

# Gedächtnisprotokoll Mündliche Überprüfung HPP Karlsruhe, Mai 2024

Sabine Hannak

Nachdem ich mich am Eingangstresen des Gesundheitsamtes mit meinem Einladungsschreiben und dem Personalausweis ausgewiesen habe, soll ich mich im Wartebereich hinsetzen. Ich werde abgeholt, heißt es. Kurz vor 10:30 Uhr kommt die Dame, die vor mir geprüft wurde, aus dem Zimmer. Nach kurzer Zeit wird sie wieder reingeholt, ich höre Lachen und sie kommt mit Siegerpose heraus. Ich gratulierte ihr zur offensichtlich bestandenen Prüfung, und sie sagt noch: „Die sind gut drauf da drin.“

Jetzt kommt noch eine Frau aus dem Raum und meint, sie müsse noch kurz zur Toilette, dann würde sie mich holen. So ist es auch. Pünktlich um 10:30 Uhr holt sie mich ab, lächelt mich sehr freundlich an, begrüßt mich mit Handschlag, stellt sich mir als die psychologische Psychotherapeutin vor und nimmt mich mit ins Zimmer. Mir gegenüber sitzt in der Mitte die Amtsärztin, links die Heilpraktikerin, die allerdings nur Protokoll führt und kein Wort sagt, und rechts sitzt die freundliche psychologische Psychotherapeutin. Alle haben ein Namensschild vor sich auf dem Tisch stehen.

Die Amtsärztin führt das Gespräch. Sie wirkt auf mich neutral, konzentriert und schreibt sich immer mal wieder etwas auf, während ich spreche. Die psychologische Psychotherapeutin habe ich auch meist im Blick. Sie nickt oft zu Dingen und gibt mir damit wirklich große Sicherheit. Die protokollierende Heilpraktikerin nehme ich während der Prüfung gar nicht mehr wahr.

Die erste Frage lautet: „Stellen Sie sich doch mal vor und sagen Sie, was Sie mit der Erlaubnis vorhaben.“ Ich: (zusammengefasst) Praxis eröffnen, systemisch arbeiten, mit Menschen mit psychischen Störungen. Dann erzähle ich noch kurz von meiner aktuellen Arbeit und davon, wie diese mich dazu führte, Heilpraktikerin beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie werden zu wollen. Sie haben im Blick, was ich für eine Ausbildung habe und heißen das wohlwollend gut („Sie haben ja schon sehr viel gemacht“).

Daraufhin erklärt die Amtsärztin, dass sie jetzt ein Fallbeispiel vorliest und wir dann in ein Rollenspiel gehen. Ich solle darüber zu einer Verdachtsdiagnose kommen. Ich frage, ob ich mitschreiben könne, was bejaht wird. Blatt und Papier werden mir angeboten, ich habe ein Klemmbrett dabei, sodass ich nicht direkt auf dem Tisch zwischen uns schreiben muss.

Das Fallbeispiel: Eine 68 Jahre alte Frau kommt zu mir in die Praxis. Sie ist adrett gekleidet. Sie lebt allein. Der Hausarzt hat sie geschickt, weil er nicht mehr weiter wisse. Sie wisse aber auch nicht genau, was sie bei mir solle. Sie habe seit vielen Jahren verschiedene Beschwerden: am Rücken, an den Beinen, am Magen, am Herz. Sie wäre bei verschiedenen Ärzten gewesen. Keiner hätte etwas gefunden.

Dann werde ich interessiert angeschaut. Ich denke, ok, ist einigermaßen eindeutig, worauf es mit dem, was genannt wurde, hinausläuft. Ich wiederhole aber erst einmal zusammenfassend, was ich gehört habe. Wieder werde ich erwartungsvoll angeschaut. Ich: „Oh, sollte das jetzt gleich ein Rollenspiel sein?“ Alle nicken.

Ich also: „Okay. Sie sind die ...(hab ich erfunden) Frau Müller?“ Nicken der Amtsärztin.

Ich: „Guten Tag, Frau Müller. Schön, dass Sie hier sind. Sie haben mir ja am Telefon erzählt, dass der Hausarzt Sie geschickt hat und dass Sie eigentlich gar nicht genau wissen, was Sie hier

sollen. Wollen Sie mir einfach erst mal berichten, was das ist, was Ihnen im Moment besonders zu schaffen macht?“ Die Amtsärztin, als Frau Müller: „Ich habe seit vielen Jahren verschiedene Beschwerden, Aktuell schmerzt mir besonders der Rücken. Die Ärzte haben aber nichts gefunden. Da muss aber was sein, ich lese ja auch viel über die verschiedenen Krankheiten in Büchern.“

Okay, denke ich, das klingt weiterhin sehr nach Somatisierungsstörung. Darum beginne ich erst einmal ein empathisches Gespräch. Ich: „Das klingt, als wäre das eine sehr belastende Situation. Wie geht es Ihnen damit? Ich kann mir vorstellen, dass Sie sich dann auch Sorgen machen?“ Sie: „Ja, das macht mir natürlich Sorgen.“ Ich: „Und dass Sie sich nicht so ernst genommen fühlen, wenn die Ärzte nichts finden?“ Aus den Augenwinkeln sehe ich, wie die psychologische Psychotherapeutin heftig nickt. Amtsärztin: „Ja, die Ärzte wollen mir einfach nicht glauben. Ich war auch schon beim Kardiologen gewesen und beim Orthopäden.“ (Ich denke, Ok, klar Ärztehopping) Ich: „Das klingt für mich, als wären Sie auch verunsichert?“ Die Amtsärztin: „Ja, ich bin schon sehr verunsichert.“ Ich frage, seit wann das so ginge (schon immer, sie käme ja aus der DDR und das war ja auch keine einfache Zeit. Da wurde man ja immer beobachtet. Aber im Westen wäre es schwierig. Die anderen hätten einfach immer mehr Möglichkeiten gehabt als sie. Außerdem wäre ihr Mann vor ein paar Jahren gestorben). Das „schon immer“ kommt mir komisch vor, ich denke kurz an eine Persönlichkeitsstörung (vielleicht ängstlich-vermeidend?), verfolge das aber erst mal nicht weiter. Stattdessen bleibe ich beim Pacing: „Da haben Sie aber schon viel hinter sich. Es klingt wirklich nach einem nicht ganz einfachen Leben.“

Dann wende ich mich der psychologischen Psychotherapeutin zu und sage: „Ich trete hier kurz aus dem Rollenspiel raus und gehe auf die Metaebene, um Sie teilhaben zu lassen, wo ich mit meinen Gedanken gerade bin. Die Symptome, die ich hier gehört habe (wechselnde somatische Beschwerden, keine somatische Diagnose) und auch das Zeitkriterium (mind. 2 Jahre), klingen alle erst einmal sehr nach einer Somatisierungsstörung. Menschen mit einer Somatisierungsstörung fühlen sich oft allein gelassen und von Ärzten nicht ernst und wahrgenommen.“ Alle nicken. Ich: „Darum ist es besonders wichtig, erst einmal zuzuhören und eine Beziehung aufzubauen und die Beschwerden als solche ernst zu nehmen. Und Sicherheit zu geben. Zu zeigen: Ich bin für Sie da.“ Heftiges Nicken. Das beruhigt mich. Ich: „Wäre ich in meiner Praxis, würde ich das empathische Begleiten jetzt noch viel länger machen. Da ich aber hier differentialdiagnostisch arbeiten soll, schließe ich jetzt erst einmal mögliche andere Ursachen als eine psychische aus.“ Wieder Nicken. Ich: „Organisch ist ja zur Genüge abgeklärt. Also“ (wieder zurück ins Rollenspiel): „Frau Müller, damit ich noch besser verstehen kann, wie es Ihnen geht, würde ich Ihnen gerne jetzt ein paar Fragen stellen. Sind Sie damit einverstanden?“ Frau Müller nickt. Ich frage nach Alkohol („Das nicht, aber Kaffee“ Ich: „Wieviel denn?“ „So 3-4 Tassen, aber nur bis 14 Uhr, da das sonst mit den Schlafstörungen noch schlimmer würde.“) Aha denke ich, frage aber erst mal weiter: Medikamente (gegen Bluthochdruck, sonst keine), Drogen (keine). Dann kehre ich zurück zu den Schlafstörungen. Wie diese sich äußern? Frau Müller: „Ich mache mir Sorgen, grüble und kann nicht einschlafen.“ Ich denke auch an generalisierte Angststörung und hake nach: Welche Gedanken sie sich da mache. Sie: „Über meine Gesundheit. Ich lese dann auch Bücher in der Nacht über die verschiedenen Krankheiten.“ Ob sie sich auch noch über anderes Sorgen mache? „Ja. Meinen Sohn. Für ihn ist es auch nicht einfach. Wir haben halt nicht viel Geld wie andere.“ Ich: „Das stelle ich mir belastend vor. Gleichzeitig zeugen Ihre Sorgen davon, dass Sie eine verantwortungsvolle Mutter sind, der es wichtig ist, wie es ihrem Sohn geht.“ Sie: „Na ja, aber ich kann ja nichts machen.“ (Ok, Versuch ins lösungsorientierte Denken zu gehen wurde nicht angenommen. Dann also besser weiter pacen) Ich: „Es klingt, als würden Sie sich auch ein bisschen hilflos fühlen“. Sie nickt. Ich: „Da ist es für mich nur nachvollziehbar, dass Ihnen das

Schlafen dann nicht so leicht fällt.“ Ich frage nach, was ihr denn beim Einschlafen helfe. Sie: „Früher habe ich meinen Sohn öfters angerufen, aber der hat ja auch genug zu tun, der mag es nicht, dass ich ihn abends noch anrufe.“ Ich wieder empathisches Verständnis. Ob sie sich auch öfters einsam fühle? „Ja.“ Ich: Ob sie denn andere Menschen habe, mit denen Sie Kontakt hat und sich trifft. Sie: „Früher schon, jetzt aber nicht mehr. Außer meiner Enkeltochter. Wenn die kommt, dann geht es mir gut.“

Hier steige ich wieder aus dem Rollenspiel aus auf die Metaebene. Ich schaue wieder die psychologische Psychotherapeutin an, benenne den Wechsel und sage: „Das, was ich jetzt höre, könnte auch in Richtung Depressionen weisen. Darum möchte ich gerne die depressive Symptomatik abfragen.“ Nicken.

Also zurück ins Rollenspiel. Im Gespräch finden sich alle drei Hauptsymptome. Zusätzlich Morgentief. Schlafstörungen und niedriger Selbstwert klangen bereits an. Hier frage ich dann auch die Suizidalität ab. Ich: „Das klingt danach, als wäre Ihr Leben wirklich nicht gerade einfach für Sie im Moment. Das kann ganz schön belastend sein. Haben Sie darum schon einmal darüber nachgedacht, dass es besser wäre, wenn Sie nicht mehr da wären?“ Sie: „Ja schon. Früher habe ich auch mal Tabletten genommen.“ Ich: „Das heißt, Sie haben schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“ Sie: „Ja. Vor ein paar Jahren hat sich auch meine Schwester das Leben genommen.“ Ich denke: aha, genetischer Faktor beachten und frage nach der Familienanamnese, aber nichts zusätzlich auffälliges. Ich zurück zur Suizidalität: „Das tut mir leid. Ich kann mir vorstellen, das war für Sie auch nicht gerade leicht.“ Sie: „Na ja, es hat halt keiner erwartet. So schlecht ging es ihr doch gar nicht. Aber sie lebte auch weit weg. Deswegen hatte ich jetzt auch wenig Kontakt mit ihr. Aber damit hat keiner gerechnet.“ Ich: „Ja, das ist manchmal bei Menschen so, die sich das Leben nehmen. Das kann man von außen manchmal gar nicht sehen. Deswegen ist es mir auch wichtig, dass ich Sie jetzt nochmal direkt frage: Sind Sie im Moment an einem Punkt, an dem Sie sich selbst das Leben nehmen würden?“ Sie: „Manchmal wäre das schon gut. Aber mit meiner Enkeltochter, das möchte ich nicht. Ich möchte sie aufwachsen sehen. Da ist es so schön mit ihr.“ Ich frage ein bisschen weiter: Danach wie alt die Enkeltochter ist, wie sie heißt und was sie mit ihr macht. Sie berichtet davon, dass sie sie einmal in der Woche zu Besuch hat nach dem Kindergarten. An dem Tag kann sie dann auch früher aufstehen. Sonst würde sie bis mittags im Bett verbringen. Ich frage zirkulär, wie denn ihre Enkeltochter sie beschreiben würde, wenn wir sie fragen würden, wie es der Oma geht. Die Amtsärztin: „Naja, bei meiner Enkeltochter bin ich ja ganz anders.“

Erneut steige ich aus dem Rollenspiel aus. Ich: „Okay, Frau Müller ist wirklich sehr belastet und scheint im Moment aber nicht akut suizidgefährdet zu sein. Es wäre jedoch wichtig, das weiter im Auge zu behalten. Anscheinend ist die Enkeltochter für sie ein wichtiger Grund, wofür sie leben möchte. Von der depressiven Symptomatik sind so viele Symptome da, dass wir auf eine mittelschwere bis schwere Depression schließen können. Allerdings sagt sie, dass sie an den Tagen, an denen ihre Enkeltochter da ist, morgens schon aufstehen könne und den Tag mit ihr verbringen könne und da auch Freude erlebe. Darum würde ich vermuten, dass es sich eher um eine mittelschwere Depression handelt.“ Wieder Nicken im Raum. „Was ich allerdings noch ausschließen möchte, ist die Psychotik: hat sie Wahrnehmungsstörungen? Ich-Störungen? Inhaltliche Denkstörungen?“ Die Amtsärztin verneint. Ich: „Und gab es in ihrem Leben schon einmal ähnliche Episoden, dann würde ich auf eine rezidivierende Depression schließen. Oder gab es schon mal das Gegenteil, also eine hochgestimmte Phase? Ich frage, weil ich an eine bipolare Störung denke. Eine Dysthymia schließe ich aus, da dafür die Symptomatik zu schwer ist. Gleiches gilt für die Anpassungsstörung (die vielleicht nach dem Tod ihres Mannes hätte vorhanden sein können), da ist ja auch das Zeitkriterium nicht passend: der Tod des Mannes ist ja länger als zwei Jahre her. Außerdem ist die Symptomatik der

Somatisierungsstörung ja auch noch da. (Zur Amtsärztin) Als Sie vorhin erwähnten, dass sie sich Sorgen mache, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, dachte ich auch an die hypochondrische Störung, doch diese schließe ich auch aus. Dafür sind die Krankheiten zu wechselnd.“

Alle nicken, es gibt aber keine Antworten auf meine verschiedenen Gedanken. Als ich aufhöre zu reden, ist auch kein abwartendes Schweigen mehr, sondern die Amtsärztin sagt – obwohl da im Nachhinein betrachtet ja immer noch einiges zu nennen und explorieren wäre, z.B. Double Depression, Larvierte Depression, General. Angststörung, Persönlichkeitsstörungen u.a. - gleich: „Okay, Sie sind jetzt ja schon auf der Metaebene. Dann gehen wir nicht mehr zurück. Nehmen wir an, Sie haben eine Patientin mit einer mittelschweren, depressiven Episode. Wie würden Sie vorgehen?“ Gefühlt war das die Mitte der Prüfung.

Ich: „Zunächst würde ich die Patientin motivieren, zu ihrem Hausarzt oder einem Facharzt zu gehen. Bzw. ich würde ihr anbieten, wenn sie mich schriftlich von der Schweigepflicht entbindet, direkt mit dem/der Ärzt\*in zu telefonieren und meine Verdachtsdiagnose zu äußern. Der/die Ärzt\*in entscheidet dann, ob er sie mit Medikamenten behandeln möchte. Ich könnte mir vorstellen, dass sie Antidepressiva verschrieben bekommt. Aber das ist die Entscheidung des/der Ärzt\*in. Ich darf keine Medikamente empfehlen oder verschreiben.“ Alle nicken. „Therapeutisch würde ich dann folgendermaßen vorgehen: Da die Patientin ja wahrscheinlich auch unter einer Somatisierungsstörung leidet, würde ich sie weiter mit der Schwere ihrer Belastungen ernst nehmen und ihr den Raum geben, das, was sie empfindet, ausdrücken zu können. Ohne ihr dabei jedoch Mut zu machen, sich weiter organisch untersuchen zu lassen. Mit Blick auf die Depression ist es zudem wichtig, kleinschrittig vorzugehen. Das Tempo der Klientin nicht zu überholen und zu früh Lösungsversuche anzubieten. Ich würde deswegen stabilisierend und ressourcenorientiert arbeiten. Ihr Sicherheit geben. Und dann mit ihr überlegen, welche kleinen Schritte sie machen könnte, um eine erste kleine Veränderung in Richtung gewünschtes Erleben zu haben. Unterschiede benennen. Das anschauen, was gut ist. Im späteren Verlauf dann auch darüber nachdenken, welche ihrer Interessen sie wieder aufnehmen könnte. (Irgendwann im Gespräch hatte sie gesagt, dass sie früher gehäkelt hat.) Und wie es möglich wäre, dass sie wieder mehr Sozialkontakte hat. Da gäbe es ja verschiedene Möglichkeiten wie Seniorenzentren, Vereine, Kirchengemeinden.

Immer wieder sehe ich die psychologische Psychotherapeutin interessiert nicken. Ich: „All das mache ich nie ohne Absprache. Da ich systemisch arbeite, steht bei mir immer am Anfang jeder Stunde die Auftragsklärung. Was sind die Themen der Patientin? Was ist für sie dran, was ist für sie wichtig? Ich hätte da natürlich Hypothesen, die ich anbiete. Ich könnte mir vorstellen, dass bei ihr das Thema Selbstwert oder Selbstakzeptanz eine Rolle spielt. Ich würde ihr anbieten, daran zu arbeiten.“

Ich mache eine kleine Pause. Die Amtsärztin: „Wie würden Sie das konkret machen?“ Darauf habe ich gewartet. Ich beschreibe jetzt ausführlich die Arbeit mit einer Lebenslinie (langes Seil auf dem Boden), auf der auf der einen Seite die von der Klientin benannten Herausforderungen auf Post-its aufgeschrieben werden, auf der anderen Seite die dazugehörigen eigenen Stärken und Ressourcen mit Hilfe von Symbolen hingelegt werden. Dabei achte ich darauf, dass die Klientin während des Prozesses immer auf der Ressourcenseite der Lebenslinie steht. Ich würde sieben Stationen, für jedes Lebensjahrzehnt eine, vorschlagen, damit es nicht zu viele werden. Am Ende kann die Klientin auf ihr Leben, das ja wirklich durch viele Herausforderungen geprägt ist, für das sie aber bisher auch immer eine Lösung mit eigenen Stärken und Ressourcen gefunden hat, zurückblicken. Wenn sie sich dazu auf einen kleinen Hocker stellt, wird das sogar

noch eindrücklicher und sie erlebt auch gleich physisch, wie sie auf einer Metaebene auf sich schauen kann. Und mit diesem Gefühl im Rücken lasse ich die dann auch nach vorne schauen.

Ich sage, ich würde im Rahmen dieser Methode auch psychoedukativ arbeiten und ihr von den Erkenntnissen der Neurowissenschaften berichten, nämlich dass Erinnerungen und damit auch einmal genutzte Ressourcen und Stärken in unserem Gehirn für immer abgespeichert und damit vorhanden und abrufbar sind. Dass nur momentan der Zugriff anscheinend nicht so einfach ist. Dass es aber möglich ist, diesen wieder zu bahnen. Alle nicken.

Ich rede munter weiter: „Eine weitere Methode zur Stärkung des Selbstwertes könnte dann sein, von ihr eine Umrisslinie auf ein sehr großes Papier auf dem Boden zu malen und sie dann ihre eigenen Stärken und Ressourcen mit verschiedenen Farben dort eintragen zu lassen. Ich könnte ihr die Aufgabenstellung mitgeben, bei ihrem Sohn, bei ihrer Enkeltochter und bei anderen Menschen – vielleicht den Nachbarn oder jemandem, mit dem sie im weiteren Bekanntenkreis zu tun hat – darum zu bitten, die Stärken aufzuschreiben, die sie an ihr wahrnehmen oder erinnern. Wenn sie diese in einen verschlossenen Umschlag legen, könnten wir sie dann in der nächsten Sitzung gemeinsam öffnen und ebenfalls in die Umrisslinie eintragen. So könnten wir auch gleich ihr Umfeld mit einbeziehen, um eine Perspektiverweiterung zu erlangen.“ (Das habe ich mir in diesem Moment ausgedacht – es macht mir wirklich Spaß, zu überlegen und zu entwickeln, während ich rede.)

Bevor jemand etwas sagt, mache ich weiter: „Ich könnte mir auch vorstellen, die depressive Seite zu externalisieren, um Frau Müller die Chance zu geben, festzustellen, dass sie nicht nur aus der niedergedrückten Seite besteht. In meinem erlernten Therapieverfahren wird das das Seitenmodell genannt, aber diese Methode gibt es ja auch etwa bei der Ego-State-Therapie oder Schematherapie.“ Wieder Nicken. Dann erkläre ich, wie ich das mache: Imaginatives Heraussetzen, ihr eine Größe, ein Geschlecht, eine Farbe zu geben, ihr Alter möglicherweise zu bestimmen. Feststellen, was sie sagen könnte und was ihr guter Grund für ihr Verhalten sein könnte. Was ist das Bedürfnis, das sie vertritt? Und Möglichkeiten überlegen, wie diese Seite versorgt werden kann. Aus dem Raum der unbegrenzten Möglichkeiten gibt es ja alles, was dieser traurigen Seite helfend zur Seite gestellt werden könne. Es ginge dabei nicht darum, die Seite loszuwerden, sondern sie zu integrieren (alle Prüfer schreiben etwas auf), die guten Gründe zu kennen und sie dann, wenn sie sich wieder mal zeigt, zu versorgen.

Alle nicken. Jetzt sage ich nichts mehr, ich habe das Gefühl ewig geredet zu haben. Die Amtsärztin: „Okay, wir sind nun schon fast am Ende.“ Sie schaut fragend die psychologische Psychotherapeutin an. Diese: „Können Sie uns noch etwas zum Behandlungsvertrag sagen?“ Ich: „Ja, natürlich. Ein Behandlungsvertrag kommt schon dadurch zustande, dass ein Klient zu mir in die Praxis kommt und behandelt werden möchte. Ich selbst würde diesen jedoch immer schriftlich aufsetzen. Darin möchte ich das festhalten, was meiner Sorgfaltspflicht, meiner Aufklärungspflicht und auch dem Patientenrechtegesetz entspricht. Also: Alle Daten, die Schweigepflicht, Art der Therapie, Kosten, Ausfallhonorare. Ich würde auch aufklären, dass meine Arbeit nicht als Kassenleistung abrechenbar ist. Auch dass sie jederzeit, wenn es für sie passend erscheint, mit der Therapie aufhören kann.“

Die psychologische Psychotherapeutin: „Aha. Und wie ist das für Sie? Wann ist für Sie der Zeitpunkt, eine Therapie abzubrechen?“ Da bin ich im ersten Moment perplex und denke bei mir: Vielleicht wenn ich mich verliebe? Abstinenzpflicht? Das will ich dann aber nicht sagen. Ich sage also das Nächste, das in meinen Kopf kommt, weil ich gedanklich bei den Gefahren einer Therapie hänge: „Na ja. Kein Grund die Therapie abzubrechen ist, wenn sich die Symptomatik im Verlauf der Therapie verschlechtert. Das ist gerade bei somatoformen

Erkrankungen oft der Fall. Da ist es dann wichtig dran zu bleiben. Zu unterstützen. Zu zeigen: ich bin da.“ Dann fallen mir zum Glück wieder die Notfälle ein: „Abbrechen müsste ich, wenn meine Kompetenzen überschritten sind. Wenn akute Suizidalität vorliegt, zum Beispiel. Dann müsste ich die Klienten überzeugen, freiwillig in eine psychiatrische Klinik zu gehen, oder – falls sie das nicht tut – auf Grundlage des PsychKHGs eine Unterbringung veranlassen. Das Gleiche gilt für eine akute Psychose.“

Dann schweige ich. Mir kommt es vor als zögere die psychologische Psychotherapeutin kurz, bevor sie die Heilpraktikerin fragt: „Wollen Sie noch etwas fragen?“ Diese: „Nein.“ Dann die Amtsärztin: „Okay. Dann würde ich Sie bitten, dass Sie nach draußen gehen. Wir müssen uns beraten.“

35 Minuten waren vergangen. Ich bin erleichtert und habe ein wirklich gutes Gefühl. Muss aber gefühlt ewig warten. Dann werde ich wieder hereingerufen. Und die Amtsärztin eröffnet mir ohne Umschweife: „Herzlichen Glückwunsch. Sie haben bestanden.“ Ich freue mich wirklich sehr (genau genommen reiße ich beide Arme zum Jubel hoch), was alle drei veranlasst, herzlich zu lachen. Die Amtsärztin meint: „Ah, jetzt sieht man Ihre Freude richtig. Als Sie reinkamen, waren Sie wohl noch etwas angespannt.“ Ich nicke heftig. Die Amtsärztin: „Also, ich habe Sie als sehr empathisch erlebt.“ Und die psychologische Psychotherapeutin: „Ja, und zum Behandlungsvertrag wussten Sie auch alles ... und wann Sie aufhören sollten, eigentlich auch.“ Ich bedanke mich höflich und warte ab. Die Amtsärztin: „Sie bekommen dann die Bestätigung per Post zugesandt.“ Ich bedanke mich nochmal und sage, dass ich sehr froh sei, wie ich geprüft wurde. Es entspannt sich noch ein kurzes Gespräch darüber, ob ich Patient\*innen von meinem Ursprungsberuf dann als Klient\*innen in meiner Praxis behandeln würde. Am Ende gehe ich sehr glücklich aus diesem Raum heraus.

Alles in allem waren die Prüferinnen sehr wohlwollend und haben überraschend wenig gefragt. Ich hatte sehr viel Raum zum Reden und die Prüfung dorthin zu leiten, wo ich hinwollte. Dadurch wurde wahrscheinlich tatsächlich gut sichtbar, wie ich arbeite. Es wurden keine genauen Kriterien, Gesetze oder andere reinen Abfrage-Dinge gefragt. Ich war trotzdem froh, sie innerlich parat zu haben. Ich hatte den Eindruck, es ging dem Prüfungsteam darum zu sehen, dass ich mich erstens sicher differentialdiagnostisch bewegen kann (ohne mit Fachausdrücken um mich schmeißen zu müssen, was ich mir ja für die Metaebene eigentlich vorgenommen hatte, aber dann doch nicht so umgesetzt habe), zweitens empathisch und fachlich versiert in meiner Therapie bin und drittens Notfälle erkenne und ausschließen kann.

Wichtig für mich waren die sich wiederholenden Hinweise aus anderen Prüfungsprotokollen, dass in Karlsruhe offenbar eher eine Bereitschaft erwartet wird, viele Störungsbilder zu behandeln und nur in Notfällen oder dann, wenn ich wirklich dafür nicht ausgebildet bin und eine Gefahr für den/die Klient\*in besteht (Retraumatisierung etc.) weiterzuleiten. Dies kann ich mit der jetzigen Erfahrung bestätigen. Da unterscheiden sich die Prüfungsämter offenbar.

Danken möchte ich: Allen, die mich in den letzten Jahren haben systemischer werden lassen (Gunther Schmidt, den IF Weinheim Dozierenden, insbes. Martina Pestinger, Jean-Otto Domanski und Sabine Rösler, Desiree Binder, Anita Hüge-Stöhr). Und allen, die mich auf die HPP Prüfung vorbereitet haben: Likamundi, die mit ihrer Challenge, den Prüfungswochenenden, den Online-Videos und dem mündl. Prüfungstraining Struktur und Übersicht brachten. Amineh Hartmann (Coach Hartmann), die so freigiebig ihr Wissen teilt und bei der ich soviel Gelegenheit bekam, üben zu können. Und Kira Gail (Akademie für Psychotherapie Speyer), bei der ich vor knapp 2 Jahren im HPP Kurs erstmalig fundiert in die Thematik einsteigen durfte.

Amineh Hartmann sagte mir einmal, als ich ihr von meinem Bild vom dunklen Tal (der Prüfungsvorbereitungszeit) und dem hellen Licht/Sonnenuntergang am Horizont (der bestandenen Prüfung) erzählte: Es könne ja durchaus sein, dass ich bereits auch schon in dem dunklen Tal Schönes und Überraschendes treffe. Ich solle mal danach Ausschau halten. Und genau das fand ich: Ich durfte Menschen treffen, die das gleiche Ziel verfolgten und Lust auf Netzwerken hatten. Die bereit waren, im Austausch oder einfach nur so, Wissen, Zeit, Unterstützung und Material zu geben. Die einander Mut machten, fiese und nette Prüfer miemten und wertschätzendes Feedback gaben. Lerngruppen, die mich noch bei sich aufnahmen und mit mir übten. Meine treue Lernpartnerin fürs Schriftliche. Und meine Intensivgruppe, die sogar ihre Wochenenden mit mir verbrachten. Ich verdanke euch allen sehr viel. Es war eine angespannte, anstrengende und intensive Zeit, die weiterhin manchmal dunkel wirkte, und die gleichzeitig durch euch auch schön und besonders war. Jetzt bin ich am Licht angekommen und sehe, dass von dort aus gesehen das Tal auch ziemlich hell war! Danke für alle Begegnungen mit Euch besonderen und inspirierenden Menschen.