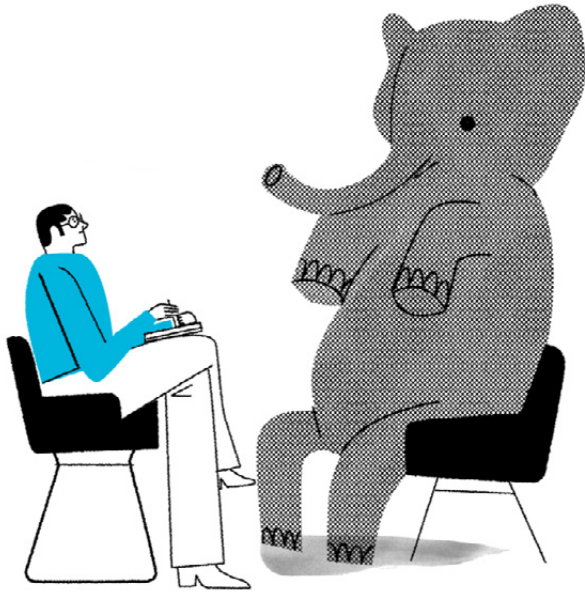
- 33 Psychotreff: neue Online-Veranstal-
tungsreihe des Jungen Forum
- 34 Buchbesprechung
- 35 Autor*innenverzeichnis

14

Wie funktioniert therapeutischer Humor?

Michael Titze setzt auf Konspiration. Seine Erfahrung: „Humorzentrierte Therapeuten bringen sich als affektive Verbündete in die therapeutische Beziehung ein.“





Was ist das größte Problem bei der Selbstanalyse? Die Gegenübertragung.

Lesen Sie unsere ausführliche Witzsammlung und amüsieren Sie sich köstlich auf und unter Ihrem Niveau: <https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>



16

Fallgeschichten

Eine Auswahl anonymisierter humoristischer Interventionen aus der psychotherapeutischen Praxis.

25

Die psychotherapeutische Versorgung der Zukunft

In den Reflexionen von Ulrike Böker und des Kompetenzkreises Versorgung richtet sich der Blick nach vorn. Ihre gemeinsame Überzeugung: „Die Profession muss eigene Vorschläge einbringen.“

33

Psychotreff – neue Veranstaltungsreihe des Jungen Forum

„Wir bieten kostenlose Webinare für den Nachwuchs und behandeln Themen rund um Studium, Aus- und Weiterbildung und unterstützen bei den ersten beruflichen Schritten“, erläutert Jule Schmitt im Interview.

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

Rainer Cebulla (V.i.S.d.P.), Autor*innen: siehe Verzeichnis,
Seite 35 · Verantwortlich für den Fokus: Gerhild Rausch-Riedel,
Erika Schneider-Kertz · 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 und Beilagen

bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gelten die aktuellen Mediadaten von 2023.

© 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 Einsendungen
von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt,
das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

IM FOKUS:

Humor müsste man haben

Von Gerhild Rausch-Riedel und Erika Schneider-Kertz



In einer Zeit nicht enden wollender Krisen und Terror durch totalitäre Regime ist die Lage der Welt zu einer seelischen Belastung geworden. Zunehmende Zukunftsängste, Resignation, Mediensucht und psychische Störungen in allen Gesellschaftsschichten werden durch viele Studien als Folge dieser Bewältigungshürden wissenschaftlich nachgewiesen.

Humor ist ein unterschätztes Heilmittel dagegen – und kommt im psychotherapeutischen Alltag öfter vor, als man glaubt. Es sind nicht die Witze, sondern die kleinen therapeutischen Sequenzen im Zwischenraum der menschlichen Begegnung von Therapeut*in und Patient*in, die Leichtigkeit als Gegengewicht zum schweren Leid ermöglichen. In unseren Fallvignetten stellen wir einige derartige „Schmunzelszenen“ vor.

Humor zu verstehen, gelingt allerdings nur in einer vertrauensvollen Beziehung und im individuellen Kontext. Dann wird er zur nachweisbaren Hilfe für festgefahrene Denk- und Emotionsmuster. Ob er in unserem psychotherapeutischen Arbeitsalltag wirklich angebracht ist, darüber haben wir mit der Humor-Expertin und Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Barbara Wild gesprochen. Sie bestätigt uns, dass Humor eine komplexe Mentalisierungsleistung ist, die sich wissenschaftlich in der Bildgebung nachweisen lässt. Auch die klinische Besserung durch Erheiterung ist evident und immer in die gelungene therapeutische Beziehung eingebunden.

Dipl.-Psych. Michael Titze teilt Erfahrungen zum Umgang mit Humor in der Gruppentherapie, und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Dr. phil. Peter Hain berichtet, wie Humor in seiner besten Anwendung entgegen der Scham auch bei Patient*innen „ankommt“. Schamlos würde-voll zu sein, das gelingt, wenn man es wagt, sich selbst auf die Schippe zu nehmen. Aus therapeutischer Sicht werden wir damit Vorbild für unsere Patient*innen.

Bei der Vorbereitung zum Magazin hatten wir Heftpatinnen viel Spaß und haben oft gelacht. Schließlich sind wir zur Einsicht gelangt, dass wir Humor bewusster in den Praxisalltag integrieren wollen, auch bei alltäglichen Missgeschicken und Ärgernissen. Das Abstürzen der Konnektoren oder die immer wieder überraschenden Ankündigungen des Gesundheitsministers geben genug Anlass, darin „trotz allem“ das Komische zu suchen. Und wenn in unseren Vorstellungsräumen die merkwürdigsten Auswüchse entstehen, die Freude am Distanzieren wird uns recht geben: Humor lohnt sich!

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern, dass Humor und gute Laune ansteckend wirken!
Viel Spaß!

Hilft Humor heilen?

von Erika Schneider-Kertz

Humor in der Psychotherapie – ich sehe die Gewitterwolken in den Gesichtern der Krankenkassenvertreter*innen vor mir. So etwas soll das Solidarsystem finanzieren? Dabei haben die Skeptiker*innen allerdings nur einen Aspekt von Humor im Sinn, nämlich den Lustgewinn. Doch den ersten Arbeiten von Sigmund Freud zufolge dient der Witz zwar vordergründig dem Lustgewinn, er erfordert aber auch viel seelische Energie. Freud sprach hier von „Witzarbeit“. Humor ist, wenn man trotzdem lacht, weiß der Volksmund. Humor ist die Fähigkeit, heiter zu bleiben, wenn es ernst wird, sagt Nossrat Peseschkian, der Begründer der Positiven Psychotherapie.

Psychotherapeut*innen sind konfrontiert mit Leid, mit festgefahrenen, leidassoziierten Mustern, die von Patient*innen „in Stein gemeißelt“ vorgetragen werden; eigene Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten erscheinen zunächst unerreichbar. Und natürlich erwarten Patient*innen, dass wir uns ernsthaft mit ihren Problemen auseinandersetzen. Das bedeutet aber nicht, dass wir uns ausschließlich darin üben, in Problemtrancen mitzuschwingen.

Zu den uns zur Verfügung stehenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie zählt die Ressourcenaktivierung. Gemeint ist, lange nicht genutzte, latente Fähigkeiten zu erkennen und wieder zu aktivieren. Humor kann dabei zum Mittel werden, sich von widrigen, frustrierenden, spannungsgeladenen Situationen zu distanzieren, eine andere Perspektive einzunehmen und, zunächst versuchsweise, einen anderen Umgang zu erproben. Dem Kollegen Gunther Schmidt danke ich die Anregung, meine Patient*innen in Gedanken schwierige, aber nicht zu vermeidende Konfliktpartner*innen, wie Kolleg*innen, Vorgesetzte oder Ehepartner*innen, möglichst fantasievoll „dekoriert“ zu lassen. Sie sind sehr kreativ darin und finden viel Freude dabei, sich passendes Schmuckwerk auszudenken – von Pfauenfedern über John-Wayne-Colts und die Pinocchio-Nase bis zur bunten, blinkenden Federboa.

Wenn ich diese Übung Patient*innen vorschlage, frage ich sie: „Was glauben Sie, wie viel Freude Sie erleben, wenn Ihr Chef das nächste Mal kurz vor Feierabend mit einer weiteren Aufgabe an Ihrem Schreibtisch steht?“

Nach Wikipedia ist Humor die Begabung eines Menschen, mit heiterer Gelassenheit den Unzulänglichkeiten der Welt und der Menschen, den alltäglichen Schwierigkeiten und Missgeschicken zu begegnen. Gelegenheiten zu heiterer Gelassenheit finden sich – je nach Brille, die man sich aufsetzt – in vielen kleinen Sequenzen, während wie auch nach Therapiestunden, und es lohnt sich, diese besonderen Momente wahrzunehmen und zu würdigen. So begrüße ich frierende Patient*innen, die aus dem Schneeregen kommen, schon mal mit den Worten „Kommen Sie rein, hier ist geheizt, und hier ist es trocken“, was angesichts des offenen Fensters zum Lüften zwischen den Therapiestunden meist zu einem Lächeln führt.

Manchmal benennen Patient*innen im ersten Gespräch als Ziel für die Psychotherapie: „Ich möchte wieder lachen können.“ Oder sie beklagen: „Ich kann mich nicht mehr freuen, nicht mehr lachen.“ Dann frage ich nach: „Wann haben Sie zum letzten Mal richtig gelacht?“ Wenn ich ahne, dass die Antwort heißt: „Das ist schon so lange her, ich erinnere mich nicht mehr“, schiebe ich hinterher: „Als Baby oder im Kleinkindalter?“

Ich plädiere also für mehr Mut zu spielerisch-kreativen, auch provokativen Interventionen, mit dem Ziel, mehr Bewegung in Gefühle und Gedanken zu bringen. „Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.“ Denn damit Psychotherapie erfolgreich ist, braucht es ein Weiterdenken, die Herstellung von Zusammenhängen und die Erschließung bislang ungelebter Möglichkeiten und Ressourcen. Humor ist dabei eine Herausforderung, denn im Humor treffen wir auf das Unerwartete. Von Milton Erickson gibt es die Geschichte, dass er sich zunächst vergeblich bemühte,

einen Esel am Zaumzeug in den Stall zu ziehen. Nach längerem Versuchen gab er auf, verließ den Stall und zog dabei den Esel am Schwanz, worauf dieser einen Satz nach vorne in den Stall hinein machte.

Was also tun, um eigene humorvolle Ressourcen zu aktivieren und die Humorquelle (wieder) zum Sprudeln zu bringen? Über die Grundvoraussetzungen verfügen wir alle:

- Menschen können sich selbst beobachten
- Menschen können reflektieren
- Menschen können relativieren

Relativieren fördert den Abstand zum Problem, zum Konflikt und schafft eine bessere Übersicht – mögliche Auswege und alternative Handlungsmöglichkeiten werden sichtbar. Sobald wir Auswege wahrnehmen, fühlen wir Kraft und Zuversicht wachsen.

Vieles in unserem Leben lässt sich nicht kontrollieren oder ändern. Humor hilft, die Grundhaltung zu entwickeln, sich auf das Veränderbare zu konzentrieren und das Unabänderliche gelassen zur Kenntnis zu nehmen. Wenn Anspruch und Realität nicht zur Deckung kommen, sondern eine miserable Realität zu bewältigen ist, dann hilft Humor. Das alles ist natürlich Arbeit – beobachten, reflektieren, distanzieren –, aber eine Arbeit, die die Selbstwirksamkeit erhöht, die es ermöglicht, Kräfte zu erfahren und auszubauen, und damit die eigene Aktivität fördert.

Aber Vorsicht: Humor mit heilender Wirkung gedeiht nur in einer guten therapeutischen Beziehung, und hier entstehen humorvolle Sequenzen oft spontan in kleinen und nur in diesem speziellen Kontext verstehbaren Situationen. Humor entwickelt sich in einem respektvollen Miteinander, in einer empathischen und Kreativität fördernden Arbeitsatmosphäre, und – das ist die gute Botschaft – Humor ist entwicklungsfähig. Fangen wir am besten bei uns selbst an!



In widrigen Lebens- umständen eine heitere Perspektive einnehmen

Über diese Fähigkeit reflektiert Prof. Dr. Barbara Wild, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie, im Gespräch mit den bvvp-Vorstandsmitgliedern Dr. Gerhild Rausch-Riedel und Erika Schneider-Kertz.

Gerhild Rausch-Riedel: Liebe Frau Prof. Wild, Sie beschäftigen sich in Ihrem Buch „Humor in Psychiatrie und Psychotherapie“ wissenschaftlich mit Humor bei psychisch Erkrankten. Darin stellen Sie Ihre Forschungsergebnisse vor, unter anderem mit Probanden, denen Witze erzählt werden. Was passiert im Gehirn, wenn Menschen Humor verstehen?



Prof. Dr. Barbara Wild

Barbara Wild: Was mich am meisten erstaunt hat, war, wie viele Areale für die Verarbeitung von Humor aktiviert werden müssen. Da sind natürlich erst einmal jene Gebiete, die mit dem Verstehen zu tun haben, also mit dem Gedächtnis. Dann visuelle Areale und

Sprachareale, die auch bei nonverbal funktionierenden Cartoons aktiviert werden. Dann werden noch Gebiete aktiviert, die mit Theory of Mind*, und Gebiete im Frontalhirn, die mit sozialen und moralischen Einschätzungen zu tun haben. Das betrifft wahrscheinlich auch Fragen wie die, ob man in einer bestimmten Situation lachen darf oder nicht. Auch emotionale Areale werden angesprochen, die zum limbischen System gehören, zum Beispiel die Mandelkerne. Es gibt viele Belege dafür, dass es auch eine Aktivierung im mesolimbischen Belohnungssystem gibt, also im Nucleus accumbens. Witze funktionieren ja so, dass es zuerst einen hinleitenden Teil gibt, und dann kommt die Pointe. Meistens merkt man schon von Anfang an, dass das jetzt ein Witz ist. Bei den Cartoons, die wir für unsere Untersuchung verwendet haben, wurden zuerst nicht-witzige Varianten gezeigt, danach die witzigen. Es gab also eine Erwartungsphase und dann die Auflösung. Immer, wenn etwas tatsächlich als witzig empfunden wurde – was ja Geschmackssache ist – gab es die Aktivierung im limbischen System.

Erika Schneider-Kertz: Da ist also richtig was los im Gehirn. Uns wird oft berichtet, gerade von depressiven Patient*innen, die Antidepressiva einnehmen, dass sie über Dumpfheit klagen und Freude gar nicht empfinden können. Haben Sie auch Erfahrungen, wie es sich bei solchen Patient*innen verhält?

* Theory of Mind ist die Kompetenz, eigene Emotionen und dadurch entstehende Verhaltensweisen zu verstehen und infolgedessen die Emotionen und Verhaltensweisen anderer Menschen interpretieren und vorhersagen zu können.



Erika Schneider-Kertz

BW: Wir haben keine Kernspin-Studie erstellt, aber wenn ich mit den Patientinnen und Patienten Humor-Training mache, kommt es vor, dass sie zwar kognitiv verstehen, dass das Gezeigte etwas Witziges ist, aber sie haben eben keinen emotionalen Zugang dazu. Das ist ein ganz typisches primäres Symptom der Depression, die Anhedonie, und ich denke, dass sich das auch auf den Umgang mit Witzigem auswirkt. Manchmal bin ich in der Humor-Trainingsgruppe aber richtig erstaunt, wie herzlich depressive Menschen lachen können. Es ist unterschiedlich, ich weiß gar nicht, ob das Nicht-Lachen-Können so viel mit der Einnahme von Antidepressiva zu tun hat. Für mich ist es eher etwas, was mit der Anhedonie einhergeht.

GR-R: Wie erklären Sie sich, dass bei depressiven Patient*innen, die nicht so mitschwingen können, Humor trotzdem zumindest ein bisschen wirkt und ein Lächeln auslöst, also einen positiven Effekt hat?

ES-K: Er scheint zumindest anzukommen auf eine Weise.

BW: Sehr unterschiedlich, würde ich sagen. Ich habe einmal ein Humor-Training für Patient*innen gemacht, die auf der Warteliste für IPT, Interpersonelle Therapie, standen. Sie alle waren dysthym, und nichts schien bei ihnen anzukommen. Das war wirklich furchtbar. Da gab es offenbar diesen inneren Raum nicht, den man braucht, um etwas humorvoll betrachten zu können. Eine Übung im Humor-Training ist zum Beispiel: Wenn ich drei Arme hätte, wofür würde ich den dritten Arm gebrauchen? Da kann man sich alles mögliche Zurückge Ausdenken, aber diese Patient*innen konnten es eben nicht. Es kamen dann so ernsthafte Dinge wie „Dann könnte ich noch einen weiteren Löffel festhalten

beim Essen“, was nicht so sehr witzig ist. Bei diesen Patient*innen ging die Übung gar nicht. Sehr gut funktionierte es hingegen in der Fliedner Klinik in Stuttgart. Als ich sie geleitet habe, hatten wir jede Woche Humor-Training, und da waren nicht nur Patienten und Patientinnen dabei, die chronisch schwer depressiv waren, sondern auch Menschen mit Zwangsstörung, Angststörung oder Psychosen. Diese Mischung war ganz gut für eine humorvolle Stimmung.

ES-K: Wenn man die Humorfähigkeit trainiert, was wird dadurch verbessert? Ist es die Fähigkeit, Humor zu verstehen, oder die Fähigkeit, selber humorvoll zu agieren?

BW: Was tatsächlich funktioniert, ist zum einen, dass die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, dass Humor überhaupt ein Thema ist. Es ist wichtig, erst einmal aufzuzeigen, dass Humor ein wichtiger Teil unseres Lebens ist und dass es gut ist, wenn man sich damit beschäftigt. Ein zweiter Faktor ist, sich die Erlaubnis zu geben, humorvoll zu agieren. Da spielen wir Therapeut*innen eine wichtige Rolle. Wenn wir alles ganz ernst und nur von der Problemseite her sehen, also defizitorientiert sind, dann fehlt den Patient*innen



Dr. Gerhild Rausch-Riedel

dafür oft eine Erlaubnis. Das geht so weit, dass mir ein Patient gesagt hat, er habe am Anfang gedacht, dass er nicht lachen dürfe, weil er doch wegen Depressionen in der Klinik sei. Dem muss man als Therapeutin entgegensetzen, dass er natürlich lachen darf! Selbstverständlich heißt das nicht, dass die Depression vorbei ist, wenn man sich einmal erheitert. Aber es bedeutet, dass man auf einem guten Weg ist: Man erlebt, dass auch Lachen eine Möglichkeit ist, mit Schwierigkeiten umzugehen.

GR-R: Sie unterscheiden zwischen positivem und negativem Humorstil. Der positive zielt auf die selbststärkenden Fähigkeiten ab und wirkt spannungsreduzierend; man entwickelt die Fähigkeit, auch bei Stress noch die humorvolle Perspektive zu behalten. Der negative Humor, wie Sarkasmus oder Triezen, beinhaltet eine Entwertung. Betrachten Sie es also als selbstverständlich, dass wir Therapeut*innen nur diesen positiven, adaptiven Humor verwenden dürfen im Umgang mit unseren Patient*innen?

BW: Es ist sicher in den meisten Fällen besser, wenn es nicht um Entwertung geht. Trotzdem kann auch das manchmal gut sein, wenn es gegen jemand Dritten geht. Aber wir sollten wirklich vorsichtig damit sein! Manchmal ist es für Patienten allerdings erleichternd, wenn sie in der Therapie auch einmal über jemanden spotten dürfen, ob das jetzt die Chefin ist, der Ehemann oder man selbst. Es bedeutet ja auch, dass man ein bisschen auf Distanz gehen kann zu sich selbst oder zu den Problemen, die sich aufzutürmen scheinen. Schöner ist es natürlich, wenn man es schafft, durch Humor das Selbstwertgefühl aufzuwerten. Es gibt eine italienische Studie, die diese Unterscheidung zwischen negativem und positivem Humor macht. Man hat Interviews mit Menschen geführt, die im Gesundheitswesen Covid-Patienten behandelt haben. Dabei haben sie nach Resilienzfaktoren gesucht und herausgefunden, dass der Einsatz von selbststärkendem Humor letztendlich zu einer besseren Lebensqualität geführt hat, trotz der belastenden Erlebnisse im Lockdown und mit leidenden Covid-Patienten und -Patientinnen.

ES-K: Was ist mit dem Einsatz von selbststärkendem Humor gemeint?

BW: Wenn man es schafft, Dinge, die einem passieren, mit Humor zu nehmen, ohne sich selbst dadurch zu entwerten, also beispielsweise nicht sagt „Ach, ich bin halt ein Dummchen“, sondern „Ich habe da was Spannendes beobachtet mit meiner Angst“ und zum Beispiel übertreibt, wovor man Angst gehabt hat. Ja, das kann helfen, mit der Angst besser fertig zu werden.

ES-K: Selbstwertstärkend also ...

BW: Genau.

ES-K: In einem Kölner Lied heißt es: „Über sich selbst lachen zu können, das ist die Kunst.“ Das heißt ja auch, sich distanzieren und beobachten zu können.

BW: Richtig. Ich habe zum Beispiel vorhin mit einer Patientin gesprochen, die gesagt hat: „Da war ich mal wieder Weltmeisterin im Mich-klein-Machen.“ Das ist kein richtiger Witz, aber in diesem „Weltmeisterin“ schwingt schon etwas mit. Sie konnte es jetzt mit einem Lächeln sehen. Sie kennt das von sich und konnte darüber nachdenken, warum ihr das an dieser Stelle passiert ist.

GR-R: Gibt es ethische Rahmenbedingungen, an die man sich beim Anwenden von Humor halten muss?

BW: Ganz wichtig ist, dass ich meine Patient*innen nicht entwerte, und problematisch ist es, wenn sie sich selber entwerten. Aber in der Fantasie ist ihnen auch das erlaubt. Man darf auch Mordfantasien äußern und heftigere Witze machen. Man sollte das Gesagte nur nicht unkommentiert stehen lassen. Erst mal würde ich lächeln – es ist ansteckend, wenn jemand lacht. Aber dann würde ich nachfragen, was denn da wirklich drinsteckt, wie das gemeint ist und was für eine Funktion es hat.

ES-K: Wenn man Kolleg*innen befragen würde, wann sie das letzte Mal eine heilende Humor-Sequenz in ihrer Therapie angewendet haben, herrschte bei den meisten wohl zunächst Schweigen. Was sind denn Ihre Beobachtungen? Kommt es wirklich selten vor? Sind Therapeut*innen tatsächlich humorlos?

BW: Ich mache das Humor-Training für Kollegen und Kolleginnen zum Beispiel in Lindau bei den Psychotherapiewochen und erlebe da ein großes Bedürfnis, es zu lernen. Die Kurse sind immer schnell ausgebucht. Es gibt Einzelne, die sagen, dass sie Humor ohnehin in ihre Behandlung integrieren, und genauer wissen möchten, was in diesem Bereich gut funktioniert, und andere, die es sich bisher gar nicht trauten und eine Anleitung bekommen wollen, wie es gehen könnte. Ich glaube, dass es eine Sache der Persönlichkeit ist, was man zulässt und worauf man eingeht. Humor ist aber etwas, das im täglichen Leben vorkommt, und deshalb gehört es auch in die Therapie. Es wäre sonst etwas Künstliches, wenn wir ihn nicht zuließen.

ES-K: Kann das funktionieren, wenn mir Humor gar nicht liegt? Kann ich ihn wie ein Kochrezept einsetzen?

BW: Es geht weniger darum, dass ich irgendetwas in meiner Therapie einsetze, wie dreimal täglich lachen, sondern ich finde es viel wichtiger, aufzugreifen, was

von Seiten der Patienten und Patientinnen kommt, und dann mitzugehen. Da habe ich ja auch die Möglichkeit, entweder erst einmal mitzulachen, es vielleicht auch positiv zu konnotieren, indem ich beispielsweise sage: „Jetzt können Sie ja darüber lachen, oder? Jetzt nehmen Sie es mit Humor!“, dass ich das Ganze also noch einmal markiere. Oder ich sitze ganz steif da und sage: „Ja, aber nun lassen Sie uns wieder zum Ernst kommen.“ Das kann jeder für sich entscheiden, ob das passt oder nicht. Dass ich von mir aus etwas Witziges einbringe, ist seltener. Dafür braucht es eine gute therapeutische Beziehung, dafür muss schon ein Gefühl der Sicherheit zwischen den Patienten und mir gewachsen sein.

GR-R: Man kann Patient*innen Humor ja nicht wie ein Medikament verabreichen, aber es ist wichtig – wie bei Deutungen in der Psychoanalyse – ihn im richtigen Moment und an der richtigen Stelle einzusetzen. Ist es also eine Kunst, Humor in der Psychotherapie zu „verwenden“? Welchen Wert geben Sie dem Humor-Aspekt in der therapeutischen Beziehung?

BW: Wenn Humor da sein kann, ist er wertvoll, einfach weil er die therapeutische Beziehung noch mal stärken kann. Nicht umsonst legen wir auch in Freundschaften Wert darauf, dass wir den gleichen Humor haben, dass wir zusammen lachen können. Bei aller therapeutischen Abstinenz finde ich, dass solche Momente sein dürfen, in denen etwas ankoppelt, so ein „Moment of Now“ nach Daniel Stern. Wenn man zusammen lacht, ist da eine Übereinstimmung, und insofern finde ich den Aspekt sehr wertvoll. Hinzu kommt, dass es auch etwas Lustvolles hat. Erheiterung ist einfach eine angenehme Emotion.

ES-K: Ist Humor eigentlich altersabhängig? Erwerbe ich ihn irgendwann, und gebe ich ihn später wieder ab?

BW: Humor ist für mich viel mehr als Witze verstehen und erzählen. Humor ist eine Fähigkeit, also auch variabler als eine Charaktereigenschaft. Es ist die Fähigkeit, auch in widrigen Lebensumständen eine heitere Perspektive einnehmen und sie auch anderen Menschen nahebringen zu können. Wenn man das so versteht, dann haben ganz kleine Kinder diese Fähigkeit erst einmal nicht. Sie lachen eher über Sachen, die schiefgehen, über etwas, das runterfällt, was nicht zusammenpasst. Aber kleine Kinder haben ein unglaublich ansteckendes Lachen, insofern machen sie schon früh Erfahrungen damit, andere Leute mit ihrem

Lachen zu inspirieren. Wenn wir älter werden, haben wir natürlich sehr viel mehr Wissen, Weltwissen, und lachen daher über andere Dinge. Auch die Fähigkeit, eine Theory of Mind* zu bilden, entsteht erst im Alter von sieben bis zehn Jahren und bei manchen auch gar nicht. Wenn man älter wird, ist da durchaus eine Fähigkeit zur Gelassenheit, und wenn sich die ausgebildet hat, geht der Humor auch nicht verloren.

ES-K: Zum Abschluss: Haben Sie eine Lieblingsgeschichte? Sagen wir einmal bewusst nicht „Witz“.

BW: Ja, es ist die Geschichte einer Patientin, der das Lachen über eine dritte Person half. Die Patientin hatte Schwierigkeiten mit ihrem Chef. Sie hat eine Filiale geleitet, und der Chef kam alle vier Wochen und hat ihr das Leben zur Hölle gemacht, indem er alles, was sie getan hat, infrage gestellt hat, und das war ganz unangenehm. Ich habe dann einmal gesagt: „So alle vier Wochen, das ist ja fast, wie wenn die Periode kommt.“ Das fand die Patientin komisch und hat es aufgenommen. Nachdem der Chef wieder einmal da gewesen war, hat sie in der Sitzung gesagt: „Es war wieder soweit. Ich hatte wieder meine Tage.“ Damit haben wir uns natürlich ein bisschen über den Chef lustig gemacht, und das war in dem Fall gut, weil er eben bis dahin so eine große Macht über sie hatte. Ja, das ist so eine der vielen Geschichten.

GR-R: Vielen Dank für das Gespräch.

Literaturhinweis:

Humorfähigkeiten trainieren, Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis

Falkenberg, McGhee, Wild 2021, Klett-Cotta / Schattauer, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, € 35,00 | ISBN 978-3-608-40065-6



Eine Langfassung dieses Interviews und weiterführende Informationen zum Thema finden Sie im Bonusmaterial auf unserer Internetseite:

<https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>

Therapeutischer Humor

von Michael Titze

Als Strategie einer positiven Umdeutung von beschämenden Symptomen sind paradoxe Interventionen seit Längerem bekannt. In letzter Zeit wurde diese Vorgehensweise durch die Methodik des „therapeutischen Humors“ ergänzt. Diese Spielart des Humors erfüllt vielfältige Funktionen. So kann ein unbeschwertes Lachen bzw. Lächeln den unmittelbaren Austausch von positiven Gefühlen anregen, wodurch die therapeutische Beziehung mühelos gefestigt wird. Gleichzeitig wird ein kreativer Prozess der Problembewältigung angeschoben, der emotional belastende Sachverhalte „spielend“ zu entschärfen vermag.

Konspirative Allianz

Humorzentrierte Therapeuten bringen sich als affektive Verbündete in die therapeutische Beziehung ein. Dem entsprechend wird die eigensinnige Realitätsauffassung der Patienten selbst dann gutgeheißen, wenn es sich um objektiv abwegige Verhaltensweisen handelt. Indem sich der Therapeut auf die positiven Aspekte des Symptomgeschehens konzentriert, kann er „konspirativ“ so argumentieren, wie der Patient selbst es bislang (vor allem aus ethischen Gründen) nicht zu tun vermochte. Hier ein Beispiel: „*Ich* an Ihrer Stelle würde die Leute in dem Glauben lassen, dass es *mir* richtig schlecht geht. Damit könnte *ich* sie einwandfrei zwingen, sich mehr um *mich* zu kümmern! Doch das sollte unter uns bleiben!“ Diese eindimensionale Perspektivität löst auf Seiten der involvierten Patienten gewöhnlich einen „Erkennungsreflex“ aus, der sich in einem überraschten Lächeln bzw. Lachen äußert.

Paradoxe Intention

Viktor Frankl* (der als „Vater des therapeutischen Humors“ gilt) erklärte, es sei am allervernünftigsten, nicht allzu vernünftig sein zu wollen. Daher sollten funktionale Symptome wie Erröten, Zittern oder Stottern – im Sinne einer paradoxen Intention – kurzerhand gutgeheißen werden. Frankl schrieb: „Der Patient soll dazu angeleitet werden, sich gerade dasjenige,

wovor er sich bis dahin gefürchtet hatte, vorzunehmen: ‚Heute geh‘ ich einmal aus, um mich vom Schlag treffen zu lassen‘, muss sich beispielsweise ein Patient sagen, der an einer Agoraphobie leidet. Der Patient lacht zumindest innerlich in sich hinein – und hat das Spiel gewonnen! Denn dieses Lachen, aller Humor, schafft Distanz, lässt den Patienten sich von seiner Neurose distanzieren.“

In letzter Konsequenz soll sich der Patient einen entschiedenen „Mut zur Lächerlichkeit“ aneignen. Frankl bemerkte ausdrücklich, dass sich der Therapeut nicht genieren dürfe, die Erfordernisse dieser Kompetenz „vorzuspielen“: Damit soll der Therapeut (zeitweise) die Rolle eines freiwilligen Komikers bzw. Clowns übernehmen. Der Clown-Arzt Patch Adams hat uns die entsprechende Metamorphose ebenso vor Augen geführt wie René Schweizer, der Basel zu einem Zentrum des therapeutischen Humors gemacht hatte. Auch Frank Farrelly, Begründer der Provokativen Therapie, folgte dem Vorbild professioneller Clowns. So erklärte er bei der Eröffnung eines Kongresses: „Ich bin ganz fest auf der Seite der Engel. Und ich dachte, ich könnte sagen, was Provokative Therapie sei. Und ich denke, in gewisser Weise weiß ich immer weniger und weniger, was das ist. Nun, das liegt wohl weniger daran, dass sie so kompliziert ist, sondern vielleicht eher daran, dass ich immer mehr und mehr zu einem Dummkopf werde!“

Albert Ellis, Begründer der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie, konzipierte „Übungen der Schamüberwindung“, die gezielt ein clowneskes Verhalten anregen. Hier einige Beispiele:

- Ziehen Sie sich unpassend an.
- Fahren Sie mit der Straßenbahn und rufen Sie an fünf Haltestellen nacheinander laut und vernehmlich: „Trafalgar Square, alles aussteigen!“
- Fragen Sie Passanten freundlich und höflich: „Entschuldigen Sie, ich komme gerade aus dem Nervenkrankehaus. Welchen Wochentag haben wir heute?“

- Verhalten Sie sich komisch, indem Sie auf der Straße singen oder an einem sonnigen Tag einen schwarzen Regenschirm aufspannen.
- Bringen Sie schlecht zubereitetes Essen in die Küche des Restaurants zurück.
- Versuchen Sie, eine Uhr bei einem Schuster reparieren zu lassen.
- Fragen Sie in einem Geschäft nach einem Schraubenzieher für Linkshänder.

Wolfgang Blankenburg konnte zeigen, dass die paradoxe Methodik, die solchen Übungen zugrunde liegt, gerade bei schambezogenen Ängsten wie Platzangst/ Straßenangst, Tics, Zitterangst, Sprechangst, Errötungsangst, übermäßigem Schwitzen sowie Harnverhaltung in öffentlichen Bedürfnisanstalten wirksam ist. Generelle Voraussetzung ist aber die positive Bewertung des Symptomgeschehens, indem dieses als Äußerung einer (defensiven) Ressource interpretiert wird. Bruno Peters definierte eine Ressource als das, „was eine Person gut kann“. Folgerichtig muss das, was man gut kann, ungehemmt vorgezeigt werden, zum Beispiel die lebenslang eingeübte Rolle als Schüchtern. Das entsprechende Können soll selbst dann mit „positiven Augen“ betrachtet werden, wenn dies in rationaler Hinsicht indiskutabel sein sollte. Steve de Shazer bringt diese Beispiele:



- unreifes Verhalten = nonkonformistisch sein
- kontaktarm/abgeschlossen leben = sein eigenes Bewusstsein genau erforschen
- auf Distanz gehen = sich um sich selbst kümmern
- passiv sein = die Fähigkeit, Dinge so zu akzeptieren, wie sie sind
- grundlos weinen = fähig sein, Gefühle, besonders schmerzhaft, authentisch auszudrücken

Unter dieser Voraussetzung kann die therapeutische Beziehung zu einem uneingeschränkt kreativen Prozess modifiziert werden. Denn alles, was Patienten tun (oder nicht tun), kann so als die authentische Inszenierung eines verborgenen Könnens interpretiert werden.

Therapeutische Clowns

In die gruppenzentrierte Arbeit kann sich ein „therapeutischer Clown“ als körpersprachlich agierender Ko-Therapeut einbringen. Dabei kann er zeigen, wie sich ein funktionales Symptom spaßig ausgestalten lässt – zum Beispiel durch Augenrollen, Aufplustern der Backen oder das Ausstrecken der Zunge beim Sprechen. Auf diese Weise kann den angstausslösenden Signalreizen „spielend“ ins Gesicht gelacht werden. Clowns konzentrieren sich, ebenso wie Psychotherapeuten, auf die emotionalen Unwägbarkeiten des Lebens. Während klassische Therapeuten ihre Patienten dazu anregen, sich der Ursachen ihrer emotionalen Konflikte bewusst zu werden, leben Clowns diese Konflikte von vornherein aus, indem sie sich unentwegt peinliche Normverletzungen leisten. Damit verhält sich ein Clown ähnlich „komisch“ wie der typische Psychotherapiepatient, allerdings mit diesem Unterschied: Während Letzterer darunter leidet, als „unfreiwilliger Komiker“ zu erscheinen, setzt der Clown alles daran, möglichst komisch zu wirken. Damit fungiert er gewissermaßen als Personifizierung der paradoxen Intention, indem er sich gerade Patienten, die unter schamspezifischen Ängsten leiden, als „unverschämte“ Identifikationsfigur anbietet. Pionierarbeit haben hier die von Michael Christensen ins Leben gerufenen Klinik-Clowns geleistet, die sich mittlerweile erfolgreich im Gesundheitswesen betätigen.



* Ein ausführliches Verzeichnis inspirierender Literatur zum Thema finden Sie im Bonusmaterial auf unserer Internetseite. <https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>

Humoristische Interventionen in der psychotherapeutischen Praxis

Wer lacht, tritt aus der Erstarrung heraus, kann nicht steif sein vor Angst, hat seine Sinne geöffnet: Lassen Sie sich von den Beispielen humoristischer Interventionen mehrerer Psychotherapeut*innen inspirieren. Selbstverständlich sind alle Namen geändert und die Situationen anonymisiert.

Revolte

In einer psychosomatischen Klinik gibt es Aufruhr in einer Kleingruppe. Einer der Patienten, nennen wir ihn Herr A., hat sich mehr Einzelstunden „erschlichen“ als vorgesehen. Ein Teil der anderen Patient*innen ist empört, verlangt eine Reaktion und Sanktionen seitens der Klinik. Die Stationspsychologin und der Oberarzt kommen zu einem Gruppentreffen am Abend dazu. Der verursachende Patient versucht sich in Rechtfertigungen, man merkt ihm seine Beschämung an. Eine erst kürzlich in die Klinik aufgenommene Patientin, selbst in der Psychiatrie tätig, äußert auf Nachfragen, dass sie mit Interesse vermerke, dass es offensichtlich möglich ist, mehr Einzeltherapiestunden zu bekommen, das habe sie nicht gewusst. Der Oberarzt schmunzelt und sagt laut: „Anfängerfehler.“ Damit löst sich die Anspannung im Gelächter und Herr A. ist erleichtert, dass damit der Fokus nicht mehr auf seiner „Tat“ liegt. Er kann in der folgenden Zeit seine Not in der Gruppe ansprechen und dort bearbeiten.

Maulkorb für das Zwangsmonster

Die elfjährige M. stellte sich wegen massiver Waschzwänge in der Praxis vor. Diese bestanden seit etwa zwei Jahren und belasteten das Familiensystem stark. Insbesondere die sehr symbiotische Beziehung zur

Mutter begann zunehmend zu bröckeln, da die Mutter, was ihre Kraft und Empathie anging, an ihre Grenzen stieß. Der Vater, selbst seit Jahren mit Zwängen belastet, war hier entspannter. M. hat hohe Ziele, möchte Schauspielerin, Sängerin oder Modedesignerin werden, aber ihr ist klar, dass sie „mit diesen Zwängen, diesen Händen, sich nirgends blicken lassen kann“. Es lag eine Schwere in den Stunden, da die Zwangsstörung in sämtliche Lebensbereiche hineingriff. Die Unkontrollierbarkeit ihrer Zwänge belastete das Kind stark. „Der Zwang“ war zunehmend zu einer existenziellen Bedrohung geworden. Als erster Schritt war es wichtig, ihn handhabbar, erlebbar und sichtbar zu machen.

Deswegen erhielt M. die Aufgabe, den Zwang als „Person“ zu basteln. In der Folgestunde erschien sie mit einem Kunstwerk aus Pfeifenreinigern, Styroporbällen und Holzkugeln, das sie kreativ bemalt hatte. Ihre große Ressource ihrer Kreativität half ihr dabei, ihren Zwang nicht nur zu visualisieren, sondern auch zu externalisieren. Fortan wurde ihm in den Therapie-sitzungen und später im häuslichen Umfeld von M. ein Platz zugewiesen. M. erlebte Heiterkeit und herzhaftes Lachen, als wir erstmals „das Zwangsmonster“ wie ein „unartiges Kind“ erzogen, in die Schranken wiesen, zum Schweigen aufforderten, ihm über den Mund führen. M. entwickelte humorvolle Dialoge, konnte während

der gesamten Behandlung über „mein kleines nerviges Monster“ lachen. So gelang es ihr zunehmend, sich mit inneren Ängsten auseinanderzusetzen und diese neu zu erleben – als etwas „Bezähmbares, das nicht Angst macht, sondern über das ich auch lachen kann“.

Im selben Boot

Eine 27-jährige depressive Patientin, die als Informatikerin während der Coronapandemie im Homeoffice immer mehr in die Prokrastination geraten war, erhielt von ihrem sehr leistungsorientierten Unternehmen die Kündigung und kam beschämt in die Psychotherapie. Sie musste sich mit Bürokratie beim Arbeitsamt und der Krankenversicherung beschäftigen – Maßnahmen, die sie wiederum leidvoll aufzuschieben versuchte, was sie kurzfristig sogar bezüglich ihres Krankenversicherungsstatus in Bedrängnis brachte. So war sie in den unglücklichen Kreislauf der Selbstboykottierung durch symptomatisch gewordene Scham und Angst vor Versagen geraten. Wir arbeiteten einerseits an einer hintergründig wirksamen und ursächlich traumatischen Demütigungserfahrung der Vergangenheit und antizipierten andererseits immer wieder das positive Thema des Gelingens. Dieses wagte sich die Patientin jedoch kaum vorzustellen: ein neuer Arbeitsplatz, gefunden nach einer Umschulung, und ein Umzug in eine andere Stadt, in die Nähe einer guten Freundin.

Dann geschah es, dass mir beim Antragschreiben zur Umwandlung von der Kurz- in die Langzeittherapie die Zeit davongerannt war und ich der Patientin eingestehen musste, dass nur noch zwei Sitzungen übrig waren – und die Bewilligung für die weitere Therapie somit innerhalb von unwahrscheinlichen zwei Wochen eingehen müsste, was mir sehr unangenehm war. Sie schaute mich verschmitzt an und sagte: „Ach, das kenne ich.“ Wir lachten und beschlossen: „Das kriegen wir hin.“ So war es dann auch. In der Folgezeit gelang mir die einigermaßen rechtzeitige Antragsbewilligung und ihr die Anmeldung

zur Umschulung. Durch ihr Mitfühlen mit meiner peinlichen Offenbarung konnte die Patientin ihr strenges Über-Ich besänftigen, das sich in Scham und Versagensangst offenbart hatte.

„Gott ist tot, Marx ist tot und ich fühle mich auch schon ganz schlecht.“ Eugène Ionesco

Frau F. setzt sich seit längerer Zeit in der Therapie mit ihren hochbetagten, früher wenig empathischen, aber sehr anspruchsvollen Eltern auseinander. Nun ist die Mutter schwer krank geworden und möglicherweise dem Tod nahe. Frau F. macht sich Gedanken, wie der Vater wohl alleine weiterleben könne, und kommt zu dem Schluss, dass er nach dem Tod der Mutter wohl keinen Lebenswillen mehr haben werde. „Der Hund ist tot, die Frau ist tot ...“ In die entstehende Pause hinein ergänzt die Therapeutin: „Und mir geht es auch schon ganz schlecht.“ In dem anschließenden Lachen erlebt Frau F. „einen Hoffnungsschimmer“, dass die Schwere des Themas nicht „auf ewig bleibt“.



Schamlos und würdevoll!

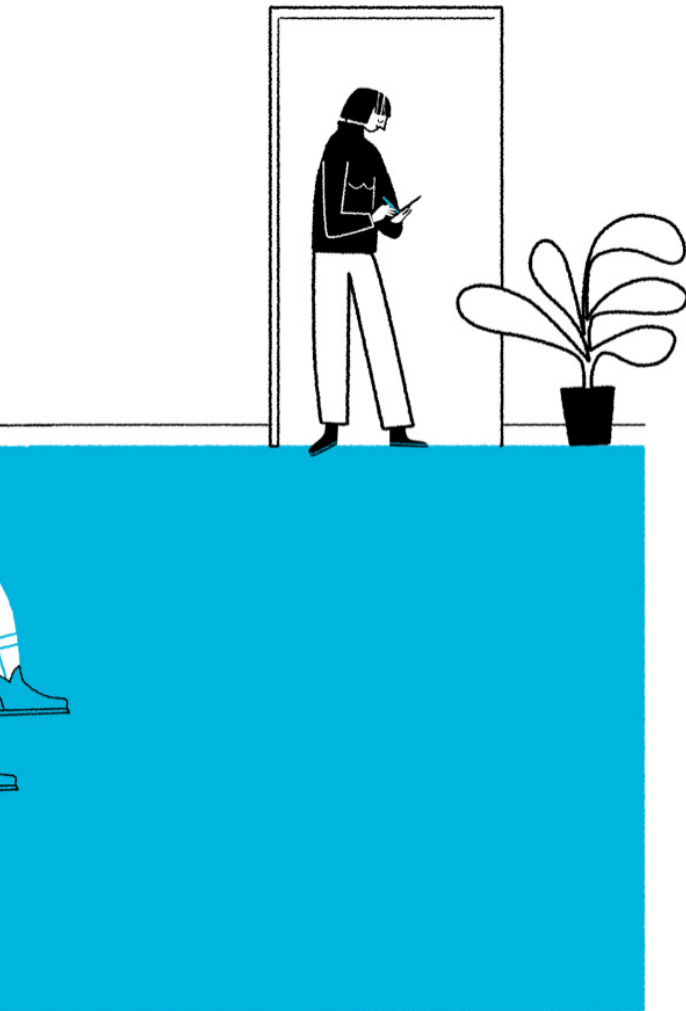
von Dr. Peter Hain

Kennen Sie den Unterschied zwischen Therapie und Humor? Humor hilft immer! Schon zu Zeiten Askulaps wurde Gesundheit als ausgeglichener (Gefühls-)Zustand mit einem fließenden Gleichgewicht der Körpersäfte (lat.: Humores) beschrieben. Bereits hier finden wir also ein grundlegendes Prinzip moderner Psychotherapie, die ressourcen- und kompetenzorientierte Integration.

Fallbeispiel: Ein 21-jähriger, differenziert und sehr sensibel wirkender junger Mann erschien zu einem Erstgespräch. Seine zwei übereinander getragenen, mit Nieten besetzten schweren Lederjacken und die Cowboystiefel standen in starkem Gegensatz zu seinem feingliedrigen Körperbau und den etwas feminin wirkenden langen blonden Haaren. Er machte kein Hehl daraus, dass er von seiner Familie geschickt worden sei und diese Stunde nur absitzen wolle, um seinen guten Willen unter Beweis zu stellen. Nachdem er mir seine derzeitige, im Moment für ihn insgesamt verzweifelte Situation bezüglich der Trennung von seiner Freundin und dem Abbruch seines Studiums, aber auch seine großen Pläne, die er mit seiner Band verfolgte, geschildert hatte, berichtete er, dass eine akute Platzangst es ihm äußerst schwer mache, überhaupt noch seine Wohnung zu verlassen, geschweige denn einzukaufen oder auszugehen. Aus diesem Grund plane er, seine Wohnung aufzugeben und vorübergehend wieder bei seinen Eltern einzuziehen. Auf meine Frage, wie er denn gerne sein möchte, beschrieb er mir seine Wunschvorstellungen von totaler Unabhängigkeit und Überlegenheit. Inspiriert von seiner Kleidung erwähnte ich John Wayne. „Nein, Clint Eastwood!“, verbesserte er mich spontan und meinte die alten Western – ein Colt, ein Zigarillo und einen scharfen Blick. Später befragte ich ihn näher zu konkreten Angstsituationen

und seinen schlimmsten Befürchtungen. Er schilderte mir seine Beklemmungen und Ängste, vor allem die Vorstellung, im Lebensmittelladen, den er immer aufsuchte, von Übelkeit befallen zu werden und schlimmstenfalls vor der Kasse erbrechen zu müssen. Ich fragte ihn, ob er sich schon einmal, vielleicht auch in der Öffentlichkeit, habe übergeben müssen. Als er dies (fast empört) verneinte, malte ich ihm solche Szenen aus und beschrieb ihm, wie es platscht, trieft und riecht, wenn er nicht nur den Steinboden, sondern vielleicht auch Regale oder den Nacken des Vordermannes anpeilen würde. Seine Fantasien folgten meinen Beschreibungen und er signalisierte nonverbal sowohl Abneigung als auch Neugierde. „Es gäbe da eine Möglichkeit“, begann ich mich vorzutasten, während ich mich an Filmszenen mit Clint Eastwood erinnerte. „Stellen Sie sich vor, Sie hätten an vier aufeinander folgenden Tagen den gleichen Laden von oben bis unten vollgekotzt“, führte ich aus und





beobachtete seine ambivalenten Reaktionen, „und nun kommen Sie wieder durch die Tür. Sie benötigen keinen Colt, alle Menschen halten den Atem an in Erinnerung an das letzte Mal. Jeder drückt sich eng an die Wand, keiner dreht Ihnen den Rücken zu, und an der Kasse lässt man Sie ehrfürchtig vor: ‚Bitte nach Ihnen‘. Vielleicht will man nicht einmal Geld von Ihnen!“ Er folgte wie gebannt meinen zum Teil theatralisch ausgemalten Schilderungen und begann, mehr und mehr (schmunzelnd) Gefallen daran zu finden. Schließlich erlaubte er sich, herzlich zu lachen, und wir schmückten die Episode gemeinsam weiter aus. Während offene Colts in Zürich verboten sind, ist es strafrechtlich nicht untersagt, einen Lebensmittelladen mehrmals vollzukotzen. Am Ende der ersten Stunde fragte er, ob er nochmals kommen dürfe, und fuhr schelmisch schmunzelnd fort: „Ich weiß nicht, wer hier mehr spinnt, Sie oder ich?“ „Das weiß ich auch nicht“, entgegnete ich ihm, „aber ich bekomme Geld dafür!“

Nach dieser ersten Sitzung konnte sich der Klient außerhalb seiner Wohnung wieder freier bewegen und einkaufen oder in Restaurants gehen. Die humorvollen Vorstellungen begleiteten ihn und verhinderten weitere panische Reaktionen. Schließlich ist es ein völlig anderes Einkaufsgefühl, die Bilder innerlich vor Augen zu haben: „Ich könnte ..., und die anderen wissen gar nicht, in welcher Gefahr sie schweben.“ Die Therapie war damit nicht etwa beendet, aber nun konnte sie beginnen. Wir hatten sozusagen einen Fuß in der Tür! Hier hat sich bereits in der ersten Sitzung eine Vorgehensweise bewährt, die ich andernorts als Inframing (2007) beschrieben habe. Sie wirkt gleichermaßen befreiend wie stärkend: Nach dem „Einsteigen“ in die für den Klienten innerhalb seines Glaubens- und Bezugssystems so bedrohlichen und beschämenden Befürchtungen erlaubt sich der Therapeut mittels eigener assoziierter Bilder, die angstvollen und mit Scham besetzten Befürchtungen des Klienten weiter auszugestalten und die dabei entwickelten „neuen Perspektiven“ als Ressourcen für Veränderungen zu nutzen. Ziel ist es, die emotionalen und kognitiven Grenzen wohlwollend humorvoll zu überschreiten, damit der Klient seinerseits seine Angst und Scham überschreiten und Zuversicht entwickeln kann. Gleichzeitig verbinden die hier angebotenen „Möglichkeiten“ die selbst genannten Ziele (Überlegenheit und totale Unabhängigkeit) mit den schlimmsten Befürchtungen (Scham und Demütigung) und eröffnen einen würdevollen und selbstwirksamen Ausstieg. Die abschließende schelmische Bemerkung: „Ich weiß nicht, wer hier mehr spinnt, Sie oder ich?“ verdeutlicht auf eindrucksvolle Weise, dass hier ein innerer Veränderungsprozess begonnen hatte.

Chronisch symptomatisches Verhalten, wie in diesem Beispiel Angstzustände – mit oder ohne zwanghafte Absicherung – zentriert die mentale und emotionale Aufmerksamkeit der Betroffenen in einer Art Problemrance. In dieser selbsthypnotischen Gefangenschaft reduziert sich das bewusste Denken auf das Vermeiden oder Überleben der mit Angst besetzten oder durch Zwänge strukturierten Situationen. Da ein Gefängnis auch eine vermeintliche Sicherheit bieten und alle Beziehungen steuern und kontrollieren kann, werden die ersten Schritte in Richtung Freiheit oft als die schwersten und risikoreichsten empfunden und deshalb als bedrohlich. In der Folge können kompensatorische Handlungen wie Ausweichen, Vermeiden, Schutzrituale oder auch erfolglose therapeutische

Bücher zu gewinnen!

Erzählen Sie uns die Geschichte einer gelungenen humoristischen Intervention aus Ihrem Praxis-Alltag. Ihren (anonymisierten) Beitrag teilen wir im Bonusmaterial auf unserer Homepage. Unter den Teilnehmenden verlosen wir sechs Exemplare der Bücher „Humorfähigkeiten trainieren“ und „Vom Buffet der guten Laune nehm ich die sauren Gurken“. Lassen Sie uns einfach wissen, welchen der beiden Titel Sie bevorzugen. Wir freuen uns auf Ihre Geschichte!

Senden Sie Ihren Bericht bitte per Mail an presse@bvvp.de



Anläufe zu einer sogenannten Verschlimmbesserung und damit zur weiteren Chronifizierung führen. Humorvolle Bilder, die das subjektiv problematische Erleben aufgreifen und in der Therapie gemeinsam weiterentwickelt werden, können erste Umdeutungen und Perspektivwechsel anbahnen. Dabei kann gerade eine überraschende Wende oder Übertreibung nicht nur Schmunzeln und Lachen ermöglichen, sondern auch den Weg zu neuen Bedeutungen und einer Relativierung der gesamten Symptomatik ebnen. Gefühle und körperliche Reaktionen, die als spontane Angst und Vorläufer von gewohnten Angstreaktionen oder Panikattacken erlebt werden, führen nun assoziativ zu humorvollen inneren Bildern, schaffen Distanz zum Problemverhalten und ermöglichen es, systemische Muster, Wertungen und selbsthypnotische Induktionen zu entdecken und für angestrebte Veränderungen nutzbar zu machen. Bei der Arbeit mit inneren Bildern, Metaphern und gemeinsam entwickelten „Lösungsgeschichten“ kann gerade dieser liebevolle Humor die nötige innere Beweglichkeit fördern.

Nur eine wohlwollend gewährende und auf Neugierde und Kooperation basierende Grundhaltung, wie sie auch im hypnotherapeutischen und systemischen Ansatz beschrieben werden, erlaubt es, im gemeinsamen Prozess konstruktiv humorvolle Bilder und Fantasien zu entwickeln. Für die Arbeit im klinisch-therapeutischen Bereich ist es daher entscheidend, verletzendes Ironie, Sarkasmus und Zynismus auszuschließen.

Der Duden beschreibt Humor als „eine wohlwollend empathische und distanzierende Haltung zu sich selbst, wie auch zu Sorgen und Problemen“. Dies führt in der Therapie zu einem unmittelbaren Erleben von Optimismus und Hoffnung, Zutrauen und Zuversicht, Würdigung und Selbstwirksamkeit. Mit anderen Worten: Wem das Wasser bis zum Hals steht, der sollte den Kopf nicht hängen lassen – und die Gelegenheit nutzen, schwimmen zu lernen!

Literatur

Hain, P.: Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Carl Auer 2001/2012 (eBook)

Hain, P.: Kampf, Krampf und Lösung. In: Heeb, W. et al. (Hrsg.) Der Realitätenkellner. Carl Auer 2011

Hain, P.: Entlassung auf Bewährung – Hypnosystemische Arbeit mit inneren Bildern. In: Wild, B. (Hrsg.) Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Schattauer 2016

Hain, P.: Humor im Ernst. In: Schwegler, Ch. (Hrsg.) Medizinische Kommunikation. München: Elsevier 2022

Humor in der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie

Erfahrungen von Ariadne Sartorius

Kinder und oft auch Jugendliche kommen häufig nicht nach eigener Entscheidung in unsere Praxen. Sie kommen voller Angst, beschämt zu werden, kritisiert zu werden, (wieder) zu scheitern. Oft sitzen sie uns voller Anspannungen gegenüber, und diese zeigen sich in einer breiten Varianz von Verhaltensformen. Diese Angst und Anspannung zu durchbrechen ist unabdingbar, und das gelingt nicht nur über Empathie und Wertschätzung, sondern auch über Leichtigkeit, die sich unter anderem ganz hervorragend über Humor herstellen lässt.

Humor ist daher für mich aus den meisten Therapiesitzungen nicht wegzudenken. Er zieht sich in verschiedenen Formen und Ausprägungen durch alle Phasen der Therapie. Bücher, Zaubereien, Rollenspiele, Spiele und Bastelarbeiten bieten viele Möglichkeiten, um einen Wechsel von der Schwere hin zur Leichtigkeit herzustellen und das „Leichte im Schweren“ herauszuarbeiten, die Perspektiven zu wechseln und Kindern erfahrbar zu machen, dass auch negatives Erleben zeitbegrenzt ist und sie auch (wieder) unbeschwerte Zeiten erleben können.

Zu lachen haben viele unserer jungen Patient*innen nicht allzu viel, umso mehr ist es wichtig, dass sie sich bei uns wohlfühlen, positive Beziehungserfahrungen machen, und dazu gehört auch unverzichtbar, gemeinsam zu lachen. Wir lachen über Identifikationsobjekte wie die KönigsDOCHter in dem Buch „Das NEINHorn“ (Marc-Uwe Kling/Astrid Henn) und über viele weitere Figuren in Büchern, die täglich im Einsatz sind – über Figuren, die in Rollenspielen das Alltagsleben der

Kinder widerspiegeln und Leichtigkeit in die Suche nach Lösungen bringen. Lachen distanziert, auch von Problemen. Ihre in den Stunden gebastelten Zwangsmuster zeigen die Kreativität der Kinder und sie ermöglichen es ihnen, diese im Rahmen von Externalisierungen humorvoll in ihre Grenzen zu weisen. Kinder lachen über den WASbär, der „wirklich schlecht hört oder nur nicht richtig zuhört, mal so, mal so“. Rollenspiele ermöglichen, Neues zu testen, Grenzen zu überschreiten, Verrücktes auszuprobieren, und das erleichtert.

Wichtig ist auch, die Eltern lachen zu lassen, über sich selbst und mit ihren Kindern zusammen, denn nicht selten sind die Sorgen und negativen Gefühle so ausgeprägt, dass die unbeschwerte Freude aus dem Alltag verschwunden ist.

Nutzen Sie unser Bonusmaterial!

Hier finden Sie weiterführende Literaturhinweise, die Langfassung des Interviews mit Frau Prof. Dr. med. Barbara Wild, Leserbrief* und vieles mehr:
<https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>

* Die Redaktion behält sich vor, diese zur Veröffentlichung auszuwählen und zu kürzen. Leserbriefe stellen keine redaktionelle Meinungsäußerung dar.

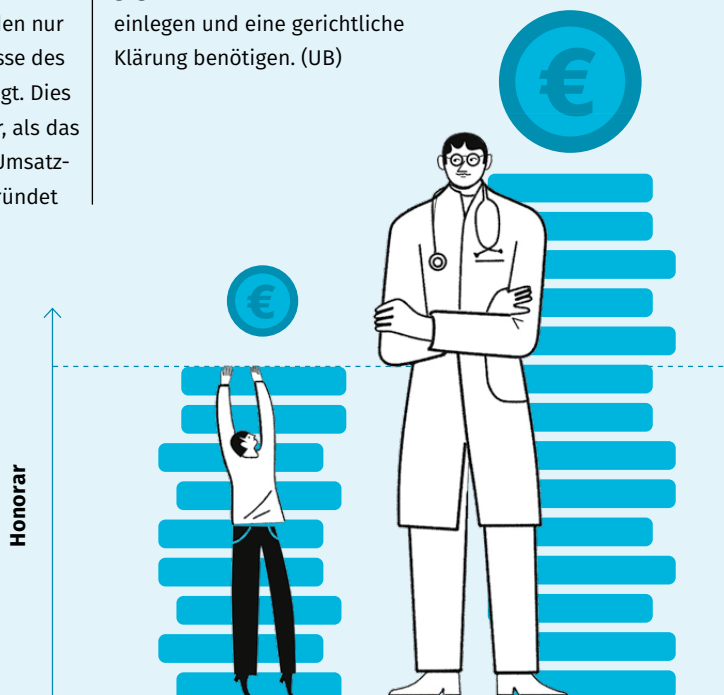
Entscheidung über die „angemessene Vergütung“

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 29. März den lang erwarteten Beschluss gefasst. Die Bewertung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie steigt rückwirkend zum 1. Juli 2022 um 2,1 Prozent. Gleichzeitig werden die Strukturzuschläge abgesenkt, die die durch das Bundessozialgericht zugestandenen sogenannten normativen Personalkosten beinhalten. Lesen Sie die Details dazu in unserem Info Aktuell für Mitglieder:

<https://bvvp.de/mein-bvvp/praxismaterialien/mitgliederinfo/>

Der Beschluss umfasst auch dieses Mal Inhalte, die von uns als nicht rechtskonform bewertet werden. Zum einen wird bei der Ermittlung der Praxiskosten wieder nicht die maximal ausgelastete BSG-Musterpraxis mit 36 x 43 Sitzungen im Jahr herangezogen, sondern es werden nur die Kosten der Umsatzklasse des 78. Perzentils berücksichtigt. Dies ist umso unverständlicher, als das Heranziehen niedrigerer Umsatzklassen bisher damit begründet

wurde, dass sonst keine ausreichend große Stichprobe vorläge. Dies ist aber schon lange nicht mehr der Fall. Das Bundessozialgericht benennt 40 Praxen als ausreichende Größe. Zum anderen geht die Aufweichung der klassischen BSG-Formel weiter, indem Mehreinnahmen aus Gruppenpsychotherapie, aus der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung, aus Substitutionseffekten durch Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen und schließlich auch aus den KZT-Zuschlägen berücksichtigt werden. Die Mindestvergütung wird somit als Maximalvergütung konsolidiert, die zudem nur von Kolleg*innen mit Gruppenqualifikation erreicht werden kann. Was bedeutet das? Auch in Zukunft werden Psychotherapeut*innen Widerspruch gegen ihren Honorarbescheid einlegen und eine gerichtliche Klärung benötigen. (UB)



Petition zur angemessenen Finanzierung der Weiterbildung

Bis 2025 wird es mindestens 2.500 nach ihrem Studium der Psychotherapie approbierte Psychotherapeut*innen nach dem neuen Psychotherapeutengesetz (PTG) geben, die in eine Weiterbildung zur/zum Fachpsychotherapeut*in gehen möchten.

In der Reform des PTG wurde 2019 dieser Aus- und Weiterbildungsweg festgelegt, aber die Regelung der dringend notwendigen Finanzierung der neuen Strukturen wurde versäumt und auch in den vergangenen vier Jahren nicht nachgeholt. Sämtliche Versuche, den politisch Verantwortlichen darzustellen, wie notwendig es ist, diese Regelungslücke zu schließen, sind gescheitert.

Deswegen hat sich nun eine sogenannte Task Force aus Kammern, Verbänden, Universitäten, Studierenden und Ausbildungsteilnehmer*innen unter der Organisation der Bundespsychotherapeutenkammer gegründet, an der bvvp-Vorstandsmitglied Ariadne Sartorius für die Psychotherapieverbände mitwirkt. Ein gemeinsam an Gesundheitsminister Prof. Lauterbach verfasster Brief wurde in großer Geschlossenheit von mehr als 50 Institutionen unterschrieben. Zudem wurde eine Petition folgenden Wortlauts beim Deutschen Bundestag eingereicht:

*Die Zukunft des psychotherapeutischen Nachwuchses ist in Gefahr! Die unzureichende Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung gefährdet die Qualifizierung von Psychotherapeut*innen. Es ist deshalb dringend erforderlich, jetzt gesetzliche Grundlagen für die notwendige Finanzierung zu schaffen! Die Weiterbildung sichert die psychotherapeutische Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene und die berufliche Zukunft des psychotherapeutischen Nachwuchses!*

Wir hoffen, dass diese Petition erfolgreich ist, deren Zeichnungsfrist zu Redaktionsschluss noch lief. Die Ergebnisse finden Sie auf unserer Homepage:

<https://bvvp.de/psychotherapie-ist-unersetzlich/> (AS)



GK II – das Verbände- bündnis tagte

Die GK-II-Tagung am 18. März war mit 57 Teilnehmenden aus 34 Berufs- und Fachverbänden gut besucht. Im Anschluss an die Berichte aus den Verbänden wurde die Aufnahme des neuen Systemischen Dachverbandes (VfSP) beschlossen. Danach wurden die zentralen Themen der Tagung, nämlich Verfahrensvielfalt an den Hochschulen und die Finanzierung der neuen Weiterbildung der künftigen Fachpsychotherapeut*innen, intensiv beraten.

Die Diskussion zur Verfahrens- und Methodenvielfalt an Universitäten und Hochschulen wurde durch einen sehr klaren und detailreichen Vortrag von Frau Professor Lünen (DGPS) von der Humboldt-Universität Berlin eingeleitet. Sie sprach zur Organisation eines Psychotherapie-Master-Studiengangs an einer staatlichen Universität. Der anschließende konstruktive Diskurs war geprägt von der

Auseinandersetzung mit den als problematisch empfundenen politischen Rahmenbedingungen. Am Ende konnte eine gemeinsame Resolution mit klaren Forderungen an die Politik einstimmig verabschiedet werden. Beim Thema Neuordnung der künftigen Weiterbildung ging es im Kern um die finanzielle Ausstattung zur Sicherung guter Rahmenbedingungen der Weiterbildung. Die hohe Qualität der künftigen Weiterbildung ist durch ein tragfähiges Konzept gewährleistet, denn die Profession hat hier gute Kompromisse für die Zukunft erarbeitet. Zentrales Problem ist auch hier die fehlende, aber notwendige wirtschaftliche Grundausstattung. Eine in enger Abstimmung mit der Bundespsychotherapeutenkammer auf den Weg gebrachte Bundestagspetition soll politischen Druck auf den Gesetzgeber aufbauen (siehe links). Auch hier war die Einigkeit unter den Verbänden des GK II groß. (BW)

Kurz gemeldet

Besetzung der Beratenden Fachausschüsse auf Landes- und Bundesebene

Alle Gremien sind nun im Zusammenhang mit den KV-Wahlen im letzten Jahr neu besetzt worden. Der bvvp ist insbesondere mit seinen ärztlichen berufspolitisch Aktiven gut vertreten. Auf Bundesebene sind Ulrike Böker, Gerhild Rausch-Riedel, Lisa Störmann-Gaede und Reinhard Martens in den Beratenden Fachausschuss Psychotherapie gewählt worden. Wir gratulieren! (UB)

TI-Ausstattung: neue Pauschalen

Zum 1. Juli werden die TI-Pauschalen deutlich abgesenkt und im Gegenzug die monatlichen Erstattungen erhöht. Behandler*innen müssen also künftig bei der Finanzierung der TI mehr in Vorleistung gehen. Wer sich ab 1. Juli neu niederlässt, sollte die TI-Komponenten möglichst möglichst vor dem 30. Juni bestellen. (MH)

Minimaler Anstieg der KZT-Zuschläge

Ändert sich die Bewertung der Ziffern der Kurzzeittherapie im Zusammenhang mit der Anpassung der „angemessenen“ Vergütung, dann ändern sich auch die Bewertungen der Zuschläge. Das macht beim Zuschlag für die Einzelsitzung nun zwei Punkte aus, das entspricht 23 Cent. Er steigt von 139 auf 141 Punkte. Die Zuschläge für die Gruppensitzungen, die Akutbehandlung und die Psychotherapeutische Sprechstunde steigen entsprechend. (UB)

Verpflichtende Berufshaftpflichtversicherung wird scharf gestellt

Der Gesetzgeber hat in SGB V §95e die Verpflichtung für alle Vertragsbehandelnden festgelegt, sich über eine Berufshaftpflichtversicherung ausreichend gegen sich aus ihrer Berufsausübung ergebende Gefahren zu versichern. Die Mindestversicherungssumme muss drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall betragen. Empfohlen werden aber höhere Summen. Dabei ist durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, dass ein ausreichender Versicherungsschutz besteht.

Die Zulassungsausschüsse werden bis zum 20. Juli dazu auffordern, dies innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommt man dem nicht nach, kann die Zulassung im schlimmsten Fall ruhend gestellt werden. Auch im Rahmen eines Zulassungs- beziehungsweise Nachbesetzungsverfahrens muss nun dem Antrag auf Zulassung ein Versicherungsschein beigelegt werden. (UB)

Der bvvp bietet Mitgliedern entsprechende Versicherungen zu einem günstigen Gruppentarif an.

<https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>

Europäischer Gesundheitsdatenraum – Zeitenwende für die (ärztliche) Schweigepflicht?

Die Diskussion um die Nutzung elektronisch gesammelter Gesundheitsdaten wird weiterhin kontrovers geführt. Dem immer größer werdenden Wunsch von Industrie und Forschenden nach der sogenannten „sekundären Nutzung“ stehen Datenschutzbedenken gegenüber. Aktuell befasst sich die Europäische Kommission mit einem Verordnungsentwurf, von dem sich vor allem Forschende Fortschritte bei personalisierten Behandlungen und damit eine bessere Gesundheitsversorgung von Patient*innen mit seltenen oder chronischen Krankheiten erhoffen.

Nach dem Kommissionentwurf sollen all jene, die solche Daten sammeln (Behandelnde, Anbieter von Gesundheits-Apps oder Smartwatches) gesetzlich dazu verpflichtet werden, ein Register ihrer Datensätze zu erstellen und dieses den geplanten nationalen Zugangsstellen für Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen. In Deutschland sollen diese Daten an das Forschungsdatenzentrum FDZ Gesundheit übermittelt werden. Dieses entscheidet dann je nach Antrag der Forschenden, ob es die Daten pseudonymisiert oder anonymisiert weitergibt. Über die Art und Qualität des anzuwendenden Pseudonymisierungs- beziehungsweise Anonymisierungsverfahrens ist derzeit jedoch noch nichts bekannt.

Problematisch am Kommissionentwurf ist die Tatsache, dass von ärztlicher Schweigepflicht und dem Patientengeheimnis kaum noch die Rede sein kann, wenn die Daten laut Kommissionentwurf bei den nationalen Kontaktstellen in der Form vorliegen, wie sie in der Gesundheitsakte erfasst sind. Damit bricht der EHDS mit dem Grundsatz, dass das Patientengeheimnis und somit die ärztliche Schweigepflicht oberste Priorität haben und die Datenverarbeitung nachrangig ist. Hinzu kommt, dass Auskunfts- und Widerspruchsrechte der Patient*innen im Entwurf nicht berücksichtigt werden, damit haben sie kein Recht mehr, dem Datentransfer zu widersprechen. Fast schon aberwitzig scheint der Vorschlag der Kommission, dass sich die Datensammelstellen, also die Electric-Healthcare-Record-Systeme, selbst zertifizieren sollen. Es heißt also einmal mehr: Achtung, wenn um die Frage geht, welche Daten wir als Patient*innen digitalisiert wissen wollen – und welche nicht! (MH)

Eine ausführliche Fassung dieses Artikels im Bonusmaterial finden Sie auf unserer Homepage: <https://bvvp.de/service/bonusmaterial/>

Zur psychotherapeutischen Versorgung in der Zukunft

von **Ulrike Böker**

TSGV, das letzte große Gesundheitsgesetz, beglückte uns 2019 mit der verpflichtenden Einrichtung von Terminservicestellen zur schnelleren Terminvergabe für gesetzlich Versicherte. Weitere Inhalte waren die gesetzliche Beauftragung der Entwicklung eines QS-Instruments für die ambulante Psychotherapie sowie der Erarbeitung der sogenannten Komplex-Richtlinie KSVPsych-RL. Nun kündigte Gesundheitsminister Lauterbach für dieses Jahr die Versorgungsgesetze I und II an, die unter anderem die psychotherapeutische Versorgung adressieren. Eines der Ziele soll sein, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen schnelleren Zugang zur Behandlung finden. Dies steht schon im Koalitionsvertrag der Ampelregierung: „Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher.“ Als weitere Ziele formulierten die Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie

Vorwürfe – resistent gegen alle sie widerlegenden Fakten

die Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten. Man darf gespannt sein, ob auch diese Inhalte in einem der geplanten Versorgungsgesetze zu finden sein werden und was dem Gesetzgeber sonst noch zur vermeintlichen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung einfällt.

Die Vorboten sind durchaus besorgniserregend. Denn auch Gesundheitsminister Karl Lauterbach stimmte kürzlich in den Krankenkassen-Chor der Vorwürfe an

die Psychotherapie ein, indem er verkündete, dass die Zulassung von mehr Kassensitzen allein nicht helfen werde, denn in psychotherapeutischen Praxen würden „leichte Fälle über längere Zeit“ behandelt. Aus dem Lager der Krankenkassen kennen wir diese Vorwürfe schon lange, und sie erweisen sich als resistent gegen alle sie widerlegenden Fakten. Von Kassenseite kamen denn auch erst kürzlich wieder Vorschläge, denen wir nur mit erstauntem Kopfschütteln begegnen können, enthalten unter anderem im Positionspapier zur „Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung“ von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, des Verbands der Ersatzkassen e. V. (<https://t1p.de/fg3d6>)

Der Kompetenzkreis des bvvp „Versorgung der Zukunft“ beschäftigt sich seit einiger Zeit intensiv mit der Frage, welche Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wichtig und sinnvoll sein können. Zunächst muss konstatiert werden, dass die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gut und in ihrer Qualität weltweit einmalig ist. Psychotherapie ist eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen, und sie gewährt einen Umfang an Sitzungen, der dem individuellen Bedarf in den allermeisten Fällen gerecht wird. Gleichzeitig stellt eine Psychotherapie hohe Anforderungen an die Patient*innen, was zum Beispiel deren Reflexionsfähigkeit, Veränderungsmotivation und Verlässlichkeit betrifft. Nicht alle Menschen mit psychischen Erkrankungen sind für eine Richtlinienpsychotherapie geeignet, gerade die Veränderungsmotivation ist nicht immer gegeben. Diese Einschränkung betrifft insbesondere Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf. Richtlinienpsychotherapie kann auch nicht dazu dienen, fehlende Beratungsangebote, den Mangel an

Psychiater*innen und schon gar nicht gesellschaftliche Fehlentwicklungen aufzufangen. Die Psychotherapie ist kein Reparaturbetrieb! Die Förderung des Nachwuchses an P-Fachärzt*innen sollte aus unserer Sicht übrigens ein vorrangiges Ziel der Politik sein. Gerade Patient*innen mit schweren psychischen Störungen benötigen in den allermeisten Fällen eine gemeinsame Behandlung durch eine*n Psychiater*in zur Verordnung von Medikamenten und eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten für die psychotherapeutische Behandlung.

Eine klare Definition dessen, was Aufgabe der Psychotherapie ist

Erforderlich ist unseres Erachtens also neben der deutlichen Benennung dessen, was Psychotherapie kann – und das mit hoher Wirksamkeit und zur großen Zufriedenheit der Patient*innen – eine klare Definition dessen, was ihre Aufgabe ist. Damit verbunden ist dann auch die Abgrenzung gegenüber anderen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten.

In diesem Zusammenhang sieht der bvvp den alleinigen Ruf nach immer mehr Sitzen kritisch, denn so wird zwangsläufig der Eindruck vermittelt, der Bedarf sei nie zu decken. Dies provoziert geradezu den Ruf nach Gegenmaßnahmen: Die Notwendigkeit einer Steuerung von außen wird betont, und weitere Formen der Reglementierung werden erdacht, wie sie zum Beispiel in oben erwähntem Papier des vdek formuliert sind. Die Profession muss unseres Erachtens eigene Vorschläge einbringen, in die die Überarbeitung der Bedarfsplanung als eine Maßnahme eingebettet ist. So lässt sich die Forderung nach einer getrennten Beplanung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gut begründen, da dort Mitversorgereffekte nicht bestehen. Diese werden aber in der bisherigen Beplanung der Psychotherapeut*innen-Gesamtgruppe angenommen, was zu einer großen Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Planungstypen I und V führt. Im Typ I „stark mitversorgend“ wird der vermeintliche Bedarf mit einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin je 3.173 Einwohnern festgelegt, im Typ III „stark mitversorgt“ wird eine*r je 6.390 Einwohnern angegeben. Hier sollte man sich an den Kinder- und Jugendärzt*innen orientieren, bei denen sich die Verhältniszahlen zwischen den Planungstypen nicht unterscheiden. Zudem können längere Wartezeiten bei Kindern und Jugendlichen tatsächlich nicht in Kauf genommen werden. Denn dort ist das Entwicklungsgeschehen ein vollkommen anderes als bei Erwachsenen. Werden wichtige Entwicklungsschritte versäumt, riskiert man in besonderem Maße Chronifizierungen. Gleichzeitig ist es gerade bei

Kindern und Jugendlichen wichtig, präventive Angebote erheblich auszuweiten. Die investierten finanziellen Mittel zahlen sich mittel- und langfristig vielfach aus.

Das zeitnahe Angebot der Psychotherapeutischen Sprechstunde gewährleistet eine Erstabklärung. Hier kann entschieden werden, ob ein anderes Versorgungsangebot indiziert ist, ob dringender Behandlungsbedarf besteht oder ob eine Wartezeit zumutbar ist. Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist somit ein bereits bestehendes hocheffektives und sinnvolles Steuerungsinstrument. Weitere sind nicht nur unnötig, sie würden auch zusätzliches Geld benötigen und zusätzliche Schnittstellenprobleme verursachen. Für die Steuerung in unserer eigenen Hand sind wir Psychotherapeut*innen aufgefordert, Psychotherapeutische Sprechstunden in ausreichendem Umfang anzubieten und eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten. Gleichzeitig ist der Zugang über die Terminservicestellen gesetzlich festgelegt und als zweiter Weg in die Praxen etabliert. Für einige Patient*innen mag er tatsächlich die Hürde zur Psychotherapie verringern.

Ein umfangreicheres Angebot zur Erstabklärung wird allerdings dazu führen, dass noch mehr Behandlungsbedarf festgestellt und dokumentiert wird. Dessen sollten sich auch die Kostenträger bewusst sein. Bei den Erwachsenen ist eine moderate Wartezeit bis zum Therapiebeginn in den meisten Fällen deutlich eher vertretbar als bei Kindern und Jugendlichen. Sie unterstreicht außerdem die Notwendigkeit der aktiven und längerfristigen Mitarbeit der Patient*innen, denn Richtlinien- und Richtlinientherapie ist eben nicht auf oberflächliche Lebensberatung ausgerichtet. Wichtig ist zudem, dass die Schwere der Erkrankung nicht mit der Dringlichkeit der Behandlung gleichzusetzen ist. Wird in den Psychotherapeutischen Sprechstunden akuter Behandlungsbedarf festgestellt, dann kommen die Patient*innen auch schnell in Behandlung. Eine Priorisierung nach Schwere der Erkrankung lehnen wir entschieden ab, da dies Patient*innengruppen gegeneinander ausspielen würde. Ein solches Vorgehen wird auch in keinem anderen Bereich der medizinischen Versorgung gefordert.

Es braucht Angebote über die genehmigungspflichtige Psychotherapie hinaus

Um die Verantwortung für ein breiteres Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Störungen übernehmen zu können, braucht es Angebote über die genehmigungspflichtige Psychotherapie hinaus. Dazu gehören Gesprächsziffern in ausreichendem Umfang, deren Vergütung an die genehmigungspflichtige

Psychotherapie angepasst ist. Entsprechende Leistungen können zum Beispiel in Krisen als schnelle und niederschwellige Intervention dienen, aber auch der langfristigen Begleitung im Sinne einer Anbindung und Stabilisierung, was gerade für Menschen mit schweren Erkrankungen wichtig ist. Erforderlich sind zudem niederschwellige Gruppenangebote, die flexibel eingesetzt werden können, zum Beispiel zur Überbrückung von Wartezeiten, für Akutbehandlungen im Gruppensetting oder für Angehörigengruppen. Dafür ist es wichtig, dass die Nachqualifikation in Gruppenpsychotherapie in der eigenen Praxis stattfinden kann und dass sie in großem Umfang in Anspruch genommen wird.

Besonderes Augenmerk sollte auf die Schnittstelle zwischen der stationären Behandlung und der ambulanten weiterführenden Psychotherapie gelegt werden. Denn eine schnelle Anschlussbehandlung ist tatsächlich wichtig, um Therapieerfolge erhalten, stabilisieren und gegebenenfalls vertiefen zu können. Bei der Diskussion um die Versorgung der Zukunft sollte nicht vergessen werden, dass die zukünftige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin bzw. zum Fachpsychotherapeuten für umfangreichere Versorgungsaufgaben qualifiziert, dass die Gruppenqualifikation hier obligatorischer Inhalt sein wird und dass, nach Klärung der Finanzierung, Weiterbildungsassistent*innen in bedeutender Zahl zur Versorgung beitragen werden, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Aber auch außerhalb der Praxen und des SGB V braucht es, wo noch nicht vorhanden, den Ausbau umfassender ergänzender niederschwelliger Angebote. Dies sind zum Beispiel Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Behindertenhilfe, Hilfen für die berufliche (Re-)Integration, Familien- und Erziehungsberatung, gesetzliche Betreuung, Hilfen für Migrant*innen/Geflüchtete inklusive Sprachmittlung, Schuldner- und Suchtberatung, Sekteninfo, Selbsthilfe, Unterstützung bei Wohnproblemen/Wohnungslosigkeit, Senior*innenberatung, Krisentelefone und -dienste oder Krisennetzwerke. Für eine Übersicht über die regionalen Angebote könnten die Kommunen die Verantwortung übernehmen. Sind in diesen Bereichen ausreichende und flexible Angebote vorhanden, wird dies unseres Erachtens den Druck auf die psychotherapeutischen Praxen deutlich reduzieren.

Das Positionspaper des bvvp finden Sie hier:
<https://t1p.de/slzny>

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

Hannover	08.-10.09.2023
München	20.-22.10.2023
Nürnberg	09.-11.11.2023
Uelzen	10.-12.11.2023
Köln	16.-18.11.2023
Online	05.-07.10.2023

 **Infos und Anmeldung
auf emdr.de**

Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99
E-Mail: info@emdr.de

**Wir freuen uns auf Ihre
Teilnahme!**

Praxisstillstand durch Unfall, psychische oder physische Erkrankungen – was dann??

Für in eigener Praxis tätige Psychotherapeutinnen und –therapeuten ist das Risiko eines Ausfalls bei Erkrankung oder Unfall besonders relevant, da die meisten in Einzelpraxen arbeiten. Fällt der/die Praxisinhaber/in aus, versiegen die Einnahmen vollständig. Praxisfixkosten (Miete, Betriebskosten, Buchhaltung, Kreditraten, Beiträge für das Versorgungswerk u.v.m.) und private Lebenskosten müssen jedoch weiterhin bezahlt werden. Eine Vertretung ist kaum möglich, da Therapeuten in der Regel eine besonders enge Patientenbindung haben. Aber selbst wenn es eine Vertretung gibt, muss diese auch bezahlt werden. Dazu kommt bei gesetzlich Krankenversicherten noch die Thematik, dass das Krankengeld erst ab der 7. Woche greift, sich am Nettoeinkommen orientiert und mit 112,88 Euro gedeckelt ist.

Den im Falle eines längerfristigen Ausfalls oft existenzbedrohenden Kosten wirkt eine Praxisunterbrechungsversicherung (P.U.V) entgegen, wie Thomas Cerny, Prokurist der Dr. Rinner & Partner GmbH, erläutert.

Was bietet Dr. Rinner & Partner für in eigener Praxis tätige Psychotherapeuten an?

T.C.: Wir haben mit der R+V Versicherung Wiesbaden ein exklusives Produkt auf den Markt gebracht, welches das Risiko der Erkrankung oder des Unfalls perfekt abdeckt. Wir bezahlen einen Tagsatz der frei wählbar ist, aber in Relation zu den Praxiseinnahmen und den Praxiskosten steht.

Wie leistungsfähig ist diese Absicherung?

T.C.: Unser Produkt ist sehr kostengünstig kalkuliert, Psychotherapeuten bekommen den Arzttarif. Der Versicherte kann z.B. deutliche Beitragsreduktionen durch längere Karenzfristen erreichen, bei denen trotzdem sofortige Leistung nach einem 72-stündigen stationären Aufenthalt vereinbart gilt.

Gibt es viele vergleichbare Produkte?

T.C.: Nein, die wenigen Mitbewerber hinken teilweise in der Leistung und im Angebot deutlich nach. So ist beispielsweise bei uns bis zum Eintrittsalter 58 Jahre eine Versicherungsdauer von 10 Jahren möglich, welche einen echten Sicherheits-Mehrwert bietet, da der Versicherungsvertrag nicht ab dem dritten Jahr jährlich kündbar ist. Auch ist bis zu einer Versicherungssumme von 75.000 Euro eine Pauschalentschädigung vereinbart, die den Prüfungsprozess im Leistungsfall deutlich beschleunigt.

Wie genau funktioniert Ihre P.U.V? Welche Risiken werden damit abgesichert?

T.C.: Abgesichert ist das Risiko des Ausfalls des Praxisinhabers durch Krankheit oder Unfall. Unsere P.U.V ist vor allem auf die Absicherung

der fortlaufenden Praxiskosten und nicht versicherte Einkommensanteile ausgerichtet. Damit ist sie eine ideale Ergänzung zum Krankentagegeld.

In welchen Fällen greift die P.U.V?

T.C.: Am besten erkläre ich das an einem Beispiel: Eine Darmblutung bei einer Therapeutin, 47 Jahre alt, erfordert die umgehende Operation. Die Praxis war 55 Tage stillgelegt. Die Leistung der Versicherung in Höhe von 11.000 Euro deckt die laufenden Kosten und die Kreditraten. Bedingt durch die Art der Diagnose kam es im Rahmen der Akutversorgung zu einem Krankenhausaufenthalt, der einen Leistungsanspruch ab dem 1. Tag zusichert.

Wie läuft die Schadensabwicklung ab?

T.C.: Die Abwicklung ist unkompliziert. Wenn nach einem Leistungsfall die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bzw. ergänzende Atteste vollständig an unser Servicebüro eingereicht werden, erfolgt die Leistung in der Regel binnen weniger Tage.

Was bedeutet Kündigungsverzicht?

T.C.: Unsere Schadensstatistik zeigt, dass unglaublich viele Versicherte an schwersten Erkrankungen leiden. Allein für Leistungsfälle bei Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Hepatitis oder Bandscheibenvorfall hat unser Versicherer in den letzten 4 Jahren über 4 Millionen Euro gezahlt. Nachdem der Sachversicherungscharakter vorliegt, könnten solche Versicherungsprodukte nach dem Leistungsfall gekündigt werden. Bei unserer P.U.V gibt der Versicherer die Garantie ab, dass nach einem Leistungsfall bei definierten schweren Erkrankungen Kündigungsschutz besteht.

Was muss man noch wissen?

T.C.: Auch psychische Erkrankungen fallen unter den Versicherungsschutz, können auf Wunsch jedoch beitragsmindernd abgewählt werden. Zusätzlich bietet die P.U.V eine Leistung bei Wiedereingliederung sowie eine umfassende Nachhaftung bei Berufsunfähigkeit und Tod für Praxisauflösungskosten.

Für BVVP-Verbandsmitglieder gewähren wir einen Beitragsnachlass in Höhe von 5 %!

BEISPIEL

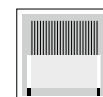
Psychotherapeutin, Nichtraucherin,
40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 136,00
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 50.000,00
Jahresbeitrag:	€ 543,60
Beitrag pro Monat:	€ 45,30

AUSFÜHRLICHE INFORMATIONEN

entnehmen Sie dem beiliegenden Flyer, bzw. erhalten Sie Ihr persönliches Angebot direkt bei:

Dr. Rinner & Partner GmbH
Leonhardsweg 4, 82008 Unterhaching
Tel. 089/665 99 310
E-Mail office@dr-rinner.de



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

www.dr-rinner.de

Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Uns alle versetzt dieses Thema in große Sorge. Wie ist der aktuelle Stand? Die Nachbeauftragung des G-BA für den Patient*innenfragebogen ist in Bearbeitung. Wie gewohnt hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) dafür ein Expertengremium aus Praktiker*innen aller Verfahren einberufen, das die Ideen des IQTiG kritisch bewerten soll. Wir erinnern uns: Neben der Überprüfung der Frage, ob Patient*innen, die eine Gruppenpsychotherapie oder eine Systemische Therapie erhalten haben, für das QS-Instrument geeignet sind, wurde dem IQTiG sehr deutlich auferlegt, ein im Umfang reduziertes Instrument anzustreben, damit ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis sichergestellt wird. Des Weiteren soll es schlüssig darstellen, worin Qualitätsdefizite der Psychotherapie bestehen und wo – auf diese bezogen – Verbesserungspotenziale auszumachen sind. Ebenso muss der Zusammenhang zwischen Indikatorergebnissen und der tatsächlichen Behandlungsqualität klar ersichtlich werden. Außerdem ist sicherzustellen, dass die Patientenbefragung nicht in den psychotherapeutischen Behandlungsprozess eingreift. All diese Punkte sind ganz im Sinne der Kritik der Verbände. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5795/>

Das gesamte QS-Instrument soll nun zunächst im Rahmen einer umfangreichen Erprobungsphase von mehreren Jahren innerhalb einer Modellregion evaluiert werden. Nordrhein-Westfalen soll diese

Modellregion werden – alle anderen Regionen bleiben bis mindestens 2030 erst einmal verschont. Das IQTiG muss nun die Spezifikation für die Dokumentation innerhalb der PVS-Systeme sowie die Vorgaben für die Evaluation der Modellregion ausarbeiten. (UB)

Arbeitsgruppe Selbstbestimmtes Sterben im GK II

Ziel der neu gebildeten Arbeitsgruppe ist nicht der Versuch, auf den Gesetzgebungsprozess Einfluss zu nehmen, sondern es geht um die Frage, welche Aufgaben auf Psychotherapeut*innen infolge der zu erwartenden Gesetzgebung möglicherweise zukommen werden.

Das Thema wurde kontrovers diskutiert. Übereinstimmung konnte dahingehend erzielt werden, dass auf Psychotherapeut*innen die Aufgabe einer sorgsam und verantwortungsbewussten Abwägung zukommen könnte. Dabei gehe es darum, einerseits Sterbewillige nicht zu verurteilen und ihren Willen im Einklang mit der zu erwartenden Gesetzgebung zu respektieren, andererseits aber auch etwaige fremdbestimmte Anteile am Sterbewunsch zu identifizieren, einem sozialen Erwartungsdruck entgegenzuwirken und nach Perspektiven zu suchen, die eine Weiterführung des Lebens ermöglichen.

Offen bleibt die Frage, ob bzw. inwiefern es mit dem Berufsbild eines Heilberufs der Psychotherapeut*innen oder Ärzt*innen vereinbar ist, an den Richtlinien mitzuwirken, die letztlich die Rahmenbedingungen für eine selbstbestimmte und selbst herbeigeführte Tötung bilden werden. Aus ärztlicher Perspektive wurden Zweifel daran geäußert, wobei einer der Gesetzesentwürfe, die vorliegen, eine vorherige ärztliche Begutachtung als Voraussetzung für das selbstbestimmte Sterben vorsieht.

Konsens konnte dahingehend erzielt werden, dass unter dem Dach der Kammern Fortbildungsangebote zu dieser Thematik etabliert werden sollten. Das berufsgruppen- und verfahrensübergreifende Ringen um gemeinsame Perspektiven auf dieses ethisch überaus herausfordernde Thema wird in der Arbeitsgruppe des GK II weiter fortgesetzt. (RM)

BVVP-DELEGIERTENVERSAMMLUNG

Vorstandswahl und starke politische Positionierung

von **Anja Manz**

Was sofort auffiel bei der diesjährigen Frühjahrsdelegiertenversammlung des bvvp am 24./25. März: Sie war besonders gut besucht, und die Stimmung war geprägt von der Freude, einander wieder leibhaftig begegnen und zusammen an die berufspolitische Arbeit gehen zu können.

Fast 80 Personen – Delegierte der 17 Landesverbände, Vertreter*innen des Jungen Forum, Gäste und Bundesvorstandsmitglieder – waren nach Mainz angereist. Ein ganz besonderer Tagesordnungspunkt prägte die Agenda: die Neuwahl des Bundesvorstands, die satzungsgemäß alle zwei Jahre stattfindet. Selbstverständlich waren im Vorfeld Wahlkabinen aufgebaut und alle weiteren Voraussetzungen für eine geheime Wahl getroffen worden.

Nachdem der Vorstand entlastet worden war und sich die Kandidat*innen mit ihren Positionen vorgestellt hatten, stand für die Delegierten der Gang zur Wahlurne an. Als einziger Kandidat für das Amt des Bundesvorsitzenden trat Benedikt Waldherr an, der dem bvvp bereits seit sechs Jahren vorsteht. Die Delegierten gaben ihm erneut ihr Votum. Der in Landshut niedergelassene Verhaltenstherapeut drückte seine Freude über die Wiederwahl aus und versprach: „Unsere Mitglieder können sicher sein, dass wir uns weiterhin engagiert für ihre Interessen einsetzen. Das gilt natürlich mit Blick auf die Vergütung, aber auch auf die großen Herausforderungen der Profession, wie zum Beispiel

die Sicherstellung einer guten flächendeckenden Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie oder die Sicherung von gerechten Weiterbildungsbedingungen.“

Als neue stellvertretende Vorsitzende wurden zum einen der bisherige Beisitzer im Bundesvorstand, der Psychologische Psychotherapeut Mag. rer. nat. Mathias Heinicke, gewählt und zum anderen das bisherige Vorstandsmitglied Dr. med. Reinhard Martens, der als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätig ist. Beide sind seit Langem berufspolitisch aktiv und bestens vernetzt: Mathias Heinicke vertritt Nordwürttemberg im bvvp-Landesvorstand Baden-Württemberg, ist Experte für Digitalisierung und Datenschutzfragen im bvvp und außerdem in verschiedenen Gremien aktiv, wie im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Reinhard Martens ist Mitglied im Landesvorstand des bvvp Sachsen und ebenfalls in mehreren berufspolitischen Gremien aktiv, unter anderem als Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV.

Außerdem wurden dieses Mal gleich vier Beisitzerinnen gewählt: Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Ariadne Sartorius, die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie Dr. med. Bettina van Ackern, die Psychologische Psychotherapeutin Ulrike Böker und die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel. Im Amt des Schatzmeisters bestätigt wurde der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. Michael Brandt. Der Psychologische Psychotherapeut Rainer Cebulla, der sich bereits zuvor im Vorstand engagierte, wurde in das Amt des Schriftführers gewählt. Erneut kooptiert wurde die Psychologische Psychotherapeutin Eva-Maria Schweitzer-Köhn. Die Vertretung des Jungen Forum durch eine Kooptierung soll innerhalb der Amtsperiode folgen. Das neue schlagkräftige bvvp-Führungsteam wurde gebührend gefeiert. Doch bevor angestoßen und zur Musik des eigens engagierten Discjockeys getanzt wurde, galt es, vier Aktive aus dem Bundesvorstand zu verabschieden und mit Blumen, Geschenken und vor allem würdigenden Worten zu ehren.

Der Freiburger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Martin Klett prägte als Gründungsmitglied des bvvp die Geschicke des Verbands von Beginn an mit. Ihm wurde große Anerkennung für sein jahrelanges Engagement, seine Arbeit im geschäftsführenden Vorstand und seine Tätigkeit als redaktionell Verantwortlicher für das bvvp-Mitgliedermagazin ausgesprochen.

Eine herzliche Verabschiedung wurde auch dem Psychologischen Psychotherapeuten Tilo Silwedel zuteil. Jahrzehntlang hatte er sich im Verband engagiert. Er war nicht nur als Schriftführer, sondern besonders als Rechtsexperte von großer Bedeutung für den bvvp, der ihm eine Vielzahl erfolgreicher Klageverfahren für eine gerechtere Vergütung verdankt, wie Benedikt Waldherr hervorhob.

Ihren Abschied aus dem Vorstand nahm zudem Dr. med. Elisabeth Störmann-Gaede, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Sie war seit Jahrzehnten als Expertin für Vergütung aktiv – insbesondere als Autorin der Broschüre „EBM-Infopaket Plus“ – und wird dem bvvp erfreulicherweise als Vorstandsbeauftragte für die Themenfelder Vergütung und Zulassungsrecht erhalten bleiben. Zudem ist sie weiterhin als Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV und im Vorstand des bvvp Westfalen-Lippe tätig.

Großen Dank sprach der Vorstand auch der Psychologischen Psychotherapeutin Erika Schneider-Kertz für ihren starken Einsatz für den Verband aus. Die Vorsitzende des Landesverbands Nordrhein gehörte seit Anfang 2022 dem Bundesvorstand an.

Wichtige Resolutionen verabschiedet

Natürlich wurde auch auf dieser Delegiertenversammlung wieder um den richtigen berufspolitischen Weg gerungen – angesichts vieler Herausforderungen, denen sich die Profession stellen muss. So wandten sich die Delegierten in einer Resolution entschieden gegen Behauptungen der Krankenkassen, dass Psychotherapeut*innen die falschen Patient*innen zu lange behandelten. Sie verwahrten sich gegen Aussagen von Bundesgesundheitsminister Lauterbach, denen zufolge in der ambulanten Psychotherapie vor allem „leichte Fälle über längere Zeit“ versorgt würden. Keinesfalls dürften Patient*innengruppen gegeneinander ausgespielt werden, betonten die Delegierten.



Der neu gewählte bvvp-Bundesvorstand

In einer weiteren Resolution forderten sie gute und rechtskonforme Rahmenbedingungen in der Weiterbildung für die angehenden Psychotherapeut*innen aller Grundberufe. Es dürfe nicht sein, dass diese die hohen Kosten für verpflichtende Bestandteile der zukünftigen Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen – wie Supervision, Selbsterfahrung und Theorieseminare – weiterhin neben ihrer regulären Arbeitszeit in der Freizeit erwirtschaften müssten. Derartige Missstände müssten dringend behoben werden.

Ob im Ringen um die richtige Formulierung, in der Kleingruppenarbeit oder beim Feiern – der persönliche Austausch unter den Delegierten der 17 Landesverbände kam auch bei dieser Delegiertenversammlung nicht zu kurz. „Wie in der Therapie“, brachte es Benedikt Waldherr auf den Punkt: „Es geht eben nichts über die Face-to-face-Begegnung.“

Mein erster Besuch einer bvvp-Delegiertenversammlung

Von Cevin Pleines

An einem sonnigen Apriltag im letzten Jahr hatte ich die Freude, Benedikt Waldherr anlässlich einer Veranstaltung der KV in Bremen kennenzulernen. Nach der sehr herzlichen Begegnung mit dem bvvp-Vorstandsvorsitzenden wurde ich gleich eingeladen, persönlich eine bvvp-Delegiertenversammlung zu besuchen. Die Delegiertenversammlung im März stellte sich als hervorragende Möglichkeit heraus, den Verband kennenzulernen.

Direkt nach dem Einchecken wurde ich – obwohl ja noch unbekannt - von sehr freundlichen Mitgliedern aus Westfalen-Lippe mit einem Kaffee an der Bar begrüßt und sofort integriert. Kurz bevor die ersten Gruppen mit ihrer Arbeit starteten, wurde mir von den Mitgliedern aus dem neu gegründeten Landesverband Sachsen-Anhalt begeistert von ihrer Gründung, den Hürden auf dem Weg dorthin und der großartigen, unterstützenden Begleitung durch den Bundesverband berichtet. Als PiA nahm ich natürlich als Erstes an der Gruppenarbeit des Jungen Forum teil. Alle Teilnehmenden nahmen mich offen auf und beantworteten meine Fragen ausführlich. Es herrschte ein gutes Klima und eine Aufbruchsstimmung, die mich gleich ansteckte. Viele kreative Ideen, wie der Nachwuchs ideal im Verband integriert werden und Einfluss nehmen könnte, wurden ausgetauscht und angeregt diskutiert. Ebenfalls angenehm blieb mir in Erinnerung, wie sich die Teilnehmenden in der Gruppe „Neu im Landesvorstand“ austauschten. Auch hier wurden die Fragen und Anregungen ernst genommen und diskutiert und zum Teil gleich Lösungen angeboten. In den Pausen hatte ich die Möglichkeit, weitere bvvp-Mitglieder kennenzulernen. Am Abend wurde miteinander getanzt, sogar gemeinsam gesungen: alles generationenübergreifend. Insgesamt verlief der Prozess des Kennenlernens total unkompliziert und schnell: herzlich, echt und von



Angesicht zu Angesicht. Am letzten Tag fiel mir auf, wie gut abgestimmt und sorgfältig vorbereitete Berichte und Anträge vorlagen. Fragen der Mitglieder wurden geduldig beantwortet und die Diskussionen waren von der Suche nach einem Konsens, dabei immer von einer guten Portion gesunden Menschenverstands geprägt. Prima.

Über die Zeit nahm ich recht deutlich wahr, dass im bvvp ernsthaft versucht wird, Brücken zwischen den unterschiedlichen Meinungen und Generationen zu bauen. Mein Eindruck nach der DV, die mir noch lange in Erinnerung bleiben wird, ist, dass ich viele freundliche, hilfsbereite und sehr kompetente Menschen treffen durfte, die für ehrliche und kontroverse Diskussionen offen sind, was den bvvp zu einem besonderen Verband macht. Heutzutage ist das leider keine Selbstverständlichkeit mehr. Beeindruckend auch der ernstgemeinte Wille zum Konsens, auch bei unterschiedlichen Anliegen der Generationen oder Themen mit Polarisierungspotenzial. Leider musste das geplante Programm aus Zeitgründen gekürzt werden. Schade. Ich freue mich schon jetzt auf künftige interessante Treffen und Gelegenheiten, weiteren Mitgliedern des bvvp persönlich zu begegnen. Vielen Dank, Benedikt Waldherr, für diese tolle Einladung.

Psychotreff – die Online-Veranstaltungsreihe des Jungen Forum

Interview mit **Jule Schmitt**, Mitglied des Sprecher*innenteams des Jungen Forum

bvvp: Liebe Jule, was verbirgt sich hinter dem Veranstaltungsformat bvvp-Psychotreff?

Jule Schmitt: Wir haben die Reihe Anfang des Jahres begonnen. In monatlichen Veranstaltungen informieren wir über Themen rund um die Aus- und Weiterbildung und die ersten Schritte im Beruf. Im Anschluss möchten wir mit den Teilnehmenden diskutieren und ihnen Möglichkeiten zur Vernetzung bieten. Wir wollen aktuelle Themen im Kontext der Psychotherapie aufgreifen, die viele Menschen beschäftigen, und zeigen, dass wir gemeinsam Dinge verändern können. Unsere Überzeugung ist, dass es dazu animiert, sich zu engagieren, wenn man sich regelmäßig über diese Themen austauscht, und dass dies Entlastung im Studiums- oder Berufsalltag bringen kann. Die Veranstaltungen finden jeden Monat statt – mit einer kurzen Sommerpause.

An wen richtet sich das Angebot des Psychotreff?

JS: An alle Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) und in Weiterbildung (PtW), an alle Ärzt*innen in Weiterbildung sowie an Psychotherapie- und Medizinstudierende. Grundsätzlich steht die Teilnahme allen offen, die sich für aktuelle Themen rund um den beruflichen Bereich der Psychotherapie interessieren. Auch Nicht-Mitglieder, die uns kennenlernen wollen, sind herzlich eingeladen. Gerne wollen wir ihnen zeigen, wie wir sie als Mitglied bestmöglich unterstützen können. Mitglieder haben Zugriff auf umfangreiches Material auf den internen Seiten des bvvp und des Jungen Forum, so zum Beispiel auf die Vortragsfolien und Audio-Aufzeichnungen der Psychotreff-Veranstaltungen.

Wie viel kostet die Teilnahme?

JS: Sie ist kostenfrei, weil wir die Themen und Informationen allen zugänglich machen möchten. Wir freuen uns über alle, die Interesse an den vorgestellten Themen zeigen, über jedes bekannte und jedes neue Gesicht.

Welche Inhalte werden im Psychotreff vermittelt?

JS: Wir behandeln die unterschiedlichsten Themen rund um das Studium sowie die Aus- und Weiterbildung und unterstützen bei den ersten beruflichen Schritten. In den bisherigen Veranstaltungen ging es zum Beispiel um die Stellung von PiA und Psychotherapiestudierenden im Gesetz sowie um das Thema PiA im Streik. Hier gaben wir einen Bericht über die Tarifverhandlungen für die PiA an den Unikliniken in Baden-Württemberg. Im April ging es um das Thema „PiA und Psychotherapiestudierende in der Berufspolitik: Wie sind die Gremien vernetzt?“ Bei unserer nächsten Veranstaltung am 21. Juni „PT-Zeit und Praktikum: „Was dürfen PiA und Studierende?“, zu der man sich gerne noch anmelden kann, beschäftigen wir uns natürlich auch mit der Frage, welche Aufgaben nicht übernommen werden dürfen.



Nehmen Sie an unserem bvvp-Psychotreff teil!

PT-Zeit und Praktikum:

Was dürfen PiA und Studierende?

21. Juni 2023 ab 19.30 Uhr



Alle Daten und Anmelde-links finden Sie auf unserer Homepage:
<https://bvvp.de/junges-forum/bvvp-psychotreff/>



Ein Tipp:
Wenn Sie sich in unserer PiA-Mailingliste anmelden, werden Sie immer zeitnah über unsere Veranstaltungen informiert und können sich zudem untereinander austauschen:
<https://bvvp.de/pia-mailingliste/>

Das Ha-Handbuch der Psychotherapie – Witze ganz im Ernst

Wie schön ist es, mal wieder zu lachen! Gerade in diesen schweren Zeiten, möchte man anfügen und müsste sich doch gleich korrigieren: Die schweren Zeiten sind immer aktuell, das wissen wir von den früheren Generationen.

Das Ha-Handbuch der Psychotherapie lädt zum Schmunzeln und zum Perspektivwechsel ein und ist dadurch exzellent geeignet zur Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen. Autor des Buches ist Bernhard Trenkle, Psychotherapeut, Autor und Publizist, ehemaliges Vorstandsmitglied der Milton-Erickson-Gesellschaft (MEG) für klinische Hypnose Deutschland und aktuell Vorstand der International Society of Hypnosis (ISH). Er schreibt selbst, dass das Buch eher das Ha-Handbuch der Hypno- und Familientherapie heißen sollte, da sich die meisten Kapitel auf die Hypnotherapie im Familiensystem beziehen. Viele Witze sind jedoch im Lebensalltag verortet und zielen auf die Komik im Zwischenmenschlichen ab.

Es ist ein leichtes Buch mit wenig tiefschürfendem Inhalt. Doch das genau ist gewünscht. Mit Witzen kann und soll man schwere Dinge „auf die Schippe nehmen“. Das ist ihr Zweck. Sortiert sind sie im Buch in alphabetischer Reihenfolge der Themen von „Alltagstrance“ bis „Zukunftsorientierung“. Die Komik lässt sich also passend zur psychotherapeutischen Problemwelt oder Stimmung genießen. Nach einer unterhaltsamen Einführung in das jeweilige Themenfeld trifft die Pointe des dazu passenden Witzes meist genau ins Schwarze, manchmal auf etwas makabren Wegen, manchmal ist sie aber auch einfach nur lustig. Auch wenn man nicht immer gleich in schallendes Lachen ausbricht (eine Erwartung, die der Einband suggeriert), so hält das Buch doch, was es verspricht: Lesende finden ihre eigenen Tabus in der komischen Wendung eines Witzes offengelegt und beginnen zu schmunzeln, im besten Fall über sich selbst.

Natürlich ist ein gut erzählter Witz nicht durch Witz-Lektüre zu ersetzen, auch gefällt nicht jeder Witz allen. Einer Kritik von Leser*innen widerspricht aber Trenkle, der schon als Jugendlicher Witze sammelte: dass es sich in den vorgestellten Witzen immer nur um das „Thema Nr. 1“ drehe. Nur die Hälfte befasse sich im weitesten Sinne mit Sexualität. Die Kritiker*innen, kontert er frech, könnten sich aber womöglich nur diese Art Witze merken.

Bei Nichtgefallen gibt der Autor einen pragmatischen Tipp: Dank einer Perforationsleiste seien ärgerliche oder als schlecht empfundene Witze leicht und vernünftig herauszulösen. Man solle sich aber hinterher nicht beklagen, wenn man – wie das immer so sei – durch Zensur mehr verloren habe als beabsichtigt.

Für Psychotherapeut*innen, die sich in ihren Praxis-Alltag mehr Humor wünschen, ist dieses Buch, das eine Vielfalt an Themenbereichen der Psychotherapie streift, eine erfrischende Möglichkeit. Ich empfehle, sich zwischen zwei Patient*innen-Sitzungen mal einen der Witze zu gönnen und damit die Haltung der gesunden (heiteren) Distanz zur möglicherweise nächsten „schweren“ Sitzung zu erleichtern. Das Humor-Buch kann aber auch einen guten Kontrast zu all den ernsthaften und tiefsinnigen Fachbüchern im Praxis-Regal bieten und den humoristischen Blick stärker ins Bewusstsein und auch auf die Therapie lenken.



Das Ha-Handbuch der Psychotherapie

Witze – ganz im Ernst

Bernhard Trenkle

2017, Carl Auer Verlag

19,95 € | 978-3-89670-891-5



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



Ariadne Sartorius (AS)
Beisitzerin im bvvp-Bundesvorstand, Landesvorsitzende des bvvp Hessen und u. a. in der DV der PTK Hessen, im Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung sowie der KJP-AG der LPPKJP, im KJP-Ausschuss der BPTK.



Dr. phil. Peter Hain
Fachpsychologe FSP Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychologie, Praxis für Psychotherapie, Coaching und Supervision. Dozent und Ausbilder, organisiert u.a. den Kongress „Humor in der Therapie“.



Jule Schmitt
PiA (tiefenpsychologisch fundierte PT für Erwachsene) und PiW (tiefenpsychologisch fundierte PT für Kinder und Jugendliche). Abschlüsse in Psychologie (B. Sc.) und in Klinischer und Gesundheitspsychologie (M. Sc.).



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke (MH)
Psychologischer Psychotherapeut (VT), Stv. bvvp-Bundesvorsitzender, Beisitzer im Landesvorstand des bvvp BW, Mitglied in der VV der LPK BW, Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht.



Dipl.-Psych. Erika Schneider-Kertz
Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen seit 1993 in Köln. Vorsitzende des bvvp Nordrhein, im Vorstand seit 2017. Von Januar 2022 bis März 2023 Mitglied des bvvp-Bundesvorstands.



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



Dr. rer. soc. Michael Titz
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, zählt zu den Pionieren des therapeutischen Humors und der Gelotologie. Gründungsvorsitzender des Vereins HumorCare Deutschland-Österreich.



Dr. med. Reinhard Martens (RM)
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztl. Leiter eines psychotherapeutisch-psychiatrischen MVZ, Stv. Vorsitzender des bvvp-Bundesverbands.



Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr (BW)
Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Landshut. Bundesvorsitzender des bvvp, Mitglied im Landesvorstand des bvvp Bayern.



Dipl.-Soz.-Päd. Cevin Pleines
Approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT) am Norddeutschen Institut für Verhaltenstherapie e. V. Bremen. PiA-Sprecher am NIVT für den DVT sowie PiA-Sprecher der Psychotherapeutenkammer Bremen.



Prof. Dr. med. Barbara Wild
FA für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Professorin für psychotherapeutische Grundlagen der künstlerischen Therapien, Hochschule Nürtingen-Geislingen. Publikationen über Humor, Neurobiologie und Humortraining.



Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel
Niederlassung als ärztliche Psychotherapeutin, Vorsitzende des bvvp Westfalen-Lippe, stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss und Zulassungsausschusses der KVWL, Beisitzerin im bvvp-Bundesvorstand.

BELTZ THERAPIESPIELE

Komm, wir spielen!

Spiele und Kartensets für
Therapie, Beratung und
pädagogische Kontexte



€ 115,- D | Bestell-Nr. 510113



€ 28,- D | Bestell-Nr. 510119

Mehr Spiele hier



www.beltz.de/therapiespiele

BELTZ

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-schnuppermitgliedschaft-2023/>