



VPP *aktuell*

Psychotherapie
bei
körperlichen
Erkrankungen

**Psychotherapeutische Aspekte
bei COPD**
Lebensqualität von Patient*innen
nachhaltig verbessern

• **Entspannungstechniken in
der Therapie**
• Im Moment gut wirksam,
• im Alltag wenig nachhaltig

• **VPP:**
• **Jahresrückblick 2025**
• Was waren die Themen? Welche
• Aktivitäten wurden umgesetzt?

Editorial

Liebe Leser*innen,

ein bewegtes Jahr voller Unsicherheit, geprägt von Krieg, Krisen und Gefahren für die Demokratie, geht zu Ende. Auch die berufspolitischen Themen und Aktivitäten waren 2025 von Herausforderungen bestimmt, aber auch von Engagement, Mut und Solidarität – nachzulesen im „Jahresrückblick 2025“ von Susanne Berwanger. Christel Van den Berghe gibt in ihrem Erfahrungsbericht einen interessanten Einblick in das „Praktikum in der ambulanten Praxis“, verbunden mit dem Appell an uns ambulant tätige Psychotherapeut*innen, unseren Nachwuchs zu fördern. Den Bogen zum Schwerpunktthema dieser Ausgabe – „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen“ – schlägt Juliane Dürkop mit ihrer persönlichen Rückschau auf 25 Jahre Tätigkeit in der Psychoonkologie.

Dr. Paul Köbler erläutert in „Psychotherapeutische Aspekte bei COPD“ umfassend Vorkommen und Auswirkungen dieser progressiven, irreversiblen Atemwegserkrankung und plädiert für einen psychosomatisch informativen Behandlungsansatz in Verbindung mit multimodalen Interventionen zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Dem kontrovers diskutierten Krankheitsbild „Fibromyalgiesyndrom“ widmet sich Prof. Dr. Winfried Häuser in seinem Beitrag. Gestützt auf die S3-Leitlinie von 2017 betont er die zentrale Rolle der Psychotherapie in Diagnostik, Edukation und Behandlung. Dr. Claus Derra schließlich plädiert in „Entspannungstechniken in der Therapie“ für die Vermittlung von systemischer Entspannung, die gezielt und schnell einen ausgleichenden Effekt auf das vegetative Nervensystem haben kann. Ausgehend von der Neuerung bei den Persönlichkeitsstörungen in den Klassifikationsmanualen ICD-11 und DSM-5 erörtert Prof. Dr. Timo Storck für das sogenannte „Borderline-Muster“ die beiden am besten erforschten psychodynamischen Behandlungsmethoden, die Übertragungsfokussierte Psychotherapie und die Mentalisierungs-basierte Therapie.

Wir wünschen Ihnen besinnliche Festtage und einen guten Start ins Jahr 2026. Bleiben Sie hoffnungsvoll und engagiert.

Mit kollegialen Grüßen

Dipl.-Psych. Christel Bentz
Mitglied VPP-Vorstand



Inhalt



4

Psychotherapeutische Aspekte bei COPD

Wie kann Psychotherapie die Lebensqualität von COPD-Patient*innen verbessern?



14

Entspannungstechniken in der Therapie

Wie kann eine wirksame und alltagstaugliche Vermittlung aussehen?



25

Jahresrückblick 2025

Welche Themen haben den VPP 2025 bewegt?
Welche Aktivitäten wurden umgesetzt?

2 Editorial

BERUFSPRAXIS

- 4 Vorkommen und Auswirkungen, psychosomatische Zusammenhänge und Interventionen
Psychotherapeutische Aspekte bei COPD
- 10 Die Rolle der Psychotherapie
Fibromyalgiesyndrom
- 14 Im Moment gut wirksam, im Alltag wenig nachhaltig
Entspannungstechniken in der Therapie
- 18 Vorgestellt
Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen – eine persönliche Rückschau auf 25 Jahre Psychoonkologie
- 19 Theorie und Behandlung
Psychodynamische Perspektiven auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung
- 23 Weniger Schreibstress. Mehr Tiefe.
Psychodynamik-App von Dr. Jungclaussen

BERUFSPOLITIK

- 25 Zentrale Projekte und Serviceangebote
Jahresrückblick 2025
- 29 Ein Erfahrungsbericht
Praktikum in der ambulanten Praxis

INFORMATIONEN

- 31 Mit einer Vorsorgevollmacht inklusive Unternehmensvollmacht & Co. das Lebenswerk schützen
Rechtliche Vertretung regeln
- 33 Empfehlungen der psylife-Redaktion
Highlights aus dem Online-Magazin psylife
- 34 **Veranstaltungskalender**
- 34 **Impressum**



Vorkommen und Auswirkungen,
psychosomatische Zusammenhänge und Interventionen

Psychotherapeutische Aspekte bei COPD

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist mehr als eine Lungenerkrankung, sie betrifft Körper, Psyche und Lebenswelt gleichermaßen. Angst, Depression und soziale Isolation können Atemnot und Krankheitsbelastung verstärken. Ein psychosomatisch informierter Behandlungsansatz kann helfen, diese Kreisläufe zu durchbrechen und die Lebensqualität von Patient*innen nachhaltig zu verbessern.

Die COPD (engl. chronic obstructive pulmonary disease) ist eine progressive, irreversible Erkrankung der Atemwege, die durch eine anhaltende Obstruktion (Verengung) der Atemwege, häufig vorkommende chronische Entzündungsprozesse und eine Destruktion von Lungengewebe (Lungenemphysem) gekennzeichnet ist. Begleitende Symptome können chronischer Husten und Auswurf (chronische Bronchitis) und auch eine dauerhafte Überblähung der Lunge sein, was zu einer zusätzlich erschwerten Atmung beiträgt.

Die Erkrankung zeigt einen heterogenen Verlauf. Während einige Patient*innen über Jahre stabile Symptome aufweisen, verschlechtert sich die Lungenfunktion bei anderen relativ rasch, häufig begleitet von akuten Krankheitsschüben (Exazerbationen). Chronische Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ödeme, Gewichtsverlust und Osteoporose sowie andere Atemwegserkrankungen sind bei COPD häufig und können das Risiko für Exazerbationen deutlich erhöhen.

Der Schweregrad der COPD wird in progredienten Stadien gemäß der *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) abgebildet (GOLD I: leicht – GOLD IV: sehr schwer). Dabei wird das Volumen an Luft herangezogen, welches innerhalb einer Sekunde mit maximaler Kraft und nach Inhalation eines bronchienerweiternden Wirkstoffes ausgeatmet werden



Die häufigste Ursache einer COPD ist ein langjähriger Tabakkonsum

kann. Somit gibt das GOLD-Stadium von Patient*innen die Stärke der Obstruktion, also der

Verengung der Bronchien, an. Die häufigste Ursache einer COPD ist ein langjähriger Tabakkonsum, der in rund 90 Prozent der Fälle als Hauptauslöser gilt. Daneben können auch Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung oder Schadstoffexposition am Arbeitsplatz zur Krankheitsentstehung beitragen. Seltener liegen endogene Ursachen vor, etwa ein Alpha-1-Antitrypsinmangel, der zu einer genetisch bedingten Anfälligkeit für die Entwicklung einer COPD führt.

COPD gehört weltweit zu den führenden Ursachen für Morbidität und Mortalität und verursacht erhebliche Einschränkungen in der Lebensqualität sowie hohe Gesundheitskosten. In Deutschland wird die Prävalenz auf fünf bis zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung geschätzt (Vogelmeier et al., 2018).

Zusammenhänge mit psychischen Störungen

COPD-Erkrankte leiden in der Regel unter einer ausgeprägten körperlichen und psychischen Symptomlast. Typische alltägliche Beschwerden wie Atemnot, chronischer Husten und Erschöpfung führen oft zu psychischer Belastung. Die Atemnot, häufig begleitet von Schmerzen, stellt dabei den größten Belastungsfaktor dar. Als besonders stressauslösend gelten zudem die Unvorhersehbarkeit und Unsicherheit in Bezug auf das Auftreten, die Intensität und die Dauer dieser Symptome, die Abhängigkeit von medizinischer Versorgung sowie plötzlich auftretende Krankheitsverschlechterungen.

Zahlreiche Untersuchungen belegen eine deutlich erhöhte psychische Belastung bei COPD-Erkrankten – vor allem durch depressive und ängstliche Symptome. Ängste im Zusammenhang mit Atemnot und Schmerz scheinen dabei sogar stärker ausgeprägt zu sein als bei Patient*innen mit Krebserkrankungen oder Herzinsuffizienz (Pantilat et al., 2012). Dabei zeigt sich, dass die psychischen

Belastungen der Betroffenen den Zusammenhang zwischen körperlicher Einschränkung

und Lebensqualität deutlich moderieren, was die Relevanz psychotherapeutischer Begleitung bei dieser Patient*innengruppe unterstreicht.

Studien betonen zudem den prognostischen Einfluss psychischer Komorbiditäten. Depressive Patient*innen müssen nach akuter Exazerbation deutlich länger stationär behandelt werden und zeigen weniger Fortschritte bei der Behandlung von Atemnot und bei der Stabilisierung der körperlichen Belastbarkeit. Depression erwies sich zudem als unabhängiger Prädiktor für Mortalität, Hospitalisierungsrisiko und Exazerbationshäufigkeit (de Voogd et al., 2009; Papaioannou et al., 2013; Singh et al., 2016).

Psychosomatische Wechselwirkungen bei COPD

Es wird eine Reihe von Erklärungsansätzen zur erhöhten psychischen Komorbidität bei COPD diskutiert. Auf biologischer Ebene werden entzündungsbedingte Prozesse angenommen, die sowohl durch die Erkrankung selbst als auch durch Tabak- und Nikotinkonsum gefördert werden und auch in Zusammenhang mit Depressionen stehen. Depressionen können ihrerseits die Immunabwehr schwächen und Infektionen begünstigen, was wiederum die Häufigkeit von Exazerbationen erhöhen kann. Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Depression: Depressive Personen rauchen häufiger und haben geringere Chancen, mit dem Rauchen aufzuhören; umgekehrt erhöht chronischer Nikotinabusus das Risiko für depressive Verstimmungen (Pumar et al., 2014).

Darüber hinaus werden vor allem psychologisch bedeutsame und häufig auftretende Wechselwirkungs- und Verstärkungsmechanismen bei COPD beschrieben: Neben funktionellen Einschränkungen und zunehmender sozialer Isolation können die Wahrnehmung des Krankheitsverlaufs und das Bewusstsein über die Schwere der Erkrankung

depressive oder ängstliche Symptome begünstigen. Besonders entscheidend sind die reduzierte Lebensqualität und die erlebte Abhängigkeit von medizinischer Unterstützung. Diese Faktoren fördern Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit – zentrale Merkmale depressiver Störungen – und können einen Teufelskreis aus körperlicher Inaktivität, verminderter Selbstfürsorge und abnehmender Therapieadhärenz erzeugen, was mit den unten vorgestellten Modellen illustriert werden kann.

Auch Angststörungen tragen wesentlich zu diesem Kreislauf bei. Das mit der Angst verbundene Vermeidungsverhalten kann körperliche Inaktivität verstärken und ein dysfunktionales Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen fördern, etwa durch übermäßige Arztbesuche oder die Vermeidung notwendiger Untersuchungen. Besonders wirksam sind hier Interventionen, die zunächst psychoedukativ ansetzen und die Selbstwirksamkeit der Patient*innen stärken. Darauf aufbauend können psychotherapeutische Verfahren, insbesondere angstbezogene Expositionsübungen kombiniert mit Entspannungs- und Selbstberuhigungstechniken, dazu beitragen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

Zwei für die Praxis gut nutzbare Modelle, die diese Wechselwirkungen therapierelevant adressieren und die im Folgenden kurz vorgestellt werden, sind das *Common-Sense-Selbstregulationsmodell* sowie das *Breathing-Thinking-Functioning-Modell*.

Das Common-Sense-Selbstregulationsmodell (Leventhal et al., 1980)

Das Common-Sense-Selbstregulationsmodell beschreibt, wie Menschen auf wahrgenommene Gesundheitsbedrohungen reagieren und ihr Verhalten regulieren. Zentrale Grundlage sind subjektive Krankheitstheorien, also individuelle Vorstellungen über Ursachen, Verlauf, Behandelbarkeit und Konsequenzen einer Erkrankung sowie über die eigene Einflussmöglichkeit. Diese subjektiven Konzepte bestimmen, wie Betroffene ihre Krankheit verstehen, welche Emotionen sie entwickeln und wie sie ihr Gesundheitsverhalten gestalten.

Kontrollüberzeugungen spielen dabei eine Schlüsselrolle: Internale Kontrollüberzeugungen („Ich kann selbst etwas tun“) fördern aktives Bewältigungsverhalten und eine bessere Lebensqualität, während fatalistische Überzeugungen („Mir passieren immer schlimme Dinge“) mit passiver Krankheitsverarbeitung und ungünstigeren Verläufen verbunden sind. Empirisch zeigt sich, dass subjektive Krankheitstheorien Einfluss auf Adhärenz, emotionales Befinden, Behandlungszufriedenheit und Nutzung von Gesundheitsleistungen haben. Wer seine Erkrankung als verstehbar und beeinflussbar erlebt, reagiert emotional stabiler und zeigt ein besseres Selbstmanagement (Petrie et al., 2007).

Für die psychotherapeutische Praxis ergibt sich daraus, dass Interventionen gezielt an subjektiven Krankheitstheorien ansetzen sollten, etwa durch Psychoedukation, Verstärkung eigener Änderungsmotivation (z. B. durch Motivational Interviewing) oder kognitive Umstrukturierung, um realistische und selbstwirksame Einstellungen zu fördern und damit Compliance und Lebensqualität zu verbessern.

Breathing-Thinking-Functioning-Modell (Spathis et al., 2017)

Dieses Modell bietet einen anschaulichen Rahmen zur Erklärung der komplexen biopsychosozialen Wechselwirkungen bei Atemnot, dem zentralen Belastungssymptom der COPD. Es beschreibt drei sich gegenseitig verstärkende Teufelskreise (Abbildung 1):

- **Atemmuster:** Eine maladaptive Atmung (z. B. schnelle, flache Atmung) verstärkt das subjektive Gefühl der Luftnot, was wiederum zu einer weiteren Dysregulation der Atmung führt.
- **Gedankenmuster:** Katastrophisierende Gedanken („Ich ersticke gleich“) führen zu Angst und Panik, die die Atemnot physiologisch intensivieren.
- **Verhaltensmuster und Bewegung:** Vermeidungsverhalten und reduzierte Aktivität als Reaktion auf Atemnot führen zu muskulärer Schwäche und reduzierter Belastbarkeit, wodurch die körperliche Symptomatik weiter zunimmt.

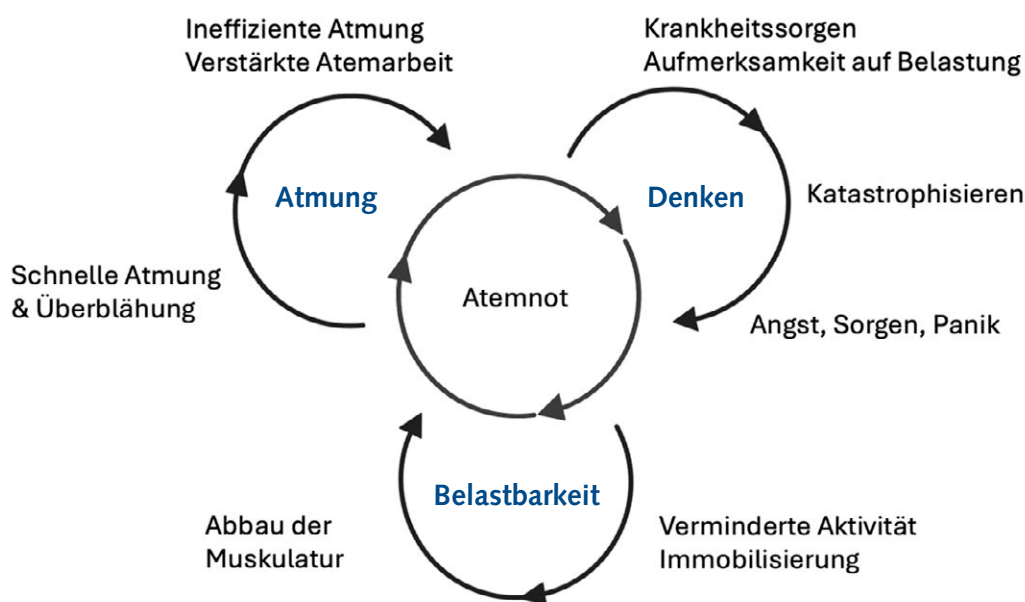


Abbildung 1: Das *Breathing-Thinking-Functioning-Modell* nach Spathis et al. 2007

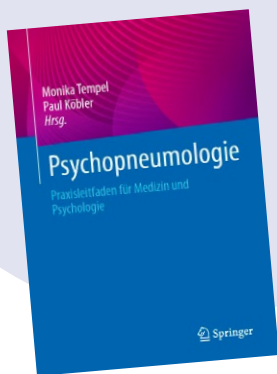
Auf der Atmungsebene können gezielte Techniken, wie etwa die Verlängerung der Ausatmung oder die Lippenbremse (ein Ausatmen durch leicht geschürzte Lippen, sodass man länger ausatmet als einatmet), das Training der Atemmuskulatur (z. B. durch entsprechende Physiotherapie) sowie der Einsatz eines Handventilators oder einer nicht invasiven Beatmung dazu beitragen, die Atemarbeit zu entlasten und das subjektive Gefühl der Luftnot zu reduzieren. Auf der kognitiven Ebene zielen hilfreiche Interventionen darauf ab, katastrophisierende Gedanken zu entkräften und dadurch die Angst zu reduzieren. Hierfür eignen sich bewährte Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, begleitet von Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen. Die Verhaltensebene konzentriert sich auf die Wiederherstellung von körperlicher Leistungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit. Dazu gehören graduierte körperliche Aktivierung, pulmonale Rehabilitation, Pacing und gezieltes Muskelaufbautraining, um Beweglichkeit und Belastbarkeit zu steigern.

Die Verbindung dieser drei Ebenen ermöglicht eine umfassende Ansprache der physiologischen, psychischen und funktionellen Aspekte der COPD. Besonders effektiv ist die Anwendung des Modells im direkten Gespräch mit Patient*innen, wobei normalisierende und validierende Formulierungen die Akzeptanz und Motivation fördern.

Bisherige Evidenz zu Therapieansätzen

Eine der wichtigsten und hilfreichsten Maßnahmen bei COPD ist die pulmonale Rehabilitation. Viele Studien zeigen eine deutliche Besserung der körperlichen Fitness und psychischen Belastung, wobei neuere Arbeiten dies sogar für virtuelle bzw. Telerehabilitation zu Hause zeigen konnten (Uzzaman et al., 2022). Sie sollte allen Betroffenen, insbesondere nach Krankheitsexazerbation angeboten werden, und es sollte auch von psychotherapeutischer Seite dazu motiviert werden.

Im Hinblick auf spezifischere nicht-pharmakologische Interventionen bei COPD zeigt ein aktuelles Review mit Metaanalyse (Xue et al., 2025) für drei Behandlungskomplexe eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Mind-Body-Therapien, die gesunde Atmung, achtsame Körperwahrnehmung, Muskelentspannung und Beweglichkeit fördern können, haben sich als besonders wirksam erwiesen. Spezifische Beispiele hierfür sind Qigong, Tai-Chi und Yoga. Hierbei lässt sich darüber hinaus zeigen, dass sich allgemein regelmäßige körperliche Aktivität positiv auf Stimmung, Angst und depressive Symptome auswirken und zusätzlich entzündungshemmend sein kann. Für Patient*innen mit ausgeprägten Angstsymptomen zeigen Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie die besten Evidenzen, besonders im Hinblick



Literaturtipp

Monika Tempel, Paul Köbler (Herausgeber)

Psychopneumologie

Praxisleitfaden für Medizin und Psychologie

651 Seiten, Springer Berlin

ISBN 978-3-662-71756-1, EUR 69,99

Erscheint voraussichtlich

Februar 2026

auf die Erarbeitung entkathastrophisierender Gedankenmuster und das schrittweise Einüben sinnvoller Aktivitäts- und Bewegungsmuster, um Angstreaktionen wieder zu deconditionieren, wobei begleitende Entspannungsübungen in Ruhephasen zur Regulierung der physiologischen Erregung eingesetzt werden können.

Technologiegestützte Therapieansätze gewinnen in der Behandlung von COPD zunehmend an



*Für Patient*innen mit ausgeprägten Angstsymptomen zeigen Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie die besten Evidenzen*

Bedeutung. Besonders Biofeedback ermöglicht Patient*innen, ihre Atemmuster in Echtzeit zu beobachten und gezielt zu regulieren. Erste klinisch getestete Programme nutzen kapnographiegestütztes Atemtraining (Messung des CO₂-Gehalts), kombiniert mit Motivational Interviewing, um Dyspnoe und Angst zu reduzieren, wobei ermutigende Effekte auf das Wohlbefinden, die Atemkontrolle und die psychophysiologische Resilienz gefunden werden konnten (Norweg et al., 2024).

Fazit für die Praxis

COPD ist eine komplexe, progressive Lungenerkrankung, deren Verlauf wesentlich durch psychische Komorbiditäten wie Depressionen, Ängste, Einsamkeit und Stigmatisierung beeinflusst wird. Diese Faktoren erhöhen nicht nur die subjektive Belastung, sondern auch das Risiko für Exazerbationen und die Mortalität. Psychosomatische Wechselwirkungsmodelle verdeutlichen, dass kognitive, emotionale und funktionelle Faktoren eng miteinander ver-

knüpft sind und den Krankheitsverlauf entscheidend prägen.

Die Evidenz zeigt, dass multimodale Interventionen – darunter pulmonale Rehabilitation, Mind-Body-Ansätze, gezielte Bewegung und kognitive verhaltenstherapeutische Techniken – besonders wirksam sind, wenn sie individuell an die psychischen und somatischen Bedürfnisse der Patient*innen angepasst werden. Für die Praxis bedeutet dies insbesondere die Integration von Psychoedukation und Selbstmanagement, etwa die Vermittlung von Wissen über Exazerbationen, Atemkontrolle, Symptomwahrnehmung und differenzierte Reaktionsstrategien sowie die gezielte Förderung von Veränderungsmotivation.

Patient*innen mit COPD sehen sich häufig erhöhten Barrieren beim Zugang zu Unterstützung gegenüber. Dies liegt nicht nur an der eingeschränkten Belastbarkeit und Mobilität, sondern auch an der oft erlebten Stigmatisierung innerhalb des Gesundheitssystems. Psychotherapeutische Behandler*innen sollten dementsprechend besonders dafür sensibilisiert sein, denn die psychotherapeutische Begleitung bei COPD kann einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität, aber auch zur Prognose bei dieser schwerwiegenden Erkrankung beitragen.

AUTOR

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Paul Köbler

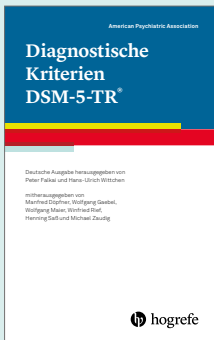
Psychologischer Psychotherapeut (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) in eigener Praxis in Fürth sowie in der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,



Paracelsus Medizinische Universität, Klinikum Nürnberg. Spezialisierung auf die psychische Behandlung von Krebs- (Psychoonkologie) und Lungenerkrankten (Psychopneumologie).

Das Literaturverzeichnis zum Beitrag finden Sie unter ▶ www.vpp-aktuell.de/leseproben

Unsere Buchtipps



American Psychiatric Association
- APA

Diagnostische Kriterien DSM-5-TR®

Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig

Die diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM) dienen als Leitlinie für die Diagnosestellung und klinische Beurteilung psychischer Störungen. Das vorliegende Taschenbuch enthält die diagnostischen Kriterien für alle offiziellen Störungsbilder gemäß der aktuellen Textrevision des DSM-5 (DSM-5-TR).

2025, LXXXVI/600 Seiten, € 69,95 (DE) / € 72,00 (AT) / CHF 90.00, ISBN 978-3-8017-3218-9
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Noëmi Seewer / Tobias Krieger

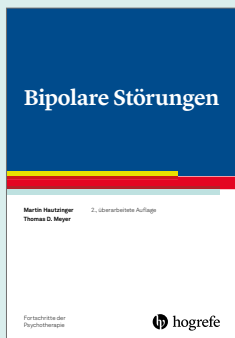
Ratgeber Einsamkeit

Informationen für Betroffene und Angehörige

Reihe: Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie – Band 61

Der Ratgeber informiert über das Phänomen Einsamkeit, erklärt, wie chronische Einsamkeitsgefühle entstehen und beschreibt Übungen und Strategien, die dabei helfen sollen, alternative Möglichkeiten des Umgangs mit Einsamkeitsgefühlen kennenzulernen.

2025, 89 Seiten, Kleinformat, € 9,95 (DE) / € 10,30 (AT) / CHF 14.50, ISBN 978-3-8017-3249-3
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



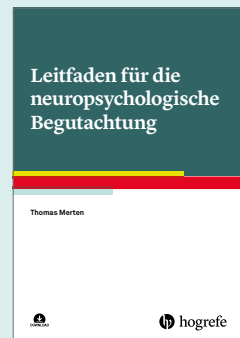
Martin Hautzinger /
Thomas D. Meyer

Bipolare Störungen

Reihe: Fortschritte der
Psychotherapie – Band 43

Bipolare Störungen sollen neben der Medikation mit Stimmungsstabilisierern auch psychotherapeutisch behandelt werden, um neue Erkrankungsepisoden zu verhindern. Die Neubearbeitung des Buches stellt die Module eines flexibel einsetzbaren kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmes zur Behandlung der Störung vor.

2., überarbeitete Auflage 2025, VI/104 Seiten,
€ 19,95 (DE) / € 20,60 (AT) / CHF 27.90,
im Reihenabo: € 15,95 (DE) / € 16,40 (AT) / CHF 22.50,
ISBN 978-3-8017-3231-8
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Thomas Merten

Leitfaden für die neuropsychologische Begutachtung

Der Band bietet eine umfassende Anleitung für neuropsychologische Sachverständige, von den Qualifikationsanforderungen über die Auftragsannahme bis hin zur Kostenberechnung. Der Aufbau eines schriftlichen Gutachtens wird detailliert erklärt. Darüber hinaus werden spezielle Fragen der neuropsychologischen Begutachtung erörtert.

2025, IX/251 Seiten, inkl. Online-Materialien,
€ 34,95 (DE) / € 36,00 (AT) / CHF 46.90,
ISBN 978-3-8017-3242-4
Dieser Titel ist auch als eBook erhältlich.



Die Rolle der Psychotherapie Fibromyalgiesyndrom

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS) ist ein viel diskutiertes Krankheitsbild. Zwischen Praktiker*innen gibt es Kontroversen, ob es ein FMS überhaupt gibt bzw. ob es eine sinnvolle klinische Diagnose ist. Der folgende Beitrag erläutert dies und skizziert die Rolle der Psychotherapie in der Behandlung.

Betroffene, Forscher*innen und Behandler*innen haben teilweise unterschiedliche Vorstellungen über die Ursachen des Krankheitsbilds (psychische bzw. psychosomatische Störung, zentralnervöse Reizverarbeitungsstörung mit Neuroinflammation, Neuropathie der kleinen Nervenfasern, Autoimmunerkrankung) und die daraus resultierenden Therapien. In Deutschland gibt es seit 2008 eine interdisziplinäre **S3-Leitlinie** (systematische Literatursuche und -bewertung, strukturierter Konsensusprozess), die zu den Fragen der Klassifikation, Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie Stellung nimmt. An dieser Leitlinie haben alle für das Krankheitsbild relevanten deutschen Fachgesellschaften sowie Patientenvertreter*innen mitgewirkt. Ich war der Sprecher der Koordinierungsgruppe der Leitlinien 2008, 2012 und 2017. Die nächste Aktualisierung wird 2026 erwartet. Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Leitlinie 2017.

Gibt es ein FMS?

Die Fibromyalgie wurde 1994 in die Krankheitsliste (International Classification of Diseases [ICD]) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgenommen. Sie wurde in der ICD-9 und ICD-10 mit dem Code M79.7 den Erkrankungen des Muskel- und Bindegewebes zugeordnet. In der ICD-11 wurde auf Initiative der International Association for the Study of Pain das FMS aus dem Kapitel der Erkrankungen des Muskel- und Bindegewebes herausgenommen und in ein Kapitel „Symptome, Zeichen und klinische Befunde, nicht an anderer Stelle klassifiziert“ in einem Unterkapitel unter



Bezüglich der Ursachen des FMS wird ein biopsychosoziales Modell postuliert

den primären (keine zugrunde liegende Erkrankung) chronischen Schmerzsyndromen als eine Unterform von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen aufgeführt (Code MG 30.01) aufgeführt. International bekannte Forscher und Kliniker sowie einige nationale Selbsthilfeorganisationen haben bei der WHO gegen dieses Vorgehen protestiert.

Das FMS ist in der ICD-11 wie folgt definiert:

- Chronischer Schmerz in mehreren Körperregionen: in mindestens vier von fünf Körperregionen bzw. in mindestens drei von vier Körperquadranten
- Assoziiert mit Schlafstörungen, kognitiver Dysfunktion und körperlichen Symptomen
- Symptombdauer mindestens drei Monate
- Symptome nicht besser erklärbar durch eine andere Diagnose

Ist das FMS eine psychische bzw. psychosomatische Störung?

In allen Versionen des ICD wurde das FMS nicht in dem Kapitel „Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten“ gelistet. Manche Psycholog*innen, Psychiater*innen und Psychosomatiker*innen, die das diagnostische Label „FMS“ ablehnen, benutzen den Code „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (ICD-10) bzw. „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (ICD-10, deutsche Version) bzw. „körperliche Belastungsstörung“ (ICD-11). Die Leitlinie weist ausdrücklich darauf hin, dass diese diagnostischen Codes nicht deckungsgleich sind, da die diagnostischen Kriterien unterschiedlich sind. 60 bis 80 Prozent der Patient*innen, die die FMS-Kriterien erfüllen, erfüllen auch die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Ursachen des FMS – multifaktoriell und biopsychosozial

Bezüglich der Ursachen des FMS wird ein biopsychosoziales Modell postuliert: Biologische, psychische und soziale Faktoren interagieren in Prädisposition, Auslösung und Verlauf des FMS.

Psychosoziale Faktoren spielen bei vielen – jedoch nicht bei allen – FMS-Patient*innen eine große Rolle. Biografische Belastungsfaktoren wie emotionaler oder sexueller Missbrauch erhöhen das Risiko, ein FMS zu entwickeln. Belastende/traumatische Lebensereignisse oder chronische psychosoziale Faktoren (z. B. Partnerprobleme, Mobbing am Arbeitsplatz) können ein FMS auslösen. Patient*innen mit komorbiden psychischen Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, posttraumatische Belastungsstörung) haben einen ungünstigeren klinischen Verlauf (mehr und ausgeprägtere Symptome und Beeinträchtigungen). Es gibt jedoch auch biologische Faktoren in der Prädisposition (z. B. Genpolymorphismen, familiäre Häufung) und Auslösung (z. B. entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Infektionen wie COVID-19). Die Bedeutung von psychischen und biologischen Faktoren in Entstehung, Auslösung und Verlauf können sich zwischen den Betroffenen erheblich unterscheiden.

Häufigkeit und Geschlechtsverteilung

Das FMS ist ein häufiges Krankheitsbild. Die Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung liegt bei ca. zwei Prozent. Die Erstdiagnose wird meist bei 40- bis 60-jährigen Frauen gestellt. Das FMS kann sich aber bereits im Kindes- und Jugendalter manifestieren. Ein FMS bei Männern wird häufig nicht diagnostiziert, da es – zu Unrecht – als Frauenkrankheit gilt.

Ein „isoliertes“ FMS ist selten

Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (z. B. Hypercholesterinämie und Diabetes) kommen häufig zusammen vor. Die meisten FMS-Patient*innen erfüllen auch die Kriterien weiterer Erkrankungen. Die häufigsten Komorbiditäten sind andere chronische Schmerzsyndrome (Spannungskopfschmerz, Migräne, kranio-mandibuläre Dysfunktion bei Zähneknirschen, Reizdarm und Reizblase), psychische Störungen (Angststörung-

gen, depressive Störungen, posttraumatische Belastungsstörung) und ein Restless-Legs-Syndrom. Diese häufige Kombination von Erkrankungen erklärt die zahlreichen Beschwerden der Betroffenen und unterstützt die Annahme einer zentralnervösen Regulationsstörung.

Psychotherapeutische Diagnostik

Die Leitlinie empfiehlt, dass bei allen Patient*innen, bei denen die Diagnose eines FMS gestellt wird, auch ein Screening auf psychische Störungen bzw. relevante psychosoziale Stressoren durchgeführt werden soll. Eine fachpsychotherapeutische Diagnostik wird bei folgenden Konstellationen empfohlen:

- Hinweisen auf vermehrte seelische Symptombelastung (Angst, Depression)
- Anamnestische Angaben von aktuellen schwerwiegenden psychosozialen Stressoren
- Anamnestische Angaben von aktuellen oder früheren psychiatrischen Behandlungen
- Anamnestische Angaben von schwerwiegenden biografischen Belastungsfaktoren
- Maladaptive Krankheitsverarbeitung
- Subjektive psychische Krankheitsattributionen

Allgemeine Therapieprinzipien

Die Leitlinie betont, dass eine medikamentöse Therapie nicht zwingend erforderlich und in der Langzeitbehandlung nicht medikamentöse Selbstmanagementstrategien (Bewegung, Stressreduktion, Aktivitätsmanagement, Wärme bzw. Kälte) zu bevorzugen sind. Wie bei depressiven Störungen wird eine abgestufte Therapie in Abhängigkeit vom Schweregrad des FMS empfohlen.

Patient*innen mit leichter Ausprägung des FMS sollen zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung ermutigt werden. Psychosoziale Aktivierung beinhaltet geistige Aktivität und das Pflegen von Hobbys sowie sozialen Kontakten. Bei schwerer Ausprägung des FMS werden multimodale Therapien (mindestens ein körperlich aktivierendes Verfahren mit mindestens einem psychotherapeutischen Verfahren) und eine zeitlich befristete medikamentöse The-

rapie empfohlen. Bei psychischer Komorbidität soll eine störungsspezifische Psycho- und/oder medikamentöse Therapie besprochen werden.

Die psychologische Behandlung beginnt mit der Edukation bei der Erstdiagnose

Die Leitlinie empfiehlt, Patient*innen bei der Erstdiagnose folgende Informationen zu geben:

- Den Beschwerden liegt keine organische Krankheit („Fibromyalgie“ im Sinne einer distinkten rheumatischen Krankheit), sondern eine funktionelle Störung zugrunde.
- Die Legitimität der Beschwerden wird versichert.
- Die Beschwerden der Patient*innen werden mit Hilfe eines biopsychosozialen Krankheitsmodells, das an die subjektive Krankheitstheorie der Patient*innen anknüpft, in anschaulicher Weise erklärt, z. B. durch das Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge (Stress, Teufelskreismodelle).
- Die Beschwerden sind ungefährlich im Sinne einer normalen Lebenserwartung. Die Patient*innen können durch eigene Aktivitäten die Beschwerden lindern.

Linktipp

Qualitätsgesicherte Informationen für Betroffene und ihre Angehörige sind im Internet verfügbar:

► www.gesundheitsinformation.de/fibromyalgie.html

Wann ist eine psychotherapeutische Behandlung beim FMS indiziert?

Eine psychotherapeutische Behandlung beim FMS wird bei folgenden klinischen Konstellationen empfohlen:

- maladaptive Krankheitsbewältigung (z. B. Katastrophisieren, unangemessenes Vermeidungsverhalten bzw. dysfunktionale Durchhaltestrategien) und/oder
- relevante Modulation der Beschwerden durch Alltagsstress und/oder interpersonelle Probleme und/oder
- komorbide psychische Störungen.



Die kognitive Verhaltenstherapie erhielt eine starke Empfehlung.

Welche Psychotherapieverfahren werden von der Leitlinie empfohlen?

Aufgrund der Qualität der vorliegenden Evidenz erhielten die kognitive Verhaltenstherapie eine starke sowie Biofeedback und Hypnose/geleitete Imagination eine offene Empfehlung. Bei fehlender Datenlage war weder eine positive noch eine negative Empfehlung zu anderen Psychotherapieverfahren (Gesprächstherapie nach Rogers, Paar- und Familientherapie, humanistische Therapien, systemische Therapie) möglich. Aufgrund vieler neuer Studien können sich die Empfehlungen in der Aktualisierung der Leitlinie ändern.

Neue Entwicklungen in der Psychotherapie

Es steht eine digitale Gesundheitsanwendung auf der Grundlage der Acceptance and Commitment Therapy für FMS-Patient*innen zur Verfügung, die auch von Psychologischen Psychotherapeut*innen als Rezept (Muster 16) verschrieben werden kann. 2025 wurden im August-Heft der Zeitschrift „Der Schmerz“ neue psychotherapeutische Ansätze bei chronischen Schmerzen wie Emotional Awareness and Expression Therapy, Pain Reprocessing Therapy, Persistent Pain and Emotion Dysregulation und intensive psychodynamische Kurzzeittherapie dargestellt. Die meisten Beiträge sind „open access“ über die Datenbank PubMed zugänglich.

Rolle der Psychotherapie beim FMS

Aufgrund der Häufigkeit komorbider psychischer Störungen und der schweren psychosozialen Belastungen hat die Psychotherapie eine zentrale Rolle in der Behandlung der meisten Betroffenen. Realistische Erwartungen, was eine Psychotherapie erreichen kann, sind jedoch seitens der Behandler*innen und Patient*innen notwendig.

Psychotherapie kann das FMS nicht „heilen“, ebenso wenig wie Medikamente oder ein Herz-Kreislauf-Training. Kognitive Verhaltenstherapien sind Kontrollgruppen (Warteliste, übliche Behandlung) in der Reduktion von emotionaler Belastung und Beeinträchtigungserleben überlegen – auch im Langzeitverlauf. Im Gegensatz zu Medikamenten sind positive Effekte auch nach Beendigung der Therapie feststellbar. Weitere wichtige Funktionen der Psychotherapie sind nach meiner Erfahrung die Versöhnung mit der oft belastenden Lebensgeschichte und eine größere Lebenszufriedenheit. Die Einflussmöglichkeiten bei Psychotherapie auf negative Kontextfaktoren von manchen Betroffenen (z. B. Arbeitslosigkeit, Mangel an Schonarbeitsplätzen, Bezug von Bürgergeld) sind gering.

AUTOR

Professor Dr. med. Winfried Häuser

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ärztlicher Psychotherapeut (Systemische Therapie; Hypnotherapie). Angestellter Arzt am Medizinischen Versorgungszentrum für Schmerzmedizin und seelische Gesundheit Saarbrücken-St. Johann. Außerplanmäßiger Professor für Psychosomatische Medizin an der Technischen Universität München.



+++ KURZINFO BERUFSPOLITIK +++

Neuer BDP-Vorstand gewählt!

Am 23. November 2025 wurde im Rahmen der BDP-Delegiertenkonferenz der BDP-Vorstand neu gewählt. Als Präsidentin wurde Thordis Bethlehem im Amt bestätigt, ebenso Susanne Berwanger vom VPP als Vizepräsidentin. Das zweite Vizepräsidentinnenamt hat ab dem 1. Januar 2026 Ivon Ames von der Sektion Wirtschaftspsychologie inne. Wir gratulieren allen Gewählten und danken Ralph Schliewenz von der Sektion Klinische Psychologie, der nicht mehr kandidierte, für sein Engagement.



Im Moment gut wirksam, im Alltag wenig nachhaltig

Entspannungstechniken in der Therapie

Die Vermittlung von Entspannungsverfahren wird immer mehr von einem Wellness-Gedanken geprägt: Lange Übungen, im Liegen, in möglichst ruhigen Räumen, zumeist werden seitenlange Instruktionen vorgelesen, das heißt völlig untauglich zur eigenständigen Alltagsanwendung. Können wir nicht wieder zu den kurzen Übungen im Sitzen und unabhängig von irgendwelchen Hilfsmitteln, das heißt zu einer wirksamen alltagstauglichen Vermittlung, zurückkehren?

Jeder kennt Momente der körperlichen Entspannung und Regeneration. Ausgelöst und verstärkt werden Entspannungserlebnisse vor allem durch die Wahrnehmung von angenehmen körperlichen Veränderungen wie Hautwärme, Nachlassen des Muskeltonus, Senkung der Herzfrequenz oder Beruhigung der Atmung. Die Entspannungsreaktion ist Teil unseres biologisch angelegten Verhaltensrepertoires und wird unter entsprechenden Umgebungsbedingungen (z. B. körperliche Ruuehaltung, Reizabschirmung, abends beim Einschlafen) automatisch eingeleitet. Als Gegenpol zur Spannung dient sie dem Schutz des Organismus vor übermäßiger Beanspruchung, sodass nach Phasen der Anspannung dadurch im Organismus wieder das notwendige Gleichgewicht hergestellt werden kann. Dazu stehen uns verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Die sogenannte unsystematische Entspannung finden wir vor allem in unserer Freizeit, z. B. spazieren gehen, essen, gute Gespräche führen, beruhigende körperliche Nähe, baden, Mittagschlaf. Im Arbeitsalltag finden wir entspannende Momente vor allem in Form von Pausen.

Was ist systematische Entspannung?

Bei der systematischen Entspannung wenden wir Techniken an, die gezielt und schnell eine Veränderung der Balance im vegetativen Nervensystem

im Sinne eines Ausgleichs bewirken können. Wir verschieben die Aktivität vom stressinduzierenden Sympathikus in Richtung des regenerativen Parasympathikus. Entspannung wirkt aber nicht nur im Vegetativum, sondern sie umfasst im Idealfall den ganzen Organismus mit seinen körperlichen, psychischen und sozialen Bezügen. Diese Zusammenhänge sind sicherlich allen Psychotherapeut*innen gut bekannt.

Was sind nun die Konsequenzen für unsere Arbeit? Systematische Entspannung muss individuell entwickelt werden. Dabei wird gelernt, wie man durch bestimmte Techniken oder (Induktions-) Methoden eine Entspannungsreaktion in Gang setzen kann. Durch regelmäßiges Üben wird die Entspannungsreaktion gebahnt und stabilisiert, sodass diese Reaktion auf einen konditionierten Reiz (Entspannungsinstruktion) hin schnell und in den verschiedensten Situationen hervorgerufen werden kann.

Es geht um Konditionierung von Entspannungsreflexen

In der Lernphase geht es vor allem darum, sich in einer entspannten Körperhaltung auf die eigenen Entspannungserlebnisse zu konzentrieren. Als Induktionssignale können Worte, innere Bilder, die Atmung, die Spannung der Muskulatur oder die Durchblutungswärme genutzt werden. Um Konditionierungen zu erreichen, ist es nun wichtig,

- dass eine Entspannungsübung mit einfachen Signalen jederzeit selbst eingeleitet werden kann,
- dass es schnell gelingt, die Aufmerksamkeit von der Umgebung auf sich selbst zu lenken,
- dass sich innerhalb weniger Sekunden ein erstes entspanntes Körpererleben einstellt,
- dass sich das anfängliche Entspannungserleben gut wahrnehmen und vertiefen lässt,
- dass die Übungen möglichst kurz sind,
- dass die Übungen häufig wiederholt werden,
- dass die Übungen mit einem aktivierenden Ritual beendet werden.

Je nach Fähigkeiten der Persönlichkeit geht man davon aus, dass ca. 30 bis 50 Übungswiederholungen

innerhalb von vier Wochen notwendig sind, um aus der Entspannungsreaktion einen Entspannungsreflex zu etablieren. Das heißt, dass der Wechsel während einer Übung zunächst von Anspannung zu Entspannung und dann durch eine aktivierende Rücknahme wieder zu mittlerer Spannungsaktivität in einer kurzen Übung möglichst schnell und zuverlässig erreicht werden sollte. Beim Konditionieren eines Entspannungsreflexes geht es aber nicht um Leistung und dauerndes Training, sondern vor allem darum, den Organismus an die Fähigkeit einer schnell wirksamen Reaktion zu gewöhnen, um diese dann im Alltag nutzen zu können.



Millionenfache Anwendungserfahrung besteht bei den am besten operationalisierten Entspannungstechniken, dem Autogenen Training und der Progressiven Relaxation

Mit 30 bis 50 Übungswiederholungen zum Entspannungsreflex

Bezüglich dieses Vorgehens gibt es eine breite wissenschaftliche Grundlage und eine über viele Jahrzehnte millionenfache Anwendungserfahrung in Prävention und Therapie bei den am besten operationalisierten Entspannungstechniken, dem Autogenen Training und der Progressiven Relaxation. Bei I. H. Schultz war die Übungsdauer in der Lernphase des Autogenen Trainings immer nur zwei bis drei Minuten, und Edmund Jacobson vermittelte in der sogenannten differenziellen Entspannung von Anfang an die Umsetzung der Muskelentspannung in den Alltag.

Entspannung aktiviert serotonerges System

Wenn wir in der Anwendung einer Entspannungstechnik die erfolgreiche Konditionierung des Entspannungsreflexes erreicht haben, können wir diese Fähigkeit zur besseren Stressbewältigung und wirksamen Symptombeeinflussung nutzen.

Neurobiologisch wirkt Entspannung auf die Neurotransmitter Serotonin und Dopamin, so dass wir hier, neben den komplexeren Effekten in der kognitiven und emotionalen Verarbeitung im präfrontalen Cortex und im limbischen System, auch eine somatische Rationale der Wirkung belegen können. Der Überträgerstoff des zentralen Anteils des Parasympathikus im Gehirn ist das Serotonin.

Wellness-Entspannung und Mittagsschlaf

Im Kontrast zu dieser sehr effektiven, wissenschaftlich belegten Anwendung von schnell wirksamen Entspannungstechniken hat sich im Laufe der Jahre mehr und mehr eine Art Wellness-Idee bei vielen Psychotherapeut*innen entwickelt. Patient*innen berichten seit vielen Jahren, dass mit ihnen keine kurzen Übungen durchgeführt wurden, sondern dass ihnen vermittelt wurde, dass eine „gute“ Entspannungsübung 20 oder sogar 30 Minuten dauert.

Ein typisches Beispiel ist Frau H., 48 Jahre, die im Rahmen einer beruflich bedingten Erschöpfung in eine Reha-Klinik kam. Ihr Hausarzt hatte ihr den Hinweis mitgegeben, dass sie dort Entspannungsübungen lernen könne, die sie dann im belastenden beruflichen Alltag anwenden könnte. Sie berichtet danach von ihren Erfahrungen: „Ich wollte die Progressive Relaxation lernen. Es gab eine Einführung in einer großen Gruppe, man konnte aber kaum Fragen stellen. Die Übungen waren dann immer nach dem Mittagessen in einer Gruppe von 15 Personen in einem etwas dunkleren Raum. Wir lagen auf Matten auf dem Boden. Dann kam eine Krankenschwester und las ca. 25 Minuten einen Text vor. Die meisten sind eingeschlafen, viele haben laut geschnarcht. Ich hatte Angst, dass ich meine Brille vergesse, die ich neben meinen Kopf gelegt hatte. Entspannen konnte ich mich nicht. Es gab auch keine Möglichkeit zu Fragen am Ende. Wir mussten aufstehen und den Raum wieder verlassen. Eine kurze Übung wurde mir auch auf Nachfrage nicht gezeigt. Meine Psychologin sagte, ich sollte mir einfach drei bis vier Muskelgrup-

ANZEIGE

Mehr Therapie, weniger Technik!

Moderne Praxissoftware
für Psychotherapeuten

Jetzt im Angebot!
www.epikur.de/aktion



 EPIKUR

pen aussuchen und nur mit diesen üben. Dadurch würde die Übung automatisch kurz.“

Leider nur Mittagsschlaf konditioniert

Diese Erfahrungen machen Patient*innen nicht nur in Kliniken. Auch im tagesklinischen und ambulanten Setting sind ähnliche Schilderungen immer häufiger. Sowohl Autogenes Training wie auch die Progressive Relaxation werden vermittelt in langen Übungssequenzen, im Liegen, mit vorgelesenen Texten, in abgedunkelten Räumen, es ist kein Blickkontakt zur Anleiter*in möglich, und natürlich ist das völlig untauglich für den notwendigen Transfer in den Alltag. Statt einer effektiven und professionell vermittelten systematischen Entspannung wird hier lediglich eine Variante einer gemeinsamen, unsystematischen Entspannung durchgeführt. Im Grunde konditionieren die Teilnehmenden durch solche langen Übungen lediglich einen Mittagsschlaf. Frau H. hat damit eine Form der Entspannung kennengelernt, die sie bedauerlicherweise nie am Arbeitsplatz durchführen kann.

Konditionierung und Alltagstransfer – Entspannung als Skill

Wie sollte nun eine Entspannungsübung gestaltet sein, die jemand im belastenden Arbeitsalltag hilfreich und unauffällig einsetzen kann? Die Vorgehensweise müsste sich an den anfänglichen Ausführungen zur systematischen Entspannung orientieren.

- Um einen Alltagstransfer zu erleichtern, sollten die Übungen in der Lernphase immer nur im Sitzen durchgeführt werden. Kaum einer hat an seinem Arbeitsplatz eine Matte. Außerdem: Wer Entspannung im Liegen gelernt hat, muss sie im Sitzen quasi noch einmal neu lernen.
- Die Füße sollten guten Bodenkontakt haben. Das heißt, die Person wird gut „geerdet“ sein. Arme und Beine sind in der gebeugten Haltung entspannter. Im Liegen hängen die Füße in der Luft, gestreckte Arme und Beine sind im Muskeltonus oft ungünstig.
- Anfangs können die Augen bei der Entspannung offen bleiben, und der Blick sollte dann auf dem Boden ruhen. Dadurch besteht jederzeit die

Möglichkeit von Blickkontakt mit dem/der Therapeut*in. Das gibt Sicherheit, und dies ist beispielsweise für Patient*innen mit traumatischen Erfahrungen besonders wichtig.

- Einfache, kurze Induktionen sind ein guter Anfang wie z. B.: „Spüren Sie einmal Ihre Füße auf dem Boden, und nehmen Sie einen tiefen Atemzug.“
- Die Übungen sollten kurz sein, am Anfang nicht länger als zwei bis drei Minuten. Erst im weiteren Verlauf können dann bei guter Entspannungserfahrung nach einigen Wochen längere und komplexere Übungen durchgeführt werden. Auch für die Progressive Relaxation gibt es eine Drei- bis Fünf-Minuten-Kurzform.
- Für den Alltag ist es am besten, wenn man schon vormittags zwei bis drei kurze Übungen macht und dabei auf eine gute Rücknahme achtet, damit man entspannt und gleichzeitig leistungsbereit bleibt.
- Der Alltagstransfer sollte geübt werden. Also nicht einfach sagen: „Machen Sie die Übung kürzer“, sondern eine kurze Übung genau anleiten und einüben.

Nach so vielen kritischen Worten etwas Entspannendes

Ich glaube nicht, dass jemand von uns absichtlich Patient*innen alltagsuntaugliche Übungen vermittelt. Ich nehme an, dass die meisten Leser*innen ihr Vorgehen schon gut auf Patient*innen einstellen. Und der Gedanke „in der Lernphase möglichst kurz und einfach und bei mehr Erfahrung mit Entspannung längere Übungen“ ist sicherlich den meisten nicht fremd. Wer sich also hier bei der systematischen Entspannung im Sinne eines Skills wiederfindet, wird in seinem Vorgehen gut bestätigt sein. Wer denkt, dass lange und sehr regressive Übungen gut sind, und lieber den Wellnesscharakter betonen will, eröffnet damit eben andere Erlebnismöglichkeiten, die sicherlich auch hilfreich sein können.

AUTOR

Dr. med. Dipl.-Psych. Claus Derra
Vorsitzender der DGäEHAT, Mitglied der DG-E,
Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der
deutschsprachigen Hypnosegesellschaften





Vorgestellt

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen – eine persönliche Rückschau auf 25 Jahre Psychoonkologie

„Aber da kann man ja gar nichts machen!“ Das war damals die erschrockene Reaktion einer Kollegin, als ich ihr erzählte, was ich arbeite. Was ich zwischen den Zeilen heraushörte: Krebs = lebensbedrohlich erkrankt = Tod. Das läuft nach meiner Erfahrung fast automatisch ab, mit den entsprechenden Affekten. Aber Krebspatient*innen begrüßen die Möglichkeit, kurzfristig psychoonkologische Unterstützung zu erhalten.

Ich arbeite als Psychologische Psychotherapeutin in einer somatischen Akutklinik. Die Besonderheit der psychotherapeutischen Arbeit hier ist das besondere Setting: Die stationären Patient*innen liegen im Bett, oft sind im Zimmer noch weitere Personen anwesend. In letzteren Fällen beschränkt man sich auf eine kurze Vorstellung und bietet weiteren Kontakt an.

Immer steht die Behandlung der Erkrankung im Vordergrund. Dem ordnen sich alle Maßnahmen unter. So ist es im Klinikbetrieb schwierig, sich etwa mit einer stationär aufgenommenen Patientin zu verabreden, da sie z. B. noch unter den Nachwirkungen der Operation leidet. Die Gesprächsanlässe und -inhalte können sich direkt auf den Krebs beziehen: Diagnose nicht akzeptieren, Ängste vor der Therapie und deren Nebenwirkungen, Angst, dass die Behandlung nicht wirken könnte oder der Krebs wiederkommt. Viele Patient*innen machen sich große Sorgen um ihre Kinder und Familie. Manche fürchten, trotz Therapie nicht mehr arbeiten zu können. Das soziale Netz spielt für das Coping eine große Rolle, Einsamkeit ist ein Risikofaktor. Manche Reaktion aus dem sozialen Umfeld kann zusätzlich belasten.

Eine Frage wird mir häufig gestellt: „Wie hältst du das aus?“ Mich hat die psychotherapeutische Unterstützung von Menschen in einer Ausnahme-

situation fasziniert. Dabei kommt es zu intensiven Begegnungen, es geht immer auch um existenzielle Fragen. Jede Person reagiert anders, bringt ihre Geschichte und auch Belastungen mit, verfügt aber auch über unterschiedliche Kompetenzen und Ressourcen. Jede hat ihre subjektive Krankheitstheorie und ihre eigene Idee davon, wie sie mit ihrem Schicksal umgehen will.

Das verlangt von mir als Psychotherapeutin, mich sehr flexibel auf jede betroffene Person einzustellen. Dabei war mir der personenzentrierte Ansatz als meine psychotherapeutische Heimat sehr hilfreich.

Über 38 Jahre mit schwer kranken, auch sterbenden Patient*innen zu arbeiten, bedeutet eine andauernde berufsbegleitende Selbsterfahrung und Selbsthinterfragung. Das muss man mögen. Und man braucht einen Ausgleich in aktiver Freizeitgestaltung.

Die respektvolle Kooperation mit den zahlreichen beteiligten Berufsgruppen in einem somatischen Krankenhaus, das die Patient*innen in den Mittelpunkt stellt, habe ich als bereichernd und anregend empfunden.

.....
Dipl.-Psych. Juliane Dürkop,
Psychologische Psychotherapeutin





Theorie und Behandlung

Psychodynamische Perspektiven auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung

In den aktuellen Fassungen der diagnostisch-klassifikatorischen Manuale psychischer Störungen, ICD-11 und DSM-5, ergibt sich eine Neuerung hinsichtlich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. War lange Zeit eine kategoriale Diagnostik leitend, sind es nun dimensionale Aspekte der Diagnostik. Psychodynamische Behandlungsmethoden können dies in besonderer Weise aufnehmen. Mit der Übertragungsfokussierten Psychotherapie sowie der Mentalisierungsbasierten Therapie werden zwei solcher Methoden knapp vorgestellt.

Was wir heute „Persönlichkeitsstörung“ nennen, hat die Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen schon seit der Anfangszeit moderner Psychotherapie vor Herausforderungen. Nachdem sie zunächst als „Charakterneurose“ bezeichnet worden war, wurde deutlich, dass sich die Symptomatik weniger in isolierten Verhaltensweisen zeigt, sondern „in“ der Persönlichkeit, also im Wesentlichen darin, wie jemand Beziehungen und Gefühle sowie sich selbst inmitten dessen erleben oder nicht erleben kann.

Der Wandel im Blick auf Persönlichkeitsstörungen

Zwar hat es schon seit vielen Jahrzehnten psychodynamische Vorschläge dazu gegeben, wie „Persönlichkeit“ und deren „Störungen“ beschrieben werden können, etwa im Konzept der Persönlichkeitsorganisation oder im Konzept der psychischen Struktur, erst in den letzten Fassungen der International Classification of Diseases (ICD-11) oder des Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) hat es eine Bewegung weg von einer ausschließlich kategorialen Diagnostik hin zu einer im Kern dimensional diagnostik gegeben.

Die beiden wichtigsten Unterschiede zwischen einer kategorialen und einer dimensional diagnostik liegen darin, dass in einer kategorialen Diagnostik

zwischen „persönlichkeitsgestört“ und „nicht persönlichkeitsgestört“ eine klare Trennlinie gezogen wird und dass auf der Basis dessen die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (z. B. der anankastischen) vergeben werden kann.

Daran ist zu Recht kritisiert worden, dass die einzelnen spezifischen Persönlichkeitsstörungen nicht genügend trennscharf voneinander unterschieden werden können und dass insbesondere für das Konstrukt „Persönlichkeitsstörung“ nicht überzeugend ist, dass beispielsweise bei Vorliegen von fünf von neun deskriptiven Symptomen eine Diagnose vergeben wird und dies bei Vorliegen von vier von neun nicht der Fall ist.

In einer Verknüpfung von dimensionaler mit kategorialer Diagnostik wird daher im alternativen Modell zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (im Anhang des DSM-5) zunächst dimensional die Schwere von Persönlichkeitsproblemen erfasst (anhand von Selbststeuerung, Identität, Empathie und Intimität). In einem zweiten Schritt wird dann anhand der Prüfung des Vorliegens von Persönlichkeitsfacetten ermittelt, ob ein jeweiliges Profil der Persönlichkeit vorgegebenen Mustern spezifischer Persönlichkeitsstörungen entspricht (hier also dann kategorial).

In der ICD-11 findet sich ein ähnlicher Gedanke wieder. Es wird auf diagnostischer Ebene zunächst „nur“ ermittelt, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und wie schwer sie ist. Auf der Basis dessen umfasst die Diagnose Persönlichkeitsstörung auch hier, ob es sich um eine leicht-, mittel- oder schwergradige handelt. Erst in einem zweiten Schritt werden „ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale oder -muster“ identifiziert, sodass eine Diagnose etwa lauten kann „negative Affektivität bei Persönlichkeitsstörung“ (die übrigen Merkmale



Es wird auf diagnostischer Ebene zunächst „nur“ ermittelt, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und wie schwer sie ist

sind: Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus). Eine Sonderstellung kommt dabei dem zu, was in der ICD-10 „emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus“ genannt worden ist. In der ICD-11 ist das nun so genannte „Borderline-Muster“ die einzige Form, in der nicht von „XYZ bei Persönlichkeitsstörung“ gesprochen wird, sondern von einem spezifischen Muster.

Dass dem Borderline-Muster hier eine Sonderstellung zukommt, hat nicht zuletzt den Grund, dass, wie auch in der [S3-Leitlinie](#) zur Behandlung vermerkt, Menschen, welche die diagnostischen Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 erfüllen, auch weiterhin eine störungsspezifische Behandlung erhalten können.

Die stark dimensionale Ausrichtung der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sowie der Umstand, dass dem Borderline-Muster eine Sonderstellung zukommt, lassen einen an dieser Stelle knappen Blick auf psychodynamische Behandlungsmöglichkeiten als hilfreich erscheinen. Die beiden am besten in ihrer Wirksamkeit zur Behandlung der Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster erforschten Methoden sind die Übertragungsfokussierte Psychotherapie und die Mentalisierungs-basierte Therapie. Zu beiden können an dieser Stelle nur einzelne Aspekte des Störungsverständnisses und der Behandlung herausgegriffen werden.

Selbst-Objekt-Dyaden in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP für: transference-focused psychotherapy, Kernberg, Clarkin & Yeomans, 2022) geht auf die Objektbeziehungstheorie Otto F. Kernbergs zurück, die dieser seit den späten 1960er-Jahren entwickelte. Ein zentraler konzeptueller Aspekt darin sind die sogenannten Selbst-Objekt-Dyaden. Es wird davon ausgegangen, dass bei manchen schweren Persönlichkeitsstörungen, darunter die Borderline-Störung, ein bestimmter Schritt in der psychischen Entwicklung erschwert oder unmöglich gewesen ist. Bei diesem Schritt handelt es sich um den Weg von einer Phase der Spaltung, die in der

„gesunden“ psychischen Entwicklung eine Rolle spielt, zu einer Möglichkeit der Integration.

Damit ist die Annahme gemeint, dass in der frühen Kindheit die Welt in „nur gut“ und „nur schlecht“ unterteilt wird. Darin ist eine Spaltung zu sehen, es kann und muss noch nicht um einen differenzierten Blick auf andere Menschen gehen, sondern diese sind entweder ganz toll oder ganz blöd. Die zunehmende psychische Integration unterschiedlicher Affekte und Beziehungserfahrungen erlaubt es dann, sowohl sich selbst als auch andere Menschen in ihren verschiedenen Facetten zu sehen: Die Mama, auf die man gerade wütend ist, ist dieselbe Mama, die man liebt und braucht. Und man ist auch dieselbe Person, wenn man zärtlich Nähe sucht und wenn man sich wütend abgrenzt.

Eine wichtige Annahme in der TFP besteht nun darin, dass Patient*innen mit Borderline-Störung in Prozessen der Spaltung gefangen bleiben und ihnen der Weg in die psychische Integration von Widerstreitendem erschwert ist. Es gibt keine

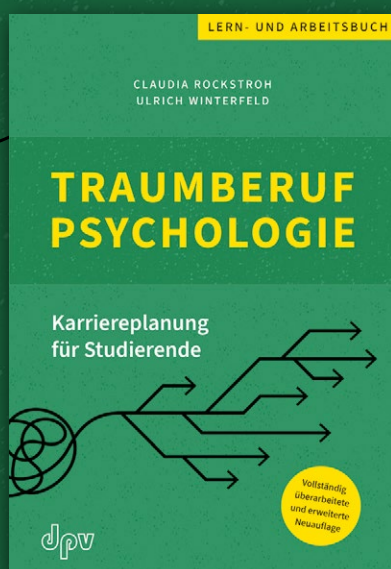
„integrierten“ Vorstellungen vom Selbst und vom anderen (dem „Objekt“). Ferner wird angenommen, dass dann eben nicht verschiedene Facetten der eigenen Person miteinander in Verbindung stehen, sondern einzelne Teile der Selbstvorstellung mit einzelnen Teilen der Vorstellung der anderen Person (also Teile der Objektvorstellung) verbunden sind, und zwar in einer nahezu automatischen Weise, also jenseits der Reflexion oder des Abwägens.

Ein Beispiel dafür ist eine Patientin, die eigene Bedürftigkeit spürt (also ein Teil der Selbstvorstellung). Dieser Teil ist nicht mit anderen Facetten des Selbsterlebens verbunden, sondern mit der automatischen Erwartung, dass das Gegenüber sie demütigen oder verletzen wird (also mit einem Teil der Objektvorstellung). Immer wieder erweckt das Spüren eigener Bedürftigkeit dann die Gewissheit, vom anderen (dafür) gedemütigt zu werden. Diese Verknüpfung wird als Selbst-Objekt-Dyade bezeichnet, genauer: Teil-Selbst-Teil-Objekt-Dyade. Meist erweckt die „aktivierte“ Selbst-Objekt-Dyade

ANZEIGE

Die Psycholog*innen der Zukunft haben noch nicht Ihre Sicherheit.

djpv Deutscher
Psychologen
Verlag GmbH



Durch die vielen Gesetzesänderungen, viel Theorie im Studium und viele neue mögliche Berufsfelder haben Studierende oft große Unsicherheiten bezüglich ihrer Karriere als Psycholog*in.

Mit dem neu erschienenen Lern- und Arbeitsbuch „Traumberuf Psychologie“ können Sie Studierenden Sicherheit schenken:

- mit Erklärungen zum neuen und alten Weg in die Psychotherapie,
- mit tiefen Einblicken in über 25 Berufsfelder,
- mit praktischen Tipps für den Berufseinstieg
- und mehr!



Zum Buch: [Traumberuf-Psychologie.de](https://www.traumberuf-psychologie.de)

Ängste und muss daher durch eine andere Selbst-Objekte-Dyade abgewehrt werden, etwa die ebenso automatische Aktivierung der Verknüpfung eines machtvollen Selbst, das sich gegen ein wertloses Gegenüber destruktiv zur Wehr setzen muss.

Die TFP als Behandlungsmethode zentriert sich dann auf die Aufgabe der Integration der Selbst- und Objektvorstellungen sowie der aversiven Affekte. Ein wichtiges Mittel dazu ist, dass sich die Selbst-Objekt-Dyaden und der Wechsel zwischen ihnen in der Übertragung und Gegenübertragung zeigen sowie dort verstanden und verändert werden können: von der Spaltung zur Integration.

Mentalisierungsfehler in der Mentalisierungsbasierten Therapie

Ein zentrales Element des Störungsverständnisses und der Behandlungskonzeption in der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT; Bateman, Fonagy & Taubner, 2019) ist die Mentalisierungsfähigkeit. Unter Mentalisieren versteht man, dass jemand sich das eigene Verhalten und das Verhalten anderer Menschen als etwas vorstellen kann, das auf inneren Zuständen beruht, also etwa Gedanken, Gefühlen oder Absichten. Mentalisieren zu können, stellt einen Puffer zwischen Affekt und Handlung zur Verfügung und spielt damit eine wichtige Rolle in der Impulssteuerung. Nicht immer muss das Mentalisieren dabei explizit erfolgen; oft wissen wir darum, was in uns oder anderen vorgeht, ohne etwas aktiv denken zu müssen, was ja auch in der Regel mental zu aufwendig wäre. Aber wir können vom Impliziten ins Explizite umschalten, etwa dann, wenn uns klar wird, warum wir es gerade so genießen, Zeit mit einem Freund oder einer Freundin zu verbringen.

Allerdings wird beschrieben, dass das Mentalisieren vom Expliziten ins Implizite „kippen“ kann, ohne dass unmittelbar wieder das explizit mentalisiert werden kann, was implizit angestoßen worden ist. Hier spricht man von einem „Schalt- punkt“: Bei zunehmender Erregung bzw. bei „Bindungsstress“ schaltet man in eine Form des impliziten Mentalisierens um, die erst nach einiger Zeit wieder aufgegeben werden kann (und zwar

in Abhängigkeit von der Bindungsrepräsentation: Bei sicherer Bindung tritt der Schaltpunkt erst spät auf, und das Zurückschalten ins Explizite gelingt recht schnell, bei unsicher-ambivalenter Bindung liegt der Schaltpunkt früh, und das Zurückschalten können braucht längere Zeit).

Diese Form des impliziten Mentalisierens bringt auch Mentalisierungsfehler bzw. Formen des Prämentalischierens mit sich, so etwa das Pseudomentalisieren (in seiner intrusiven Form: das Übergehen der Verborgenheit mentaler Zustände sowie die Gewissheit, „genau zu wissen“, was im anderen vorgeht; in seiner hyperaktiven Form: eine konfuse und inkonsistente Form), das Erleben entlang psychischer Äquivalenz (etwa: „Weil mich verletzt hat, was jemand gesagt hat, hat er es auch gesagt, um mich zu verletzen“) oder der Weg in impulsives Verhalten im Sinne einer Fehleinschätzung der sozialen Realität, die nur mehr Kampf, Flucht oder Erstarren offenlässt.

Die Behandlung im Rahmen einer MBT sieht dann die (Wieder-)Herstellung der Mentalisierungsfähigkeit im Zentrum. Mentalisierungsfördernde Interventionen versuchen sich in einer Unterstützung dessen, über Ereignisse und das eigene Fühlen und Handeln darin anders nachdenken zu können. Dazu wird eine „mittlere“ Affektbeteiligung gefördert und das Narrativ eines Ereignisses neu bewertet bzw. verändert.

AUTOR

Prof Dr. Timo Storck

Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychologischen Hochschule Berlin sowie Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören: konzeptuelle Kompetenz in der Psychotherapie, psychische Gesundheit in Gesellschaft und Kultur, psychodynamische Prozessforschung.



Literatur:

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (2022). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused-Psychotherapy (TFP)*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Taubner, S., Fonagy, P. & Bateman, A. (2019). *Mentalisierungs-basierte Therapie*. Göttingen: Hogrefe.


www.psy-dak.de/shop

Weniger Schreibstress. Mehr Tiefe.

Psychodynamik-App von Dr. Jungclaussen

Der Betrag stellt Ihnen eine neue integrierte Gesamtlösung für ambulante und stationäre Berichtserstellung, Supervision, Dokumentation/QS und Fortbildung (ambulant, stationär und in Weiterbildung) vor.

Abends um halb zehn am Schreibtisch: Psychotherapeutin Stefanie Richter¹ (TP) sitzt vor der Psychodynamik im Psychotherapieantrag. Im Kopf ist der Fall lebendig, aber auf ihrem Bildschirm stehen lange Zeit unsichere Stichworte. Sie fragt sich am Schluss: „Habe ich an alles gedacht? Konnte ich die Komplexität angemessen reduzieren? Ist das gut genug für den Gutachter?“ Ihr Blick wandert erneut frustriert zum überfüllten Bücherregal.

TP-Kollege Dr. med. Müller kennt ein anderes Szenario: In der psychosomatischen Klinik verliert er im Abschlussbericht oft den roten Faden. Zwischen OPD-3 und Behandlungsplanung wird die Fallkonzeption leicht zum nächtlichen Zeitfresser. Dozent Dr. Friederich (AP) unterrichtet am TP/AP-Institut und ringt damit, psychodynamische Fachbegriffe didaktisch klar und gleichzeitig praxisnah zu vermitteln. Und in der Supervision gelingt es Erfahrenen und Anfängern nicht immer, die Dynamik des eigenen Falls verständlich zu bündeln. Genau an diesen **vier Schmerzpunkten** setzt die Psychodynamik-App von Dr. Ingo Jungclaussen an.

Was leistet die App?

Herzstück der App ist ein **interaktiver Eisberg-Befundbogen**, in dem sich alle zentralen Aspekte des Störungsmodells (Ätiologie, Konflikt, Struk-

¹ Alle Namen fiktiv

tur, Abwehr, Beziehung, Mentalisierung u. a.) über Dropdown-Felder systematisch anklicken lassen – inklusive der Neuerungen der OPD-3. So entsteht auf einer Seite ein eigenständig erstelltes, übersichtliches, fachlich fundiertes Störungskonzept, das wie ein roter Faden durch das weitere Konzept führt.

Neu ist seit Herbst 2025 eine zweite Seite, auf der auch bisheriger **Verlauf und Behandlungsplanung** ebenso strukturiert erfasst werden. Damit werden die beiden schwierigsten Punkte im Bericht – Psychodynamik und Behandlungsplan – in einem durchgängigen Prozess bearbeitet. Der Word-Export überführt am Ende alle Eintragungen an die passenden Stellen des Berichts. Alternativ lässt sich das Störungsmodell als Eisberg-PDF für Supervision, Intervention oder Dokumentation ausgeben. Insbesondere Letzteres ist in Zeiten erhöhter QS-Anforderungen ein nicht unwichtiger Zusatznutzen. Mit Hilfe einer speziellen Projektdatei können angefangene Fälle ferner abgespeichert und mit einem Klick jederzeit nahtlos weiterbearbeitet werden.

Besonders entlastend für Perfektionist*innen:

Die App erinnert an jene psychodynamischen Aspekte, die man „im Kopf“ hat, im Schreibstress aber leicht vergessen kann. Statt sich in Grübelschleifen zu verfangen, können Therapeut*innen sich an den Auswahlfeldern entlanghangeln und behalten

über zusätzliche Freitextfelder dennoch ihre eigene Sprache im Bericht. Für Kolleg*innen, die sich mit psychoanalytischen Fachbegriffen unsicher fühlen oder ständig nachschlagen, stehen umfangreiche Erklärtexzte zur Verfügung – ein Kompendium direkt dort, wo man es braucht, nämlich im Schreibprozess. Wer das Wissen vertiefen möchte, kann die Inhalte im begleitenden E-Learning-Kurs systematisch durcharbeiten und 40 Fortbildungspunkte erwerben. In Ausbildungsseminaren hilft die Anwendung, um mit den Teilnehmenden gemeinsam Störungsmodelle zu entwickeln. Auch hier dienen die hinterlegten **Erklärtexzte** und der **begleitende E-Learning-Kurs** mit Wissenstest dazu, das Gelernte sinnvoll zu vertiefen.

Zeitfresser: Das Formulieren

Und was ist mit dem eigentlichen Zeitfresser, dem Formulieren? Hier unterstützt ein bewusst schlank gehaltener optionaler **KI-Schreibassistent**. Auf Basis der zuvor eigenständig ausgewählten Inhalte erstellt dieser beim Word-Export einen ersten Fließtextentwurf, der anschließend fachlich geprüft und angepasst werden kann. Die KI

bleibt strikt auf diese Funktion der Fließtexterstellung begrenzt. Daten werden datenschutzkonform verschlüsselt verarbeitet, weder gespeichert noch zum Training externer Systeme genutzt, wodurch sich die App von anderen Anbietern auf diesem Feld explizit abgrenzt. Wer möchte, arbeitet stattdessen mit der vollständig **offline nutzbaren Version** ganz ohne KI.

Fazit

Ob in Praxis, Klinik, Weiterbildung oder Hochschule: Die Psychodynamik-App bündelt Fallkonzeption, Berichtserstellung, Dokumentation, QS, Supervision, Fortbildung und E-Learning zu einem integrierten Gesamtwerkzeug. Sie ersetzt nicht die klinische Urteilskraft, aber sie nimmt den Druck, als Therapeut*in gleichzeitig Sekretariat, Glossar, Dokumentationskraft und Lehrbuch gleichzeitig sein zu müssen. So bleiben mehr Zeit und innere Kapazität für das, worum es eigentlich geht: die psychotherapeutische Arbeit mit den Patient*innen.

.....
Dr. Ingo Jungclaussen



PSY-DAK – INSTITUT FÜR PSYCHODYNAMISCHE DIDAKTIK

Alle Angebote von Dr. Ingo Jungclaussen

PSYCHODYNAMIK-APP

Exklusives App-Einführungsangebot für Leser*innen von *VPP aktuell*:

- **20 % Rabatt** im ersten Jahr auf die Einzel-Jahres-Lizenz und die Lifetime-Lizenz der App
- Rabattcode: APPVPP2025
- **Aktion nur gültig bis: 31.1.2026**
- Hier erwerben Sie die App:
▶ www.psy-dak.de/shop
- Weitere Infos:
▶ www.psychodynamik-app.de
- Neben Einzel-Lizenzen ist die App auch lizenzierbar für Kliniken, Aus-/Weiterbildungsinstitute sowie Universitäten.

SHOP

Im Psy-Dak-Shop erhalten Sie neben der App auch Zugang zu zertifizierten E-Learning-Modulen, Lernvideos, E-Books, Erklärpostern und weiteren Berichtsprogrammen u. v. m.

▶ www.psy-dak.de/shop

NEUE AFTER WORK-HERBSTAKADEMIE

Eine Stunde Online-Vortrag nach Feierabend – kompakt, fundiert, immer montags um 19:30 Uhr live mit Dr. Jungclaussen. Seien Sie mit dabei und steigen Sie jederzeit ein:

▶ www.psy-dak.de/herbstakademie

E-LEARNING-AKADEMIE

▶ www.elearning-tiefenpsychologie.de

2024

2025

2026

Zentrale Projekte und Serviceangebote Jahresrückblick 2025

Der Beitrag gibt einen Überblick, welche berufspolitischen Themen der VPP-Vorstand 2025 priorisiert hat und welche Aktivitäten konkret umgesetzt wurden.

+++

Ausbildungsreform: Fehlende Finanzierung der neuen Weiterbildung

Das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThRefG) ist seit 2020 in Kraft; immer mehr junge Menschen schließen den neuen Approbationsstudiengang ab und würden gerne die fünfjährige Fachweiterbildung anschließen. Aber es gibt nur eine geringe Zahl Weiterbildungsplätze, denn die Finanzierung der Weiterbildung wurde weiterhin nicht geregelt.

Ein breites Bündnis von Akteur*innen (sogenannte „Task-Force Finanzierung“), in dem sich der VPP als einer der Verbändevertreter maßgeblich engagierte, setzte sich koordiniert zu verschiedenen Gesetzgebungsverfahren und Anlässen für die erforderlichen Veränderungen ein. Zu diesen Aktivitäten gehörten koordinierte Medienarbeit, Briefe

an Politiker*innen und Demonstrationen. Ein erster Erfolg: Die neue Bundesregierung nahm die Sicherstellung der Finanzierung der Weiterbildung in den **► Koalitionsvertrag** auf.

Da sich im Jahresverlauf keine Ambitionen der Regierung oder des Bundesministeriums für Gesundheit in diese Richtung abzeichneten, kam es wieder zu mehreren Demonstrationen, die maßgeblich von Studierenden der **► Psychologie-Fachschaften-Konferenz** unterstützt wurden. Der VPP unterstützte die Veranstalter*innen und nahm an Demos wie Kundgebungen teil.

Als im Oktober 2025 bekannt wurde, dass im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung der Pflege (kurz BEEP) eine unzureichende Teilregelung der Finanzierung der Weiterbildung in Ambulanzen geplant wurde, initiierte der VPP auf Basis der im oben genannten Bündnis erarbeiteten Dokumente und Absprachen eine **► verbändeübergreifende Stellungnahme**, die an führende Gesundheitspolitiker*innen versandt wurde.

Services für Studierende und PiA

Anfang 2025 wurden von uns **zwei Informationsveranstaltungen** (online) umgesetzt: eine für Studierende der zur Approbation führenden Studiengänge sowie eine zweite für Studierende, die klinisch tätig werden möchten, aber nicht an akkreditierten bzw. zur Approbation führenden Studiengängen studieren. Der Andrang und das



Interesse waren immens. In Summe nahmen ca. 500 Studierende teil.

Außerdem gibt es ein weiteres, attraktives Serviceangebot für Psycholog*innen in psychotherapeutischer Ausbildung (PiA): BDP-/VPP-Neumitglieder vor der Approbationsprüfung nach altem Recht erhalten als **► Buchgeschenk „Das Repetitorium“**.

+++

Gesundheitsdatenschutz im Rahmen der Telematik-Infrastruktur und der elektronischen Patientenakte (ePA)

Seit Oktober 2025 muss die „ePA für alle“ nach gesetzlichen Vorgaben von Leistungserbringenden bei gesetzlich Versicherten mit Befunden, Arztbriefen, Laborergebnissen etc. befüllt werden. Vor der Speicherung von hochsensiblen Daten mit Stigmatisierungsrisiko (sexuell übertragbare Erkrankungen, Schwangerschaftsabbruch oder psychische Erkrankungen) müssen Behandelnde ihre Patient*innen gesondert über Widerspruchsrechte informieren (Aufklärungspflicht). Pseudonymisierte ePA-Daten werden für Forschungszwecke an das nationale Forschungsdatenzentrum Gesundheit weitergeleitet.

”

Der VPP hatte sich starkgemacht für hohe Standards betreffend Gesundheitsdatenschutz

Der VPP hatte sich starkgemacht für hohe Standards betreffend Gesundheitsdatenschutz in den zurückliegenden Digitalgesetzen (PDSG, DigiG und GDNG), bemängelt weiterhin bestehende Schwachstellen der elektronischen Patientenakte „ePA für alle“ (z. B. fehlende selektive Zugriffsberechtigungsvergabe) und beobachtet nationale als auch EU-bezogene Regularien, welche auf die Weiterverwendung von Medizindaten abzielen (z. B. European Health Data Space, EHDS).

Nachdem gravierende Sicherheitsmängel der ePA festgestellt worden waren (durch den Chaos Computer Club Anfang 2025) hatte der BDP auch einen **► offenen Brief mit 30 weiteren Verbänden** gezeichnet.

Im Rahmen der ersten Delegiertenkonferenz (DK 1) des BDP 2025 wurde eine **► Resolution zur ePA** – u. a. fehlende Regularien für Kinder- und Jugendschutz betreffend – verabschiedet. Der BDP wurde infolge seiner Aktivitäten mehrfach vom (bei Datenschützenden renommierten) Online-Magazin „heise“ zitiert, auch publizierte „heise“ zwei **► Interviews** mit Vorständin Susanne Berwanger.

Aktuell wurden im Rahmen des Gesetzentwurfes der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sinnvolle Ausnahmeregelungen zu Speicherpflichten bei Leistungserbringenden festgelegt: Sind gravierende therapeutische Nachteile zu erwarten oder werden Rechte Dritter betroffen, müssen Leistungserbringende die betreffenden Daten nicht mehr speichern; zusätzlich werden Abrechnungsdaten und Diagnosen nur für Versicherte sichtbar in der ePA gespeichert. Dies kann als voller Erfolg unseres berufspolitischen Engagements gewertet werden. Auf der zweiten Delegiertenkonferenz (DK 2) hat der VPP eine weitere **► Resolution** vorgelegt, die an das Thema der noch fehlenden eindeutigen gesetzlichen Regelung zum Beschlagnahmeverbot von in der ePA gespeicherten Gesundheitsdaten erinnert und die Bundesregierung auffordert, hier klar nachzubessern.

Serviceangebote zur „ePA für alle“

Der Informations-Flyer zum Thema steht weiterhin zum Download für alle Interessierten zur Verfügung. Er enthält spezielle Informationen und Hinweise den Gesundheitsdatenschutzes betreffend bei psychischen Erkrankungen und kann zusammen mit weiteren Materialien über den **► VPP-Webshop** in Printversion zum Selbstkostenpreis bestellt werden. Weitere Materialien (z. B. Aushangposter) finden sich im **► VPP-Mitgliederbereich** und können ebenfalls im VPP-Webshop zum Selbstkostenpreis bestellt werden.

+++

Versorgungsverbesserung

Die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen sowohl im ambulanten Sektor als auch im stationären Bereich ist berufspolitisches „Dauerthema“ im VPP, ebenso die Versorgung schwer körperlich Erkrankter mit psychotherapeutischen, leitlinienorientierten Maßnahmen. Zu verschiedenen Anlässen haben wir Stellung bezogen.

Positionen zur Bundestagswahl

Bereits im Vorfeld der vorgezogenen Bundestagswahlen hatte der BDP ein Paket von Positionspapieren zusammengestellt und an die demokratischen Parteien versandt. Nach den Wahlen aktualisierten wir das Positionspapier „Nachhaltige psychotherapeutische Versorgung sichern!“ und stellten folgende zentrale Forderungen an die neue Bundesregierung:

- **Niederschwelliger Zugang und Steuerung durch Psychotherapeut*innen:** Die Psychotherapeutische Sprechstunde muss als verbindliches, niedrighschwelliges Steuerungsinstrument erhalten und gestärkt werden – mit überweisungsfreiem Erstzugang.
- **Kürzere Wartezeiten:** Zulassungen niedergelassener Psychotherapeut*innen müssen sich am realen Bedarf orientieren. Kinder- und Jugendliche sind separat zu planen. Abrechnungsdaten außervertraglicher Psychotherapie müssen berücksichtigt werden.
- **Anpassung der PPP-RL:** Im stationären Bereich muss eine leitliniengerechte Behandlung durch approbierte Psychotherapeut*innen mit Fachkunde gewährleistet sein. Dazu sind zusätzlich die Minutenwerte der psychotherapeutischen Maßnahmen auszubauen und die Vorgaben der Personalrichtlinie Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) anzupassen.
- **Sektoren- und bereichsübergreifende Kommunikation:** Schnittstellen und Vernetzungsmöglichkeiten zwischen den Versorgungsbereichen und Sektoren in der Regelversorgung müssen geschaffen und vergütet werden.
- **(Geregelte) Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung:** Die Finanzierung der

psychotherapeutischen Weiterbildung muss für alle Weiterbildungsbereiche gesetzlich geregelt werden.

- **Angemessene Vergütung in der Ausbildung:** Psychotherapeut*innen in Ausbildung sind während der Übergangszeit gemäß ihres Grundberufs zu vergüten.
- **Digitalisierung mit Augenmaß:** Die Digitalisierung soll vorangetrieben werden. Psychotherapie bleibt dabei Heilkunde, die wissenschaftlichen Leitlinien und einer individuellen Indikation durch Psychotherapeut*innen unterliegen muss.

Krankenhausreform

Wir haben in Kooperation mit der „Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgung am Allgemeinkrankenhaus (BAG PSA)“ weiterhin auf die Versorgungsmängel hingewiesen und bei den **Krankenhausreformgesetzen** KHVVG sowie KHAG entsprechende **Stellungnahmen** und Pressemitteilungen veröffentlicht. Zentrale vorgebrachte Kritikpunkte sind nicht berücksichtigte Versorgungsmängel von schwerst psychisch Erkrankten, die stationär psychiatrisch versorgt werden. Dort ist gerade in Akut- oder Regelstationen immer noch keine leitlinienorientierte Behandlung mit Psychotherapie möglich, da die Vorgaben der PPP-RL keine ausreichenden Vorgaben machen. Zusätzlich wurden die noch unzureichende sektorenübergreifende Vernetzung kritisiert oder das Problem der Polypharmazie. Der BDP/VPP wurde in Folge seiner Aktivitäten auch zur Verbändeanhörung zum KHAG vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit eingeladen, und Susanne Berwanger konnte das Anliegen dort mündlich vortragen.

Berufsgruppenübergreifende Komplexrichtlinie

Bei der sogenannten berufsgruppenübergreifenden Komplexrichtlinie (KSV-Psych-Richtlinie) für eine berufsgruppenübergreifende ambulante Versorgung komplex und schwerst psychisch Erkrankter hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Anpassung infolge des Evaluationsprozesses vorgestellt. Die Evaluationsstudie zeigte, dass insgesamt noch keine flächendeckende Netzwerkversorgung gewährleistet ist. Eine Befragung

von Expert*innen ergab als zentrale Hürden bei der Netzwerkgründung: eine ausgeprägte Sorge vor Bürokratie, fehlende finanzielle Anreize, keine Möglichkeit einer Übernahme von Bezugstherapeut*innen bei hälftigem Kassensitz, keine Möglichkeit, eine schnelle Abfolge der Sprechstunde sowie der differenzialdiagnostischen Abklärung zu realisieren, sowie fehlende Kooperationen mit stationären Einrichtungen oder Fachkräften der Ergo-/Soziotherapie und psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Bereits 2021 hatten der BDP und VPP zum Erstentwurf der Richtlinie Stellung bezogen und als zentrale Kritikpunkte die zu hohen zahlenmäßigen Vorgaben an die Netzwerkteilnehmenden und der fehlenden Möglichkeit zur Übernahme von Bezugstherapeut*innen von Mitgliedern mit hälftigem Kassensitz benannt. Auch die Nichtberücksichtigung psychologisch-psychotherapeutischer Expertise bei der differenzialdiagnostischen Abklärung wurde stark kritisiert.

Die 2025 vorliegenden Anpassungen griffen etliche dieser Schwachstellen auf und boten Verbesserungsvorschläge, die vom Verband begrüßt wurden. Infolge seines Engagements und einer erneuten Positionierung wurde der BDP/VPP wieder zur G-BA-Verbandanhörung eingeladen und dabei erneut von Susanne Berwanger vertreten. Veröffentlichungen sind erst nach der Richtlinienbeschlussfassung möglich.

+++

Präsidiumsbeauftragung Kindeswohl und Kinderrechte

Die vom Präsidium des BDP beauftragte, sektionsübergreifende Gruppe (mit Heike Bott, Monika Sklorz-Weiner, Karin von Reventlow und Pia Lena Gran) nahm die Arbeit im Oktober 2024 auf. Der BDP als Gründungsmitglied des Netzwerkes Kinderrechte ist seit September durch Monika Sklorz-Weiner im erweiterten Vorstand des Netzwerkes vertreten.

Anlässlich des Weltkindertages am 20. September 2025 forderte der BDP, **► Kinderrechte im Grund-**

gesetz zu verankern, und zwei Monate später (20. November) zum Internationalen Tag der Kinderrechte appellierte der Verband an alle Verantwortlichen in der Politik, die **► Investitionen für Kinder und Jugendliche** zu priorisieren.

Außerdem wurde zur DK 2 eine Resolution zur frühkindlichen Entwicklung und Bildung einstimmig angenommen. Damit trägt der BDP mit seiner Expertise aktiv zu mehr Chancengerechtigkeit, mehr Lebenskompetenz und mehr Unterstützung für Familien und Kinder von Geburt an bei.

+++

Registerbestrebungen „gegen“ psychisch erkrankte Gewalttäter*innen

Nach zunehmenden Diskussionen die Gefährdung durch Gewalttäter mit psychischen Erkrankungen betreffend brachte die Sektion VPP die **► Positionierung** „Statt Stigmatisierung und Registrierung: Mit Prävention und Behandlung gegen Gewalt“ ein. Sie wurde u. a. an die Innenminister der Länder und die hessische Landesregierung versendet und mit einer Pressemitteilung veröffentlicht. Wir betonen: Menschen mit psychischen Erkrankungen haben per se kein erhöhtes Gewaltpotenzial.

Unsere Forderungen

Um Gewalttaten effektiv entgegenzuwirken, sollte eine Gesellschaft bei den vorrangigen Faktoren, die Gewalt wahrscheinlich machen, gegensteuern: die Förderung eines respektvollen gesellschaftlichen Klimas und der Aufbau einer sozialen Chancengleichheit, gefolgt von Hilfen für Familien (z. B. zur Förderung einer gewaltfreien Kommunikation oder zur Unterstützung bei Belastungen). Ein weiterer wichtiger Eckpunkt zur Gewaltreduktion stellt die Prävention von Suchtmittelkonsum dar. Denn ein großer Anteil von Straftaten steht nach wie vor in Zusammenhang mit Alkohol- und Drogeneinnahme.

.....
Susanne Berwanger,
Mitglied VPP-Vorstand



Ein Erfahrungsbericht

Praktikum in der ambulanten Praxis

Seit der Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) zum 1. September 2020 sind Psychologiestudierende verpflichtet, im Bachelorstudium drei Pflichtpraktika zu absolvieren. Die Inhalte und Praktika müssen den Vorgaben des PsychThG und der Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen (PsychThApprO) entsprechen.

Im Bachelor durchlaufen die Studierenden das Orientierungspraktikum (150 Stunden), die Berufspraktische Tätigkeit I (240 Stunden) sowie das Forschungspraktikum. Hierbei können die Praktika entweder semesterbegleitend absolviert werden oder am Stück (ca. vier bzw. sechs Wochen). Während Letzteres meist über die Universitäten oder externe Forschungseinrichtungen organisiert wird, müssen Studierende für die ersten beiden Praktika häufig selbst geeignete Plätze in Praxen oder Kliniken finden. Genau hier beginnt das Problem.

Praktikumsplätze sind rar

Die Plätze sind sehr begrenzt, und viele ambulante Praxen stellen keine Praktikant*innen ein. Nach § 14 der PsychThApprO darf das Orientierungspraktikum von Personen mit einem Diplom- oder Masterabschluss in Psychologie betreut werden. § 15 der PsychThApprO zur Berufsqualifizierenden Tätigkeit I legt fest, dass folgende Berufsgruppen zur Betreuung berechtigt sind: Psychologische Psychotherapeut*innen (PP), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) sowie

Psychotherapeut*innen. **Wichtig:** Eine Betreuung durch ärztliche Psychotherapeut*innen ist nicht möglich.

Einen Einblick in den ambulanten Bereich zu erhalten, ist oft schwerer als gedacht. Studierende berichten, dass sie auf ihre Anfragen für einen Praktikumsplatz häufig keine Rückmeldung erhalten oder direkt auf Absagen stoßen. Und das, obwohl von rund 48.000 psychologischen Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen etwa 35.000, also fast drei Viertel, in ambulanten Praxen tätig waren, wie das [Statistische Bundesamt](#) bereits 2019 mitteilte.

Aus meiner Sicht sollten wir als Psychotherapeut*innen unseren Nachwuchs stärker fördern. Auch ich war zu Beginn skeptisch. Ich fragte mich, ob wir – meine Patient*innen und ich – uns mit einer Praktikantin im Raum wohlfühlen würden. Unerwartet reagierten die Patient*innen sehr offen und positiv, was mich darin bestärkte, einer Praktikantin die Möglichkeit zu geben, Einblicke in den Praxisalltag zu gewinnen.

Chancen durch die Integration von Praktikant*innen

Meine anfänglichen Sorgen, dass Patient*innen sich zurückhaltender zeigen könnten, bestätigten sich nicht. Im Gegenteil, die gemeinsame Arbeit empfand ich als große Bereicherung. Durch die Perspektive von Praktikant*innen und deren neugierige Nachfragen entstanden neue Blickwinkel, die den therapeutischen Prozess teilweise sogar vertieften.

Praktikant*innen im Therapieraum eröffnen zudem neue Möglichkeiten. Rollenspiele, Reflecting Teams oder gezielte Expositionsübungen, insbesondere bei sozialphobischen Patient*innen, Rollenspiele allgemein und insbesondere im Rahmen eines sozialen Kompetenztrainings können praktisch unterstützt werden.

Fazit

Natürlich bedeutet die Einarbeitung von Praktikant*innen zunächst einen gewissen organisatorischen Mehraufwand. Insgesamt lohnt sich dieser jedoch sehr, sowohl für die Studierenden als auch für uns Therapeut*innen. Für mich persönlich ist es ein großes Anliegen, unseren psychotherapeutischen Nachwuchs zu fördern und ihm die Chance zu geben, Praxis hautnah zu erleben.

.....
Christel Van den Berghe,
Dipl.-Psych. und Psychologische
Psychotherapeutin in eigener
Praxis mit Schwerpunkt
Verhaltenstherapie für Erwachsene



+++ KURZINFOS BERUFSPOLITIK +++

Nur zögerliche erste Schritte zur Weiterbildung

Immer mehr Absolvent*innen des neuen Studiengangs machen ihre Approbationsprüfung und begeben sich auf die Suche nach Weiterbildungsplätzen. Diese sind aber weiterhin rar. Die Regelungen für die Finanzierung sind unzureichend, und selbst die Regelungen im aktuellen Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbüro-

kritisierung in der Pflege (BEEP) zur Anerkennung der Ambulanzen als Weiterbildungsstätten sind in Gefahr, weil der Bundesrat das Gesetz gestoppt hat. Unsere Botschaft an die Politik: Die Ankündigung im Koalitionsvertrag „Die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung“ ist noch lange nicht umgesetzt!

+++

Qualitätssicherungsverfahren in der Kritik statt in der Erprobung

Das datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie (QS AmPT) soll seit diesem Jahr in Nordrhein-Westfalen (NRW) erprobt werden. Aber Probleme und Kritik häufen sich.

Der ► **Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie** kritisiert die Methodik scharf und rät von einem Einsatz ab. Aufgrund von Problemen bei den Filterregeln sowie den Spezifikationen für die Auslösung des Verfahrens können ein Drittel bis

die Hälfte der Daten nicht mindestens bis Ende 2026 ausgewertet werden, es ist bisher keine externe Evaluation vorgesehen. Und die Finanzierung der Aufwände der teilnehmenden Kolleg*innen ist auch immer noch nicht geklärt. Der VPP empfiehlt, abzuwarten, bis diese Probleme gelöst sind.

Weitere Informationen werden regelmäßig vom VPP-NRW-Team bereitgestellt:
► www.vpp-nrw.org



Mit einer Vorsorgevollmacht inklusive Unternehmensvollmacht & Co.
das Lebenswerk schützen

Rechtliche Vertretung regeln

Das Thema der rechtlichen Vorsorge wird gerne aufgeschoben, obwohl es eines der wichtigsten Themen für Selbstständige ist. Auch für freiberuflich und selbstständig tätige Psychotherapeut*innen spielt es eine bedeutende Rolle und kann im Notfall sogar das eigene Lebenswerk bzw. die Selbstständigkeit sichern.

Folgende Situation tritt ein: Ein Unfall, eine unerwartete Krankheit, und die bzw. der Selbstständige oder der bzw. die Freiberufler*in ist plötzlich handlungsunfähig und fällt kurz- oder sogar langfristig aus.

Was kann u. a. ohne Unternehmensvollmacht passieren?

Laut Gesetz dürfen ohne Unternehmensvollmacht weder die Familie noch zulassungsberechtigte Personen oder Geschäftspartner*innen automatisch und vollumfänglich für die betroffene Person handeln oder entscheiden. Das heißt:

- Termine und Besprechungen werden nicht eingehalten.
- Außenstände bleiben offen.
- Rechnungen werden nicht mehr bezahlt.
- Niemand kümmert sich um die Gewinnung von neuen Patient*innen.

Im schlimmsten Fall hat eine fachfremde, vom Gericht bestellte Betreuungsperson die Entscheidungsgewalt über geschäftliche Angelegenheiten.

Die Lösung: Eine Unternehmensvollmacht

Nur mit einer rechtskonformen Unternehmensvollmacht kann die Geschäftsleitung bzw. Selbstständigkeit rechtssicher und nach eigenen Wünschen an eine Vertrauensperson übertragen werden.

Mit zusätzlichen rechtlichen Vorsorgeregulungen lässt sich auch die Vertretung von privaten Lebensbereichen wie z. B. Finanzen, Pflege oder Behördenangelegenheiten im Notfall an eine Vertrauensperson übertragen. Denn auch hier dürfen die Ehepartnerin bzw. der Ehepartner oder Familienangehörige nicht automatisch vollumfänglich und dauerhaft handeln und z. B. Unterschriften leisten, Überweisungen tätigen oder Krankenkassenanträge stellen.

Jurist*innen empfehlen daher für Privatpersonen eine Gesamtvollmacht bestehend aus:

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung

Eltern minderjähriger Kinder können die Vormundschaft bei beiderseitigem Ausfall über eine **Sorgerechtsverfügung** regeln.

Für Selbstständige, Freiberufler*innen und Unternehmer*innen empfiehlt sich die Abdeckung des privaten Bereiches inklusive einer **Unternehmvollmacht**.

Für weitere Informationen nehmen Sie gerne Kontakt zu den PsyCura-Vorsorge-Expert*innen auf,

und vereinbaren Sie ein kostenloses und unverbindliches Erstgespräch rund um das Thema Ihrer individuellen rechtlichen Vorsorgedokumente! Über den folgenden Link können Sie Kontakt zu unseren Expert*innen aufnehmen:

► psycura.juradirekt.com

.....
Horst Loy,
Testamentsvollstrecker / Generationenberater (IHK)

Kontakt und kostenloses Erstgespräch zur Erstellung Ihrer rechtssicheren Unternehmvollmacht

Mit der JURA DIREKT GmbH – einem seit 2012 spezialisierten und bundesweit tätigen Servicedienstleister rund um das Thema rechtliche Vorsorge – werden Kund*innen mit kooperierenden Rechtsanwaltskanzleien bei der Erstellung individueller Vorsorgedokumente unterstützt.

Die **Vorteile** des Angebots von JURA DIREKT:

- Erfahrung: rechtliche Vorsorge durch Vollmachten, Verfügungen und Notfall-Hilfe seit 2012
- Rechtssicherheit: bundesweites Netzwerk von Rechtsanwält*innen und über 18.000 Notfallhilfen
- Zufriedenheit: über 120.000 Kund*innen mit ausgezeichneter Zufriedenheit
- Anwaltliche Unternehmvollmacht zum Festpreis
- Einfache, schnelle Abwicklung von zu Hause aus – ganz ohne Anwaltstermin vor Ort
- Geschäftliche und private Bereiche absichern – in nur drei Schritten und in maximal 90 Minuten
- Persönliche Begleitung bei der Erstellung und darüber hinaus
- Spezialisiertes Expert*innenteam unterstützt 24/7 bei rechtlichen und organisatorischen Herausforderungen
- Serviceportal mit individuellem digitalem Notfallordner – online jederzeit abrufbar
- Rechtliche Aktualisierung, laufend nach Wunsch und bei Gesetzesänderungen

ANZEIGE

Datenschutz und IT-Sicherheit – Ist Ihre Praxis up to date?

PsyCura[®]
Wirtschaftsdienst GmbH



Der Praxisbetrieb ist heute ohne elektronischen Datenaustausch nicht mehr denkbar. Die wachsende Zahl von Cyber-Angriffen und strenge gesetzliche Vorgaben stellen eine große Herausforderung dar. Auch bei vollständiger Umsetzung geforderter Maßnahmen ist ergänzender Schutz durch spezielle Cyber-Versicherungen unerlässlich.

Fordern Sie ein unverbindliches Angebot an:
www.psycura.de/cyber



PCI-011-05 - Foto: © sebbdeck - Freepik

PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH · Große-Leege-Straße 97/98 · 13055 Berlin · ServiceLine 030 33 77 383 0 · mail@psycura.de

Empfehlungen der psylife-Redaktion

Highlights aus dem Online-Magazin psylife

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen einige von der psylife-Redaktion ausgewählte Beiträge aus dem Online-Magazin vor. Weitere Beiträge zur Psychotherapie lesen Sie kostenfrei unter:

► www.psylife.de/magazin/psychotherapie

Aktuelles aus der Magazin-Rubrik

Langfristig zufrieden im Beruf: Als Therapeut*in Erfüllung statt Erschöpfung finden

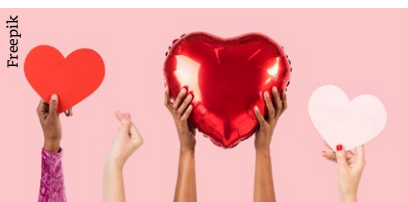


Der Psychotherapeut*innen-Beruf kann zutiefst erfüllend, aber auch zermürbend sein. Zwischen erheblicher Arbeitslast, hohem Anspruch, Systemdruck und gesellschaft-

lichen Krisen ist Zufriedenheit kein Selbstläufer. Selbstfürsorge, Sinn, kreative Leichtigkeit und klare Grenzen sind entscheidend, um langfristig im Job glücklich und gesund zu bleiben.

► [Artikel lesen](#)

Sexualität als Schlüsselthema in der Psychotherapie: Warum wir hinschauen müssen



Sexualität ist ein grundlegender, doch oft tabuisierter Aspekt menschlichen Erlebens – und gerade deshalb ein unverzichtbares Thema in der Psychotherapie. Ihre Vielschichtigkeit

verlangt kontinuierliche Selbstreflexion und vor allem Respekt vor der Einzigartigkeit jede*r Patient*in. Im psylife-Interview berichtet die ärztliche Psychotherapeutin und Sexualmedizinerin Dr. Stephanie Kossow über den Umgang mit Sexualität in der Praxis, gesellschaftliche Herausforderungen und Diversität.

► [Artikel lesen](#)

Zwischen Fürsorge und Überforderung: Pflegende Angehörige unterstützen

Pflegende Angehörige sind oft stille Held*innen, deren Erfahrungen an die Grenzen des Ertragbaren gehen. In vielen Fällen handelt es sich um eine lang anhaltende und überwältigende Lebenserfahrung. Die innere Zerrissenheit zwischen Fürsorge und Überforderung führt nicht selten zu einem sekundären traumatischen Stresssyndrom. Gleichzeitig mangelt es vielerorts an angemessener psychosozialer Unterstützung. Wie diese gelingen kann, zeigt dieser Artikel.



► [Artikel lesen](#)

Wenn die NS-Zeit nachwirkt: Transgenerationale Lasten verstehen und lösen

Nach einem persönlichen Schicksalsschlag beginnt Notfallpsychologin Melanie Härdl, sich mit ihrer Familiengeschichte auseinanderzusetzen, und erfährt, dass ihre Großeltern als Psychiater*innen in der NS-Zeit aktiv gewesen sind. Im psylife-Interview spricht sie darüber, wie sich transgenerationale Themen auflösen lassen und welche Schatten die NS-Zeit bis heute auf Psychiatrie und Psychotherapie wirft.



► [Artikel lesen](#)

Wollen Sie regelmäßig neue Beiträge lesen?

Dann melden Sie sich gleich für den kostenlosen psylife-Newsletter an. Dieser erscheint alle 14 Tage. Als Dankeschön erhalten Sie die Broschüre „Achtsamkeit für Profis“.

► www.psylife.de/newsletter



.....
 ► redaktion@psylife.de, ► www.psylife.de

Veranstaltungskalender

20. Januar 2026

Informationsveranstaltung für Studierende

Thema: Umsetzung der neuen Weiterbildung und der neuen Approbationsprüfung (aoPP)
Ort: Berlin und online
Infos und Anmeldung in Kürze:
▶ www.vpp.org

23. Januar bis 8. Mai 2026

Curriculum Spezielle Psychotherapie (DeGPT)

Ort: München
▶ www.tinyurl.com/4vxch2de

13. und 14. März 2026

DDPP-Onlineworkshop

Thema: Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen 2026 (Workshop 1)
Ort: Tübingen
▶ www.tinyurl.com/y49k2zad

19. bis 21. März 2026

DeGPT Jahrestagung 2026

Thema: Rassismus, Diskriminierung und gesellschaftliche Ungleichheit – Psychotraumatologie intersektional gedacht
Ort: Berlin
▶ www.tinyurl.com/pzs9fkmr

25. März 2026

Refresher Psychotherapie VPP

Thema: Schlafgesundheit und die psychotherapeutische Behandlung von Albträumen
Ort: online
Infos und Anmeldung in Kürze:
▶ www.vpp.org

12. bis 24. April 2026

Lindauer Psychotherapie Wochen

Thema Woche 1: Sinn & Werte
Thema Woche 2: Wachstum & Reifung
Ort: Lindau und online
▶ www.lptw.de

18. April 2026

Forum Gesprächstherapie

Thema: Focusing
Ort: Hamburg
▶ www.tinyurl.com/5n6zeu3c

24. und 25. April 2026

DDPP-Onlineworkshop

Thema: Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen 2026 (Workshop 2)
Ort: online
▶ www.tinyurl.com/scr3rra7

8. bis 12. Juni 2026

50. Deutscher Psychotherapiekongress

Ort: Berlin
▶ www.tinyurl.com/wjvuhvr

24. Juni 2026

Refresher Psychotherapie VPP

Thema: KI in der Psychotherapie
Ort: online
Infos und Anmeldung in Kürze:
▶ www.vpp.org

1. bis 4. Juli 2026

European Conference on Positive Psychology

Ort: Dublin (Irland)
▶ www.ecpp2026.com

21. bis 25. Juli 2026

31st International Congress of Applied Psychology

Ort: Florenz (Italien)
▶ www.icap2026.org

7. bis 10. September 2026

54. DGPs Kongress 2026

Ort: Luxemburg
▶ www.tinyurl.com/2s8snarf

IMPRESSUM

18. Jahrgang, 2025

Ausgabe 71

ISSN 3052-377X

Herausgeber

Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (VPP im BDP)
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030/20 91 66 - 664
Fax: 030/20 91 66 - 77 664
info@vpp.org
www.vpp.org

V.i.S.d.P.

Dr. Johanna Thünker, Bottrop

Redaktion

Chefredaktion: Jörg Schmidt, Andernach
Redaktionsmitglieder: C. Bentz, S. Berwanger, M. Lentz, J. Thünker

Gestaltung

Tanja Bregulla, Langerwehe

Titelfoto

Freepik

Verlag

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Geschäftsführung: Manuel Lentz
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
Tel.: 030/20 91 66 - 410
Fax: 030/20 91 66 - 413
verlag@psychologenverlag.de
www.psychologenverlag.de

Anzeigen

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Anzeigenredaktion
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
Tel.: 030/20 91 66 - 416
anzeigen@psychologenverlag.de
www.vpp-aktuell.de

Gültig ist die Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2026

Anzeigenschluss

Ausgabe 72: 17.2.2026

(erscheint am 26.3.2026)

Ausgabe 73: 2.6.2026

(erscheint am 9.7.2026)

Leser- und Abo-Service

Deutscher Psychologen Verlag GmbH


Tel.: 0228/95 50 210

Fax: 0228/36 96 210

leserservice@psychologenverlag.de

Abonnement

„VPP aktuell“ erscheint viermal jährlich digital und ist als Einzelausgabe zum Preis von 12,80 Euro erhältlich. Ein Jahresabonnement kostet im Inland 48,00 Euro, im Ausland 52,00 Euro. Mitglieder im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP), die nicht

 Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Mitglied des VPP im BDP e.V. sind, zahlen für die Einzelausgabe 9,80 Euro und im Jahresabo 36,00 Euro. Studierende, Arbeitslose und Rentner*innen erhalten gegen Nachweis 50 Prozent Rabatt auf den Jahresabopreis. Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt. Preisänderungen vorbehalten. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird.

Für Mitglieder des VPP im BDP e.V. ist der Bezugspreis im VPP-Mitgliedsbeitrag enthalten.

© Deutscher Psychologen Verlag GmbH, 2025