

DISSERTATION

Aufsuchende Psychotherapie bei älteren Menschen
mit Depression und Pflegebedarf:
Erfahrungen von Psychotherapeut:innen in Deutschland

[At-home psychotherapy for older adults with depression and
long-term care needs: Experiences of Psychotherapists in
Germany]

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Christina Demmerle

Erstbetreuung: Prof. Dr. Paul Gellert

Datum der Promotion: 28.02.2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	iv
Abbildungsverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
Zusammenfassung	1
1. Einleitung	3
1.1. Die Situation älterer, pflegebedürftiger Menschen in Deutschland.....	3
1.2. Die Rolle pflegebedürftiger Älterer mit Depression in Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Versorgung	4
1.3. Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere (pflegebedürftige) Erwachsene.....	5
1.4. Psychotherapeutisches Arbeiten mit älteren und körperlich kranken Patient:innen.....	7
1.5. Fragestellung	8
2. Methodik.....	9
2.1. Studienteilnehmende	9
2.1.1. Teilnehmende	9
2.1.2. Forschungsteam und Forschende-Teilnehmenden-Beziehung:	10
2.2. Rekrutierung	10
2.3. Datenerhebung	11
2.4. Auswertung.....	13
2.5. Credibility Check.....	14

3. Ergebnisse	16
3.1. Erleben der Psychotherapeutinnen in der Behandlungssituation mit den Betroffenen.	16
3.1.1. Cluster 1: Drängen auf Veränderung vs. Anerkennen von Begrenzung .	17
3.1.2. Cluster 2: Leisten von Hilfe vs. Wahren von Grenzen	21
3.1.3. Cluster 3: Gast im Zuhause der Patient:innen vs. Gastgeber:in des psychotherapeutischen Rahmens.....	25
3.2. Hemmende Faktoren und unterstützende Bedingungen bei der aufsuchenden Psychotherapie mit älteren, pflegebedürftigen Patient:innen	29
4. Diskussion.....	31
4.1. Besondere Herausforderungen in der aufsuchenden Arbeit mit pflegebedürftigen, zuhause lebenden Älteren mit Depression	32
4.2. Auswirkungen der Konfrontation mit existenziellem Leid auf das Erleben und Verhalten der Psychotherapeutinnen	33
4.3. Professionelle Selbstzweifel als Auslöser für Selbstreflexion und Weiterentwicklung	34
4.4. Hemmende Faktoren und ermöglichende Bedingungen	35
4.5. Limitationen und Stärken	36
4.6. Implikationen für Praxis und Forschung	37
4.6.1. Qualifizierung und Sensibilisierung von Psychotherapeut:innen	37
4.6.2. Anpassungen der Rahmenbedingungen.....	37
4.6.3. Entwicklung abgestimmter sektorübergreifender und multiprofessioneller Versorgungsstrukturen.....	38
4.6.4. Weiterführende Forschungsideen	38

5. Schlussfolgerung.....	40
Literaturverzeichnis	41
Eidesstattliche Versicherung	55
Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen	56
Druckexemplar der Publikation.....	57
Lebenslauf.....	70
Komplette Publikationsliste.....	73
Danksagung	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leitfaden Interviews.....	11
Tabelle 2: Hierarchisches Modell	17
Tabelle 3: Überblick der Dimensionen wahrgenommenen existenziellen Leids.....	24

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick wesentliche Rahmenbedingungen PSY-CARE-Studie.....	9
Abbildung 2: Struktur der Fallstudien	13
Abbildung 3: Balancierte Zielerreichung auf Basis des Werte- und Entwicklungsquadrats von Schulz von Thun.....	35

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychological Association
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die Studie gibt einen Einblick in die lebendige Erfahrung von Psychotherapeut:innen mit aufsuchender kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) bei pflegebedürftigen, älteren Erwachsenen (+65) mit Depression, die zu Hause leben.

Methode: Unter Anwendung der Methodik der Grounded Theory wurde ein hierarchisch organisiertes Kategoriensystem entwickelt, das auf halbstrukturierten Interviews mit 16 Psychotherapeutinnen (zwischen 26 und 70 Jahren) und zehn zugehörigen Fallstudien basiert.

Ergebnisse: Die Teilnehmerinnen erleben Dilemmata in der aufsuchenden Arbeit mit pflegebedürftigen Älteren als Auslöser für ihre eigene berufliche Entwicklung. Zu den Dilemmata gehören das (1) Drängen auf Veränderung vs. Anerkennen von Begrenzung, (2) Leisten von Hilfe vs. Wahren von Grenzen und (3) Gast im Zuhause der Patient:innen vs. Gastgeber:in des psychotherapeutischen Rahmens (Demmerle et al., 2023). Die Dilemmata werden durch das Fehlen eines gemeinsamen Therapieverständnisses zwischen Psychotherapeut:in und Patient:in sowie durch die unmittelbare Konfrontation mit existenziellem Leid verstärkt. Die Teilnehmerinnen integrieren die anfänglich als gegensätzlich und sich ausschließend wahrgenommenen Elemente balanciert in ihre therapeutische Haltung. Darauf aufbauend passen sie ihr professionelles Selbstverständnis und ihre therapeutische Herangehensweise an. Sie erleben zusätzliche zeitliche Investitionen und finanzielle Verluste, logistische Herausforderungen und Unsicherheiten hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen als wesentliche Hindernisse bei der Übersetzung dieser Arbeit in die Regelversorgung. Angepasste Strukturen, spezifische Qualifizierungen sowie erweiterte Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten werden als notwendig erachtet.

Schlussfolgerung: Vor dem Hintergrund der Ergebnisse erscheint es geboten, Psychotherapeut:innen auf die Arbeit mit älteren, pflegebedürftigen Erwachsenen und das potenzielle Erleben von Dilemma-Situationen in Aus- und Weiterbildung vorzubereiten und dies in Supervisionsprozessen zu reflektieren. Strukturelle Anpassungen sind notwendig, um eine flächendeckende Versorgung dieser wesentlichen und wachsenden Zielgruppe zu ermöglichen.

Abstract

Objective: This study provides insight into the experience of psychotherapists using at-home cognitive-behavioral therapy with older adults (aged 65 and above) who have long-term care needs and depression.

Methods: Grounded theory methodology was employed to develop a hierarchically organized system of categories was developed based on semi-structured interviews with 16 female psychotherapists (ranging in age from 26 to 70) and ten associated case studies.

Results: Participants experience dilemmas in at-home therapy with older adults with long-term care needs as triggers for their own professional development. These dilemmas included (1) pushing for change vs. acknowledging limitation, (2) providing help vs. maintaining boundaries, and (3) being a guest in the patients' home vs. being a host in the psychotherapeutic setting (Demmerle et al., 2023). These dilemmas are exacerbated by the lack of a shared understanding of therapy between psychotherapist and patient and by the immediate confrontation with existential suffering. Participants integrate elements initially perceived as contradictory and mutually exclusive into their therapeutic approach in a balanced manner. Building on this, they adapt their professional self-image and therapeutic approach. The participants experience additional time investment, financial losses, logistical challenges, and uncertainties about legal frameworks as major barriers to translating this work into mainstream care. Adapted structures, specific qualifications, and expanded opportunities for exchange and reflection are seen as necessary.

Conclusion: Based on the results, it appears advisable to prepare psychotherapists for working with older adults in need of care and the potential experience of dilemma situations through training and further education, as well as to incorporate this into supervision processes. Structural adjustments are necessary to enable comprehensive care for this essential and growing target group.

1. Einleitung

In Deutschland waren Ende 2021 ca. 4,6 Millionen Menschen pflegebedürftig (Schwinger et al., 2023). Pflegebedürftigkeit betrifft im Jahr 2020 jeden zweiten der 85-89-jährigen und zwei Drittel der über 90-jährigen in Deutschland (Matzk et al., 2022). Menschen mit Pflegebedarf sind aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen dauerhaft in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt und auf die Hilfe durch andere angewiesen. Maßgeblich für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB) sind dabei Beeinträchtigungen in sechs Bereichen, wie z. B. Mobilität, Selbstversorgung, kognitive und kommunikative Einschränkungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 werden fünf Pflegegrade unterschieden (Pflegegrad 1 steht für geringe Beeinträchtigungen, bis zu Pflegegrad 5 für besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung), die Auskunft über die Schwere der Beeinträchtigungen geben im Bereich der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Buchmann, 2016). Da sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit erhöht, von körperlichen und kognitiven Einschränkungen betroffen zu sein (Matzk et al., 2022), wird vor dem Hintergrund des demographischen Wandels (Peters et al., 2010) die Anzahl und der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in Europa in den kommenden Jahren weiter deutlich ansteigen (Lipszyc et al., 2012; Schwinger et al., 2023).

1.1. Die Situation älterer, pflegebedürftiger Menschen in Deutschland

Gegenwärtig werden 76% der pflegebedürftigen Menschen zuhause und zwei Drittel von ihnen ausschließlich durch Angehörigen versorgt (Matzk et al., 2022; Nadash et al. 2018). Die mit der Pflegebedürftigkeit häufig einhergehende eingeschränkte Mobilität erhöht die Wahrscheinlichkeit von Einsamkeit und sozialer Isolation (Donovan & Blazer, 2020; Cudjoe et al., 2020) und geht mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten einher (Fässberg et al., 2016). Pflegebedürftige sind durch ihre Abhängigkeit von Anderen (Choi et al., 2010; Xiang, Danilovich, et al., 2018) zudem einem erhöhten Risiko von Missbrauch und Vernachlässigung durch die sie pflegenden Personen ausgesetzt.

Die Prävalenz von klinisch relevanten depressiven Symptomen ist bei älteren Menschen, die zuhause betreut werden, signifikant höher im Vergleich zu ihren Altersgenossen, die selbstständig leben (Choi et al., 2013; Zenebe et al., 2021). Etwa die Hälfte von ihnen

zeigt erhöhte Depressionswerte, die als Risikofaktor für die Entwicklung einer klinisch relevanten depressiven Episode gelten (Xiang, Danilovich et al., 2018).

Die Auswirkungen einer Depression bei älteren Erwachsenen sind erheblich. So lässt sich neben einer verminderten körperlichen, kognitiven und sozialen Funktionsfähigkeit sowie einer erhöhten Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen und vorzeitigen Heimeinweisungen auch ein erhöhtes Suizidrisiko sowie eine insgesamt erhöhte Mortalität beobachten (Alexopoulos, 2018; Gallo et al., 2013; Sivertsen et al., 2015).

1.2. Die Rolle pflegebedürftiger Älterer mit Depression in Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Versorgung

Psychotherapeutische Interventionen haben ihre Wirksamkeit zur Behandlung von Depressionen auch bei älteren Erwachsenen ausreichend in Studien und Metaanalysen belegt (Cuijpers et al., 2020; Huang et al., 2015; Reynolds et al., 2022; siehe auch American Psychological Association [APA], 2014). Insbesondere finden sich Evidenznachweise für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die Lebensrückblick-Therapie und die Problemlösungs-Therapie (Jayasekara et al., 2015; Kanellopoulos et al., 2020; Lutz et al., 2021; Westerhof & Slatman, 2019).

Die vorliegenden Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren Erwachsenen mit Depressionen konzentrieren sich jedoch hauptsächlich auf Stichproben von Älteren in Langzeitpflegereinrichtungen (Chan et al., 2021; Rabaioli-Fischer & Söder, 2021) oder auf die körperlich gesunden, zuhause lebenden, sogenannten „young-old“ (55-75 Jahre) (Cuijpers et al., 2014; Huang et al., 2015). Auch wenn es Hinweise gibt, dass Psychotherapie auch bei den sogenannten „old-old“ (75+ Jahre) wirksam ist (Saunders et al., 2021), besteht eine erhebliche Forschungslücke im Bereich Psychotherapie bei pflegebedürftigen, zuhause versorgten Älteren (Tegeler et al., 2020).

Auch in der klinischen Versorgungsrealität zeigt sich analog zur Forschungslücke, dass ältere Menschen grundsätzlich (Olsson et al., 2016; Reynolds et al., 2022) und zuhause lebende Ältere mit Pflegebedarf im Besonderen (Pepin et al., 2017; Xiang, Danilovich, et al., 2018; Xiang, Legget, et al., 2018), selten Psychotherapie erhalten. Dies gilt auch in Deutschland, obwohl Psychotherapie als Teil der regulären Gesundheitsversorgung grundsätzlich allen Menschen zur Verfügung steht (Gellert et al., 2020). Eine

deutschlandweite telefonische Befragung (N = 12.197) zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Erwachsener über 75 Jahren wegen eines belastenden psychischen Problems in den vergangenen 3 Jahren eine Psychotherapie in Anspruch genommen hatte, nur halb so hoch war, wie bei einem Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren (Gellert et al., 2021).

Wenn ältere Menschen mit Pflegebedarf eine Depressionsbehandlung erhalten, erfolgt diese eher mit Antidepressiva statt mit Psychotherapie (Xiang, Danilovich, et al., 2018), obwohl ältere Erwachsene eine ambulante Psychotherapie gegenüber einer Behandlung mit Antidepressiva eher bevorzugen (Dakin & Aréan, 2013; Gum et al., 2006). Hinsichtlich der Wirksamkeit einer medikamentösen antidepressiven Behandlung ist zu beobachten, dass ältere Erwachsene bei klinischen Studien zur Wirkung antidepressiver Medikation häufig ausgeschlossen sind, eine möglicherweise geringere Ansprech- und Erfolgsrate beobachtet wird und vor allem durch multiple Medikationen Wechselwirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten können (Hoertel et al., 2021; Tedeschini et al., 2011).

1.3. Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch ältere (pflegebedürftige) Erwachsene

Strukturellen Hindernisse, wie eine unzureichende Barrierefreiheit von Praxen oder ein eingeschränktes Hausbesuchsangebot von Psychotherapeut:innen (Peters et al., 2023; Tegeler et al., 2022) bedeuten für viele pflegebedürftige, immobile Ältere, keine Psychotherapie in Anspruch nehmen zu können.

Fehler bei der Diagnostik sowie negative Altersstereotype potenzieller Zuweisender erschweren zusätzlich die Vermittlung (im Überblick Liu & Gellatly, 2021; Tegeler et al., 2022; Wuthrich & Frei, 2015): Depressionen Älterer werden von Behandler:innen häufig nicht als solche erkannt, oder depressive Symptome werden als nachvollziehbare Reaktion auf kritische Lebensereignisse bagatellisiert (Lavingia et al., 2020). Selbst im Fall einer korrekten Diagnosestellung erschweren negative Altersstereotype auch auf Seiten der Behandler:innen und damit verbundene eingeschränkte Erwartungen an die Behandelbarkeit die Überweisung zu einer ambulanten Psychotherapie (Kessler & Blachetta, 2020; Laidlaw & Pachana, 2009; Lederman & Shefler, 2023a).

In einer Studie von Kammerer et al. (2019) formulierten Hausärzt:innen (n=95) sowohl *patient:innenseitige Barrieren* (wahrgenommene allgemeine Ablehnung gegenüber Psychotherapie, mangelnde Therapiemotivation und Compliance, fehlende Krankheitseinsicht und der Glaube, dass Psychotherapie nicht wirksam sei) als auch *strukturelle Barrieren*, wie einen Mangel an verfügbaren Psychotherapieplätzen, schlechte Erreichbarkeit von Psychotherapeut:innen für Rücksprachen und Abstimmungen sowie fehlende Rückmeldungen zu Behandlungsergebnissen. Die Hausärzt:innen erlebten sich selbst als zurückhaltender, ältere Patient:innen zur Psychotherapie zu überweisen, aufgrund von Bedenken hinsichtlich des Nutzens und der erschwerten Bedingungen sowie der Wahrnehmung von Unwillen und mangelnder Erfahrung bei Psychotherapeut:innen, ältere Patient:innen zu behandeln.

Experimentelle Studien mit Fallvignetten sowie Fragebogenerhebungen zeigen, dass auch junge Psychotherapeut:innen sich weniger für die Behandlung älterer, insbesondere pflegebedürftiger älterer Patient:innen, interessieren und die Wahrscheinlichkeit, dass diese von Psychotherapie profitieren könnten, geringer einschätzen (Kessler et al., 2021; Koder & Helmes, 2008). In der Behandlung von Patient:innen mit Pflegebedarf schätzen sich Psychotherapeut:innen als weniger kompetent und behandlungsmotiviert ein als bei Jüngeren (Kammerer et al., 2019; Kessler & Schneider, 2019; Zivian et al., 1992) und haben den Eindruck, dass sie auf diese Arbeit nicht gut vorbereitet sind und sowohl Wissens- als auch Erfahrungsdefizite aufweisen (Kessler & Blachetta, 2020). Themen, die das Alter betreffen, sind in der Psychotherapieausbildung weiterhin unterrepräsentiert (Becker et al., 2021; Hinrichsen et al., 2018; Kessler et al., 2014; Konnert & Petrovic-Poljak, 2014), obwohl mit den veröffentlichten Leitlinien zur Arbeit mit älteren Erwachsenen (American Psychological Association [APA], 2014) etablierte Ansätze zur Verfügung stehen. Dies ist auch vor dem Hintergrund problematisch, dass das persönliche Wohlbefinden von Psychotherapeut:innen während des therapeutischen Prozesses mit der therapeutischen Allianz (Heinonen et al., 2014) und dem Psychotherapieerfolg (Heinonen et al., 2012; Odyniec, et al., 2019) in Verbindung stehen.

Fragt man ältere Teilnehmende an einer Psychotherapiestudie, aus welchen Gründen sie bislang keine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, beschreiben die Betroffenen am häufigsten die fehlende Verfügbarkeit von Psychotherapieplätzen sowie lange Wartezeiten, fehlende Barrierefreiheit und Probleme der Immobilität (fehlendes

Angebot für Hausbesuche) oder, bislang keinen Bedarf zur Aufnahme einer Psychotherapie gesehen zu haben (Tegeler et al., 2022). Ältere Erwachsene zeigten auch, entgegen der Annahme befragter Hausärzt:innen (Kammerer et al. 2016) eine eher positive Einstellung zur Psychotherapie (Luck-Sikorski et al., 2017).

1.4. Psychotherapeutisches Arbeiten mit älteren und körperlich kranken Patient:innen

Über das Erleben von Psychotherapeut:innen bei der Arbeit mit pflegebedürftigen älteren Patient:innen ist wenig bekannt. Anekdotische Erlebnisberichte (Knapp & Slattery, 2004; Lindner & Sandner, 2015; Yang et al., 2009) und eine klinische Fallstudie (Maxfield & Segal, 2008) identifizierten als spezifische Herausforderungen vor allem die Aufrechterhaltung professioneller Rollen, die Bewältigung von Unterbrechungen und den Umgang mit spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. Mit Blick auf den Aspekt der Psychotherapie in der Häuslichkeit werden positiv ein wahrgenommener schnellerer Beziehungsaufbau, bei der aufsuchenden Arbeit, sowie die Möglichkeit, einen unmittelbaren Eindruck von der Lebenswirklichkeit der Patient:innen zu erhalten, beschrieben (Lindner & Sandner, 2015).

In der Interviewstudie von Boschan et al. (2022), die sich speziell mit dem Erleben von jungen Psychotherapeut:innen (27-35) in der Arbeit mit älteren Patient:innen (65+) beschäftigte, arbeiteten die Autor:innen vier psychotherapeutische Haltungen gegenüber den älteren Patient:innen heraus: respektvoll/bewundernd, fürsorglich/unterstützend, skeptisch und offen. Insgesamt erlebten sich die Teilnehmenden gegenüber den Patient:innen freundlicher und weniger konfrontativ. Die Einstellungen zeigten sich auch in dem selbstberichteten Verhalten gegenüber den Patient:innen und fanden Bezug zu eigenen sozialen und biografischen Erlebnissen der Psychotherapeut:innen.

In jüngerer Zeit wurden vor allem ethische Herausforderungen in der Arbeit mit älteren Erwachsenen thematisiert, wie die Frage nach einer informierten Zustimmung bei kognitiv eingeschränkten Patient:innen, bei Verdacht auf Missbrauch oder Misshandlung sowie bei Unklarheiten hinsichtlich der Notwendigkeit die Schweigepflicht gegenüber pflegenden Angehörigen zu brechen (Jones & Knowles, 2021; Lederman & Shefler, 2023b; Morante et al., 2020).

Hinsichtlich der Arbeit mit körperlich kranken Patient:innen, beziehen sich die wenigen Arbeiten vor allem auf die Arbeit mit terminal erkrankten Patient:innen.

Psychotherapeut:innen berichteten zu ihrer Arbeit mit Patient:innen mit unheilbarer körperlicher Erkrankung, die im Verlauf der Therapie verstarben, unter anderem von einer einzigartigen echten Beziehungserfahrung im Kontakt mit diesen Patient:innen einer eigenen erhöhten emotionalen Erregung im Angesicht des existenziellen Ereignisses, sowie einem größeren Bedürfnis nach Erholung und Reflexion (Cohen & Block, 2004; Kouroglou, 2023).

1.5. Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die gemeinsamen Erfahrungen der Psychotherapeut:innen in der aufsuchenden Kurzzeit-Depressionsbehandlung (Fachkunde KVT) bei pflegebedürftigen, zuhause lebenden Älteren zu beschreiben und dabei sowohl die Herausforderungen als auch die Prozesse der Reflexion und Anpassung zu beleuchten. Um stärker die generelle professionelle Herausforderung der klinischen Versorgung dieser Patient:innengruppe zu erfassen, stehen in dieser Studie das Gemeinsame im Erleben der Psychotherapeut:innen im Fokus und weniger die Unterschiede zwischen ihnen. Aus einem tieferen Verständnis der Therapieprozesse können so Ableitungen getroffen werden für die Vorbereitung von Psychotherapeut:innen auf die besonderen Herausforderungen in der Arbeit mit dieser Patient:innengruppe, was schließlich zu einer Verbesserung der bestehenden Versorgungssituation beitragen kann.

2. Methodik

Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Analyse von 16 Interviews mit Psychotherapeutinnen und zehn zugehörigen Fallberichte. Der methodische Ansatz folgt Levitts Adaptation der Grounded-Theory (Levitt, 2021; Glaser & Strauss, 1967). Eingebettet ist die Erhebung in die PSY-CARE Studie (Abbildung 1), eine pragmatisch randomisierte Kontrollstudie zur Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie) für ältere, pflegebedürftige Erwachsene mit einer depressiven Erkrankung (für das Studienprotokoll siehe Gellert et al., 2020).

Interventionsgruppe: Richtlinien- Kurzzeitpsychotherapie	Aktive Kontrollgruppe: psychoedukativ-beratendes Angebot	Flankierendes Angebot Psychotherapeut:innen
<ul style="list-style-type: none"> — in der Regelversorgung — mit Verhaltenstherapeut:innen mit gerontologischer Erfahrung — bei Immobilität aufsuchend — in Abstimmung mit Netzwerkpartner:innen in der Versorgung (v.a. Hausärzt:innen und Pflegende) 	<ul style="list-style-type: none"> — Selbsthilfematerial (Hören und Lesen) zu Depression bei Pflegebedarf — Telefonische Beratung und Weitervermittlung — Einbezug pflegender Angehöriger 	<ul style="list-style-type: none"> — Auswahlverfahren — 2tägiger Workshop zur Qualifizierung — Supervision / Intervention — Zusätzliche Vergütung / Aufwandsentschädigung

Abbildung 1: Überblick wesentliche Rahmenbedingungen PSY-CARE-Studie (eigene Darstellung)

2.1. Studienteilnehmende

2.1.1. Teilnehmende

Die Stichprobe bestand aus 16 weiblichen psychologischen Psychotherapeutinnen im Alter von 26 bis 70 Jahren ($M = 47,4$ Jahre). Ihre berufliche Erfahrung im Bereich der Psychotherapie erstreckte sich über einen Zeitraum von 1,5 bis 40 Jahren ($M = 11,6$ Jahre). Bis auf eine Teilnehmerin, die angab sich bislang nur geringfügig mit dem Themengebiet auseinandergesetzt zu haben, hatten alle zuvor etwas oder umfangreiche Erfahrung in der Behandlung älterer Menschen gesammelt. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmerinnen knapp 60 Patient:innen in der relevanten Altersgruppe behandelt, wobei die Anzahl der behandelten Patient:innen zwischen 3 und 323 lag. Von den 16 interviewten Psychotherapeutinnen arbeiteten acht im ambulanten Bereich, drei im

stationären Bereich, und fünf waren sowohl ambulant als auch stationär tätig. Lediglich drei der Teilnehmerinnen hatten Erfahrung mit aufsuchender Therapie. Die 16 Teilnehmenden haben insgesamt 65 Patient:innen aus der Interventionsgruppe des Projekts PSY-CARE (insgesamt 102 Patient:innen) psychotherapeutisch behandelt.

2.1.2. Forschungsteam und Forschende-Teilnehmenden-Beziehung:

Die Autorin [Christina Demmerle] ist eine 44-jährige Psychotherapeutin, Fachkunde kognitive Verhaltenstherapie und Doktorandin mit umfangreicher klinischer Erfahrung in der Psychoonkologie und Palliativmedizin. Als administrative Kontaktperson war sie mit den PSY-CARE Psychotherapeut:innen über die Projektlaufzeit zwischen ein- und dreimal in Kontakt. Sie führte alle Interviews durch und betreute die Psychotherapeutinnen bei der Erstellung der Fallberichte. Die beiden wissenschaftlichen Betreuenden der Arbeit, Eva-Marie Kessler und Paul Gellert supervidierten den Auswertungsprozess. Für weitere Details zur Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden sowie dem Statement zur Reflexivität, siehe Demmerle et al. (2023).

2.2. Rekrutierung

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte in einem gestuften Prozess aus der Gesamtstichprobe der 39 Psychotherapeut:innen, die im Rahmen des Projektes PSY-CARE Patient:innen in der Interventionsgruppe behandelten (zur Auswahl und Qualifizierung der Gesamtstichprobe, siehe Gellert et al., 2020). Mit dem Ziel der Varianzmaximierung (nach Patton, 1990) und dem Wunsch einer Annäherung an eine inhaltliche Repräsentativität (nach Merrens, 2004), wurden zunächst Teilnehmende ausgewählt, die sich in relevanten Merkmalen unterschieden: einschlägige Berufserfahrung (gering/groß), Alter (jung/alt) und Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit (stationär/ambulant), basierend auf den Erkenntnissen von Rønnestad et al. (2016) und Boschann et al. (2022). Im Sinne eines theoretischen Samplings (Glaser & Strauss, 2017) wurden im weiteren Verlauf der Datenerhebung Fälle aus der Gesamtstichprobe ausgewählt, um die Heterogenität der Inhalte zu erhöhen und relevante Bereiche zu kontrastieren. Ergänzt wurde die Stichprobe um Interviews mit Psychotherapeutinnen mit ähnlichen Merkmalen, um die theoretische Relevanz der Inhalte aus den ersten Interviews zu validieren und um Ähnlichkeiten oder Gegenevidenzen sichtbar zu machen.

Die Rekrutierung neuer Teilnehmender wurde beendet, als eine theoretische Sättigung (Glaser & Strauss (2017) erreicht war und keine neuen Themen mehr auftraten.

Nach Abschluss der Interviews wurden zehn der 16 Teilnehmerinnen gebeten, eine Fallstudie über einen Psychotherapieprozess zu verfassen, um einen tieferen Einblick in die Reflexions- und Anpassungsprozesse der Psychotherapeutinnen zu erlangen. Eine Teilnehmerin lehnte aufgrund begrenzter Kapazitäten ab, während eine andere Teilnehmerin zwei Fallstudien erstellte. Die Auswahl erfolgte nach Stiles (2007) mit dem Ziel, neue und interessante Aspekte zu identifizieren, die sich aus einer ersten Analyse der Interview-Postskripte ergeben hatten. Auswahlkriterien waren dabei unter anderem häufig angesprochene Themen oder benannte zugehörige Beispiele, die besonders gut das angesprochene Thema darstellten.

2.3. Datenerhebung

Mit einem zu Beginn des Projektes ausgefüllten Fragebogen wurden soziodemographische Daten und Angaben zur relevanten Berufserfahrung erfasst. Das Interview wurde halbstrukturiert und problemzentriert (in Anlehnung an Witzel & Reiter, 2012) mit Hilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt (siehe Tabelle 1). Die ausgewählten Themen orientierten sich an dem generischen Modell der Psychotherapie von Orlinsky & Howard (1987).

Tabelle 1: Leitfaden Interviews (veröffentlicht im Ergebnisbericht des Projektes PSY-CARE; Kessler, 2022, S.71-72)

Dimension	Unterkategorie	Einstiegsfrage
Einstieg	offene Einstiegsfrage	— Erzählen Sie mir doch bitte welche Erfahrungen Sie, so ganz allgemein, als Projekttherapeut:in in der Psychotherapie mit älteren pflegebedürftigen Patient:innen gemacht haben?
	Exkurs: COVID-19	— Nach dem Einschnitt durch die COVID-19 Pandemie: Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?
	projektbezogene Themen	— Wenn Sie mal zurückdenken, als Sie sich damals für das Projekt interessiert haben, hatten Sie ja einige Phantasien oder sogar konkretere Vorstellungen, wie Psychotherapie mit der Patient:innengruppe abläuft. Wie es gekommen ist, ist das so, wie Sie sich das vorgestellt hatten oder doch irgendwie anders?
Psychotherapie mit älteren, pflegebedürftigen Patient:innen	psychotherapeutischer Kontrakt, Behandlungsmodell und Beziehung	— Erzählen Sie doch mal, wie Sie so den unmittelbaren Kontakt zu den Patient:innen, also die psychotherapeutische Beziehung, erlebt haben.

	psychotherapeutische Techniken und Interventionen	— Erzählen Sie doch mal bitte, wie Sie psychotherapeutisch mit den älteren, pflegebedürftigen Patient:innen gearbeitet haben.
	Wirkfaktoren Psychotherapie	— Insgesamt so nach Ihrer Erfahrung – wovon profitieren die Patient:innen in den Therapien?
Therapeut:innen-Variable	professionelles Selbst/therapeutischer Stil/Rolle	— Wie würden Sie sich als Therapeut:in im Allgemeinen beschreiben?
Kontext der Psychotherapie	Setting	— Beschreiben Sie doch mal bitte, was für Sie das Besondere an dem Setting der Behandlungen war, also wenn man auf die Zugangswege und die Orte der Behandlung schaut?
	soziales Umfeld	— Welche Rolle spielte in Ihren Therapien das Umfeld der Patient:innen.
Konsequenzen und Ergebnis der Psychotherapie	Konsequenzen und Ergebnis der Psychotherapie	— Was würden Sie sagen, wie sind die Therapien mit Ihren Patient:innen so (bislang) gelaufen?
Abschluss	abschließende Fragen	— Die Patient:innen des Projektes kennzeichnen sich durch das Alter, die Pflegebedürftigkeit, die aufsuchende Behandlung sowie durch die Einbindung des sozialen Umfeld. Welche der Faktoren würden Sie sagen bedeutete für Sie die größte Anpassungsleistung? — Angenommen, Sie könnten frei wählen, Zeit und Geld spielten keine Rolle, würden Sie gerne mehr oder weniger Patient:innen dieser Gruppe zugehörig und in diesem Kontext behandeln? Was bräuchten Sie dafür? — Welche Erfahrungen würden Sie an neue Kolleg:innen in diesem Feld weitergeben?
	Ausstiegsfrage	— Möchten Sie noch etwas erzählen, was Ihnen wichtig ist, das aber hier in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?

Zu Beginn jedes Interviews wurde eine offene Frage gestellt: "Können Sie mir bitte von Ihren Erfahrungen als Projekttherapeutin bei der Behandlung älterer pflegebedürftiger Patient:innen berichten?". Mit der zu jeder Dimension formulierten offenen Einstiegsfrage wurde die Relevanzsetzung der Psychotherapeutinnen aufgegriffen und sie wurden gebeten, das Angesprochene anhand konkreter Therapiesituationen beispielhaft zu vertiefen. Immer wieder wurde betont, dass es um die authentische Beschreibung der Erfahrungen der Teilnehmerinnen und nicht um das Abfragen von Theoriewissen ging. Von den Interviewten nicht benannte, jedoch als relevant eingestufte Themengebiete wurden anschließend erfragt. Die Abschlussfrage gab den Interviewten die Möglichkeit, Themenbereiche zu nennen, die bislang noch nicht angesprochen wurden. Die Interviews dauerten zwischen 44 bis 105 Minuten ($M = 81$ Minuten) und die Tonspur wurde elektronisch aufgezeichnet. Mit Unterstützung von drei studentischen Mitarbeiterinnen

wurden die Interviews mit F4transcript transkribiert. Im Anschluss wurden identifizierende Informationen wie Namen und Orte gestrichen und einige persönliche Angaben geändert, um die Anonymität der Teilnehmenden und der Patient:innen zu wahren.

Die theorieorientierten Fallstudien (Stiles, 2007; McLeod, 2013) wurden als ergänzende Informationen verarbeitet. Die ausgearbeiteten Fallstudien umfassten fünf bis zehn DIN-A4-Seiten und folgten einer vorgegebenen Struktur (siehe Abbildung 2) – Von den zehn Fallstudienpatient:innen waren acht weiblich und zwei waren männlich. Sie waren zum Zeitpunkt der Therapie zwischen 68 und 87 Jahre alt. Acht Patient:innen lebten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie allein, zwei mit einem Partner oder einer Partnerin. Mit einer Ausnahme fand die Therapie in allen Fällen in der Wohnung der Patient:innen statt.

Struktur der Fallstudien

1. Skizzierung der **Problematik zu Therapiebeginn** (Selbstbericht, ggf. Fremdbbericht) einschließlich zentraler psychischer Symptomatik und Diagnose (1 Seite)
2. **Körperliche Situation/** Fähigkeiten und Einschränkungen im Alltag unter Berücksichtigung ihres Beitrages zur aktuellen psychischen Symptomatik (0,5 Seiten)
3. Zur aktuellen psychischen Symptomatik beitragende **lebensgeschichtliche Entwicklung** und makroanalytische Überlegungen (1 Seite)
4. **Lebenssituation im Alter und aktuell** unter Berücksichtigung von sozialer Einbindung und Versorgung (0,7 Seiten)
5. Zentrales/ übergeordnetes **Therapieziel und Rahmenbedingungen der Therapie** (Therapiesetting/ Therapiefrequenz) (0,3 Seiten)
6. Chronologische Darstellung des **Therapieverlaufs** einschließlich der Entwicklung der therapeutischen Beziehung und Therapieende (3 Seiten)
7. Persönliches Fazit entlang der therapeutischen Herausforderungen und Besonderheiten (0,5 Seiten)

Abbildung 2: Struktur der Fallstudien (veröffentlicht im Ergebnisbericht des Projektes PSY-CARE; Kessler, 2022, S.73)

Die Studie wurde gemäß den ethischen Grundsätzen der APA durchgeführt und von der Ethikkommission der Medical School Hamburg (MSH-2018/20 und MSB-2020/32) genehmigt. Von allen Teilnehmenden liegen schriftliche Einverständniserklärung vor.

2.4. Auswertung

Die Auswertung basierte auf dem Ansatz der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), der für die Entwicklung psychologischer Theorien auf der Grundlage von Levitt (2021) innerhalb eines methodologisch-hermeneutischen epistemologischen Rahmens (Rennie, 2000) modifiziert wurde, und wurde von der Software F4analyse unterstützt.

In der Datenanalyse wurden die beiden Datenquellen nacheinander betrachtet, beginnend mit den Interviews. Die Transkripte wurden in drei Schritten bearbeitet: In der Phase des offenen Kategorisierens wurde jedes Interview in bedeutungsvolle Einheiten, sogenannte „Meaning Units“ zerlegt, die alle jeweils einen zentralen Aspekt des Erlebens der Teilnehmerinnen umfassten. Diese mit deskriptiven Labels versehenen, bedeutungsvollen Einheiten wurden in der zweiten, axialen Kodierphase, in einem Prozess der kontinuierlichen Vergleiche zu Kategorien gleicher Bedeutung zusammengefasst. Die Kategorisierung erfolgte aus den Daten heraus, ohne Vorkategorisierung. Es wurden keine a priori Hypothesen formuliert. In Anlehnung an Stiles (2007, 2009) wurden dann die Bedeutungseinheiten aus den Fallstudien den bestehenden Kategorien zugeordnet. In der dritten Phase wurden anhand der kontinuierlich im Prozess verfassten Memos (Morrow, 2005) Beziehungen zwischen den Kategorien herausgearbeitet und übergeordnete Kategorien, sogenannte Cluster, gebildet. Dies ging mit einer kontinuierlichen hierarchischen Neuorganisation der Daten einher. Während dieses Prozesses entwickelte sich auch eine Idee der Kernkategorie, welche Cluster und Kategorien umfasst. Das entwickelte hierarchische Modell ist Ergebnis einer induktiven hermeneutischen Analyse von Mustern in Berichten über subjektive Erfahrungen mit komplexen (Interaktions-) Prozessen (Rennie, 2000).

2.5. Credibility Check

Durch die regelhaft gestellte Abschlussfrage, die bislang nicht genannte Themen abfragte, wurde sichergestellt, dass alle für die Teilnehmenden relevanten Aspekte erfragt wurden. Regelhaft wurden die Ergebnisse in internen und externen Forschungs- und Qualitätszirkeln kritisch diskutiert, um möglicherweise blinde Flecken oder systematische Interpretationsfehler aufzudecken. Zwischenergebnisse wurden einer Gruppe, bestehend aus Teilnehmerinnen der Interviews und PSY-CARE Psychotherapeutinnen sowie den zwei Supervisorinnen der PSY-CARE Projekttherapeutinnen im Einzel vorgestellt und diskutiert, um sicherzustellen, dass sowohl die teilnehmenden Psychotherapeutinnen als auch die Supervisorinnen ihre

Erfahrungen in den zusammengefassten Erfahrungen wiedererkannten. Mit Ausnahme von der Feststellung, dass die Supervisorinnen den Eindruck hatten, dass das Thema „Angehörige“ in den Supervisionsprozessen eine höhere Bedeutung hatte als es im Modell zum Ausdruck kam, bestätigten die Teilnehmenden eine Übereinstimmung zwischen ihren Erfahrungen und dem Modell.

3. Ergebnisse

Im Folgenden wird (1) das hierarchische Modell des Erlebens der Psychotherapeutinnen in der Behandlung der Patient:innen (siehe auch Demmerle et al., 2023) beschrieben und (2) die Erfahrungen der Psychotherapeutinnen mit der Machbarkeit aufsuchender Psychotherapie in diesem speziellen Kontext.

Unter Berücksichtigung der Veränderungen aufgrund der COVID-Pandemie gab etwa die Hälfte der Psychotherapeutinnen an, dass sie die telefon- und videobasierte Behandlungssitzungen besser als erwartet erlebt hätten. Einige berichteten von einer geringer wahrgenommenen Intensität in der therapeutischen Beziehung aufgrund der Umstellung auf Telefon- oder Videokommunikation. Die Mehrheit der Psychotherapeutinnen berichtete aufgrund der erhöhten sozialen Isolation der meisten Patient:innen während des ersten Lockdowns eine intensivere therapeutischen Beziehung wahrgenommen zu haben. Insgesamt ergaben sich keine Hinweise, dass die Pandemie die Struktur des beschriebenen hierarchischen Modelles beeinflusst hat.

3.1. Erleben der Psychotherapeutinnen in der Behandlungssituation mit den Betroffenen.

Die teilnehmenden Psychotherapeutinnen machten die Erfahrung, mit ihren Haltungen, Zielen, ihrem Rollenverständnis und ihrer aus anderen Kontexten (z.B. Psychotherapie in der eigenen Praxis mit körperlich gesunden, jüngeren Patient:innen) übernommenen Herangehensweisen für effektive Psychotherapie an für sie neue Gegebenheiten und Anforderungen zu stoßen. Sie erlebten dies zunächst als Situationen mit vermeintlich oder tatsächlich unvereinbaren Handlungsalternativen. Die Zuspitzung zeigte sich für sie übergeordnet in der Frage: Soll ich an meiner bisherigen Haltung und Herangehensweise festhalten oder reagiere ich auf die sich aus der Situation heraus ergebenden Anforderungen? Dabei waren sie in Bezug auf das Festhalten am Gewohnten in Sorge, kein therapeutisches Arbeitsbündnis herstellen zu können. Bei der vollständigen Anpassung an die Gegebenheiten fürchteten sie jedoch, reine Alltagsbegegnungen zu gestalten – ebenfalls ohne therapeutischen Nutzen. Das Erleben dieser Spannungsfelder spiegelte sich häufig in dem Bild eines Dilemmas wider. Die Teilnehmerinnen nahmen dies als unvereinbar erscheinende, unerwünschte Handlungsalternativen wahr. Das Erleben führte bei den Teilnehmerinnen zu Suchbewegungen, die mit einer Erweiterung

des Professionsverständnisses und einem darauf angepassten therapeutischen Handeln einhergehen.

Im Rahmen der Studie wurden eine Kernkategorie, drei Cluster und acht Kategorien identifiziert (Demmerle et al., 2023). Die Teilnehmerinnen beschrieben drei wesentliche Dilemmata (Cluster): (1) Drängen auf Veränderung vs. Anerkennen von Begrenzung, (2) Leisten von Hilfe vs. Wahren von Grenzen und (3) Gast im Zuhause der Patient:innen vs. Gastgeber:in des psychotherapeutischen Rahmens (im Überblick siehe Tabelle 2). In allen Dilemmata spiegelt sich das wahrgenommene Spannungsfeld, mit einem Schema aus einem anderen Kontext kommend, an den therapeutischen Prozess heranzugehen und in diesem speziellen neuen Kontext damit zunächst an Grenzen zu stoßen.

Tabelle 2: Hierarchisches Modell (veröffentlicht im Ergebnisbericht des Projektes PSY-CARE; Kessler, 2022, S.30)

Kernkategorie	Cluster	Kategorie
Psychotherapeut:innen erlebten Dilemmata in der aufsuchenden Psychotherapie mit älteren Erwachsenen mit Depression und Pflegebedarf als Auslöser für ihre eigene professionelle Entwicklung.	Das wahrgenommene Dilemma zwischen dem Drängen auf Veränderung und dem Anerkennen von Grenzen veranlasst Psychotherapeut:innen, alternative therapeutische Ansätze zu entwickeln.	Konflikt zwischen Wünschen und Grenzen löst Mitgefühl und professionelle Selbstzweifel aus.
		Fehlendes gemeinsames Therapieverständnis verstärkt berufliche Selbstzweifel.
		Professionelle Selbstzweifel führen zu Reflexion, Mitgefühl und letztlich zu alternativen Haltungen und Ansätzen
	Das wahrgenommene Dilemma zwischen Hilfeleistung und Wahrung von Grenzen, führt über Selbstreflexion zu einem erweiterten therapeutischen Selbstverständnis.	Existenzielle Bedürfnisse und Erwartungen der Patient:innen nach zusätzlicher Unterstützung führen zu Impulsen, selbst Hilfe zu leisten, aber auch zu Selbstzweifeln
		Die unmittelbare Konfrontation mit der existenziellen Not der Patient:innen verstärkt die Erfahrung des Dilemmas.
		Das Erleben des Dilemmas veranlasst Psychotherapeut:innen dazu, zu reflektieren, sich mit Kollegen zu beraten und schließlich ihr Berufsverständnis zu erweitern.
Wahrgenommenes Dilemma zwischen dem Verhalten als Gast im Zuhause der Patient:innen und als Gastgeber:in des psychotherapeutischen Rahmens führt zu einem neuen und gemeinsamen Skript für die aufsuchende Psychotherapie.	Das häusliche Setting löst einen Rollentausch aus, bei dem die Patient:innen die Gastgeberrolle übernehmen.	
	Rollenumkehr inspiriert neues Drehbuch für die Therapie zuhause.	

3.1.1. Cluster 1: Drängen auf Veränderung vs. Anerkennen von Begrenzung

Das wahrgenommene Dilemma zwischen dem Drängen auf Veränderung und dem Anerkennen von Begrenzung veranlasst Psychotherapeut:innen, alternative

therapeutische Ansätze zu entwickeln. Das Dilemma bestand in der zunächst dichotom wahrgenommenen Entscheidung, entweder an der bisherigen, aus anderen Kontexten übertragenen, therapeutischen Herangehensweise festzuhalten und die Patient:innen damit möglicherweise nicht zu erreichen, oder dem eigenen Mitgefühl folgend, rein supportiv zu handeln, verbunden mit der Sorge, dann zwar ein affektives Bündnis einzugehen, jedoch Ziele und gemeinsame Aufgaben (im Kontext der Psychotherapie) aus den Augen zu verlieren.

Kategorie 1: Konflikt zwischen Wünschen und Grenzen löst Mitgefühl und professionelle Selbstzweifel aus

Die Teilnehmerinnen beschrieben eindrücklich, wie die körperliche und kognitive Situation der Patient:innen in die Therapien hineinragte und den Prozess maßgeblich mitbestimmte. Verstärkt wurde dies durch den beobachteten, meist progredienten Verlauf der körperlichen Erkrankungen. Die Teilnehmerinnen erlebten die für sie zunächst neuartige Situation, dass zwar psychische Symptome durch die therapeutische Arbeit gelindert werden konnten, das Fortschreiten der körperlichen und ggf. dementiellen Erkrankung über den Therapieverlauf hinweg aber dennoch zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führte.

P4: Auch da ist es ja dann meistens so, dass man irgendwie am Ende sagen kann [...] dem Patienten geht's jetzt nicht irgendwie immer besser, sondern dem geht's jetzt trotzdem zunehmend schlechter, weil das auch Teil dieser [körperlichen] Erkrankung trotzdem ist. (Interview)

Vor dem Hintergrund des physischen Leidens der Patient:innen erlebten sich die Psychotherapeutinnen immer wieder auch hilflos. Sie beschrieben sowohl Mitgefühl als auch eigene Handlungsunsicherheiten, insbesondere in Situationen, in denen sie direkt mit Gebrechlichkeit, Schmerzen oder Atemnot der Patient:innen konfrontiert wurden. Sie erlebten sich dabei zunächst als weniger wirksam und stellten teilweise im Angesicht progredienter Krankheitsverläufe die grundsätzliche Therapiefähigkeit oder die Möglichkeit, wirksam zu sein, in Frage.

P14: Mich hat es schon bedrückt, zu sehen, wie stark körperlich eingeschränkt und wie krank sie ist und wie elend sie auch manchmal ist. Und, dass ich da dann gedacht hab, naja, Psychotherapie schön und

gut, aber an ihrer Situation, dieser wirklich leidvollen Situation, ist ja nichts zu ändern. (Interview)

Auslöser für die darauffolgenden Suchbewegungen war der immer wieder formulierte Anspruch, für die Patient:innen eine Veränderung zu erreichen, die über eine rein supportiv orientierte Begleitung hinausgeht und vor allem eine langfristige Veränderung erzielt.

Kategorie 2: Fehlendes gemeinsames Therapieverständnis verstärkt berufliche Selbstzweifel

Die Herstellung eines therapeutischen Arbeitsbündnis erlebten viele Teilnehmerinnen als ungewöhnlich herausfordernd, vor allem bei einer zu Beginn noch fehlenden Übereinstimmung im Therapieverständnis. Die Teilnehmerinnen trafen sowohl auf Patient:innen mit psychotherapeutischer Vorerfahrung als auch, mehr als sie es sonst kannten, auf durch Angehörige fremdmotivierte Patient:innen, die noch keine eigenen Vorstellungen von einem möglichen Nutzen einer Psychotherapie hatten. Ein tendenziell eher medizinisch geprägtes Krankheits- und Therapieverständnis erlebten sie als Herausforderung.

P3: Dass es viele Patientinnen gab, die keine Therapieerfahrung hatten, bisher [...], aber die das eher kannten durch Kontakt zu Hausärztinnen und Hausärzten, wenn man [...] erstmal ganz viel erzählt und dann geht man wieder weg.“ (Interview)

Die Teilnehmerinnen sahen sich dadurch mit Erwartungen konfrontiert, die sie nicht erfüllen konnten, wie beispielsweise nach einer schnellen Lösung oder Medizin. Vor allem spürten die Teilnehmerinnen den Wunsch der Patient:innen, wertschätzend, mit einem liebevollen Blick und auf Augenhöhe betrachtet zu werden. Sie erlebten dabei Patient:innen mit teilweise biografisch bedingten Hemmnissen, über eigene Belastungen und Emotionen zu sprechen, häufig verbunden mit der Sorge, der Psychotherapeutin lästig zu sein oder verbunden mit einer Scham, über Schwierigkeiten und Nicht-Gelungenes zu berichten.

P12: Es gibt, glaube ich, einen großen Wunsch, nicht beschämt zu werden [...], weil es sowieso so viel Eigen-Beschämung gibt und Eigen-

Beschimpfen. Ja, dass es ganz viel Notwendigkeit von Validierung gibt und Verständnis für ihre Lebenswege und Lebenslösungen. Und dass es da auch so eine Hab-Acht-Stellung gibt, glaube ich, weil es viel Erfahrung mit medizinischen Systemen auch gibt, die sagen: Ja, da muss man halt [...]. Und dieses doch sehr beschämt sein auch darüber, dass das nicht immer gelingt. Und ich glaube, das ist was, was wie so ein Schwamm aufgesaugt wird. Wenn dann auch eine Wertschätzung kommt dessen, dass wir manchmal auch irrationale Lösung in unserem Leben, ganz oft irrationale Lösungen wählen. (Interview)

Durch eine teilweise wahrgenommene Unterschiedlichkeit in den Vorstellungen von den Zielen und Möglichkeiten einer Psychotherapie und einer stärker erlebten Notwendigkeit, einen sicheren Boden zu bereiten für die emotionale Öffnung der Patient:innen, wurde der Prozess, ein gemeinsames Arbeitsbündnis herzustellen, als herausfordernder und zeitintensiver wahrgenommen und ragte in viele therapeutische Prozesse hinein.

Kategorie 3: Professionelle Selbstzweifel führen zu Reflexion, Mitgefühl und letztlich zu alternativen Haltungen und Ansätzen

Konfrontiert mit dem Dilemma, mit der bisherigen Herangehensweise an Grenzen zu stoßen aber auch nicht nur ausschließlich supportiv handeln zu wollen, entwickelten die Teilnehmerinnen Haltungs- und Handlungsalternativen: Als Grundlage bauten sie, wo es ihnen notwendig erschien, neues Fachwissen auf, indem sie von erfahrenen Kolleg:innen Informationen einholten oder Fachliteratur lasen. Vorrangig in Momenten eingeschränkter Wirksamkeitserwartung, verbunden mit professionellen Selbstzweifeln, reflektieren sie ihre Haltung und Bewertungsmaßstäbe und suchten den Abgleich mit Kolleg:innen und Supervisor:innen als „Rückversicherung“ (P10, Interview) und „Rückhalt“ (P7, Interview). Sie rekontextualisierten ihre Bewertung des Therapieerfolgs und lernten, Veränderungen in einer anderen Skalierung wahrzunehmen, also auch kleinere Veränderungen in Relation zu den Lebensumständen als Erfolge zu bewerten.

P4: Es unterscheidet sich in dieser Kleinstschrittigkeit sozusagen, das ist ja eindeutig, dass da eben gar nicht so viel sich verändern KANN und das dann aber auch zu sehen und zu stützen, was da an Fitzelchen eben ist. (Interview).

Die meisten Teilnehmerinnen beschrieben schließlich eine balancierte Herangehensweise: sie bewegten sich zwischen einer akzeptierenden validierenden Haltung („aushalten, dass da ein klagender, oft schwer betroffener Mensch einfach vor ihnen sitzt“; P11, Interview) und suchten zum anderen, immer wieder Spielräume für Veränderung, Aktivierung und Ressourcenmobilisierung. Beim Aktivitätenaufbau erlebten sich die Teilnehmerinnen als „weniger forsch“: Sie gestalteten Interventionen angepasst an die Situation der Patient:innen und konzentrierten sich tendenziell eher auf kleinere Schritte, orientiert an ganz konkreten Themen.

T11: Da ist jemand, der hat sein Leben gelebt hat und vieles auch geschafft hat und daran anzuknüpfen im Sinne von Ressourcenaktivierung. Aber gleichzeitig auch Mitgefühl zu haben, dass das jetzt langsam eben weniger wird und er da auch Verluste erlebt hat und da vielleicht diesen Schmerz oder die Trauer auch zu akzeptieren. [...] Die Neugier auf die Leute [Patient:innen] und ganz viel Haltung. Und ich glaube, wenn die Haltung passt, dann passt das auch. Und dann nehmen die Leute auch was mit. Und höchstens vielleicht darauf achten, es am Ende nicht zu verplaudern“ (Interview).

3.1.2. Cluster 2: Leisten von Hilfe vs. Wahren von Grenzen

Die Selbstreflexion, angeregt durch ein wahrgenommenes Dilemma zwischen Hilfeleistung und Wahrung von Grenzen, führt zu einem erweiterten Selbstverständnis.

Die Psychotherapeutinnen beschrieben die Herausforderung, sich zu den ausgesprochenen oder unausgesprochenen Erwartungen nach praktischer Hilfe und ganz konkreten Anliegen der Patient:innen zu verhalten. Das Dilemma bestand in der zunächst wahrgenommenen Nicht-Vereinbarkeit, empathisch pragmatische Hilfe bei der Konfrontation mit akuten, relevanten Bedürfnissen zu leisten und an persönlichen oder professionellen Grenzen festzuhalten, und damit möglicherweise therapeutische Wirksamkeit einzubüßen.

Kategorie 1: Existenzielle Bedürfnisse und Erwartungen der Patient:innen nach zusätzlicher Unterstützung führen zu Impulsen, selbst Hilfe zu leisten, aber auch zu Selbstzweifeln

In der Wohnung der Patient:innen erlebten sich die Teilnehmerinnen häufig unmittelbar involviert in Situationen, von denen in der Psychotherapiepraxis sonst nur berichtet wird. Dazu gehörte zum Beispiel eine Patientin „die ganz allein zuhause war, mit einem leeren Kühlschrank, keine Angehörigen und der Ehemann ist im Pflegeheim. Und sie selber auch pflegebedürftig“ (P15, Interview), aber auch das Fehlen von lebensnotwendigen Medikamenten, das Nicht-Erreichen des Hausarztes oder der kaputte Fahrstuhl, der das Einkaufen unmöglich machte. Fast alle Teilnehmerinnen folgten in diesen Situationen ihrem Impuls, zu helfen.

Weiterhin erlebten sie auch Notlagen, die eigene persönliche Grenzen berührten und dadurch mehr Handlungsunsicherheit und Unbehagen auslösten, wie zum Beispiel der Sturz eines Patienten, mit der Notwendigkeit, auch körperlich nah an ungewohntem Ort Hilfestellung zu geben. Eine Teilnehmerin beschrieb das Abwägen der Alternativen bei einer Patientin, die sie zu einem Seniorencafé begleitete und ihr Kuchen anreichte.

P3: Das war ihr Wunsch, also sie hat das explizit gesagt, sie kriegt das nicht alleine hin, ich möge sie bitte füttern. [...] Und das ist schon etwas, was, ja, eine Nähe hergestellt hat, die sonst nicht zwischen mir und meinen Patienten entsteht. [...] Also ich habe mich nicht besonders wohlgeföhlt dabei, aber ich fand es auch unpassend, ihr in der Situation wo alle um sie herumsitzen, Kaffee und Kuchen essen, ihr das zu verweigern“ (Interview)

Sie attribuierten diese Situationen meist als menschliches oder gesellschaftliches, vor allem aber als alternativloses Engagement.

Fast alle Teilnehmerinnen waren auch mit Wünschen nach praktischer Hilfe konfrontiert: Sei es der Stapel Unterlagen, der sortiert werden müsste oder das gemeinsame Ausfüllen eines Formulars, aber auch das Abhängen von Wäsche, das Mitbringen von Besorgungen. Insgesamt beobachteten sich die Teilnehmerinnen dabei, mehr und andere Aufgaben zu übernehmen, als sie es in anderen Therapien tun würden und beschrieben dabei immer wieder professionelle Selbstzweifel und auch Ärger. Die Teilnehmerinnen fürchteten, die Patient:innen durch die praktische Hilfe zwar kurzfristig zu entlasten, aber keine bleibende Veränderung in der Lebenswelt der Patient:innen zu initiieren oder auch sich selbst zu überfordern.

P13: Das Finden einer klaren Haltung bezüglich der Wahrung von Grenzen war und ist nach wie vor schwierig für mich: aus therapeutischer Sicht schwankte ich zwischen der Befürchtung, das dysfunktionale Verhalten der Patientin aufrechtzuerhalten und ihr Hilflosigkeitserleben zu verstärken, wenn ich all ihren Forderungen nach praktischer Unterstützung nachkomme. Auf persönlicher Ebene bemerkte ich Unwohlsein und Ärger, wenn ich über meine eigenen Grenzen hinausging, auch in zeitlicher Hinsicht. (Kasuistik)

Kategorie 2: Die unmittelbare Konfrontation mit der existenziellen Not der Patient:innen verstärkt die Erfahrung des Dilemmas

Die Teilnehmerinnen sahen sich konfrontiert und auch bedroht von der unmittelbaren Erfahrung des existenziellen Leids der Patient:innen mit begrenzter Lebenszeit, teilweise am Lebensende.

P16: Die teilweise bedrückende Lebenswirklichkeit der Patienten zu erleben, das berührt mich. Das berührt mich auf jeden Fall. Also das so mitzuerleben. [...] Wie sie sich das Alter auch vorgestellt haben und es sich vielleicht auch ganz, ganz anders vorgestellt haben, als es sich jetzt tatsächlich zeigt [...] das geht mir auch nah, durchaus. (Interview).

Die Dimensionen des Leids umfassten die (1) Wahrnehmung progredienten körperlichen, kognitiven und seelischen Leids der Patient:innen (wie in Cluster 1, Kategorie 1 beschrieben) und (2) das Gewahrwerden eines meist unumkehrbaren Verlustes von Selbstbestimmung mit sich einstellender Hilfsbedürftigkeit. Die Teilnehmerinnen erlebten Patient:innen, (3) die um Sinnerleben rangen, in ihrer teilweise depressiv verzerrt wahrgenommenen, teilweise auch realen Situation am Lebensende und trafen auf Patient:innen, (4) die sozial isoliert und einsam waren und deren Situation Mitgefühl, aber auch immer wieder ein Gefühl von Beklemmung, auslöste (im Überblick Tabelle 3). Einen Austausch über Sterben und Tod erlebten die Teilnehmerinnen sowohl als Intensivierung der therapeutischen Arbeit, beschrieben bei einer Häufung der Thematik aber auch damit verbundene Belastungen. Die durch die Wahrnehmung existenziellen Leids ausgelösten Gefühle verstärkten den Impuls, Patient:innen konkrete Hilfestellung zu geben, über persönliche Grenzen zu gehen und kollidierten so zuweilen mit dem in der Profession

verankertem Anspruch, Menschen zu befähigen, Dinge eigenständig zu bewältigen. Dies löste sowohl Unbehagen, aber auch Ärger aus.

Tabelle 3: Überblick der Dimensionen wahrgenommenen existenziellen Leids (eigene Darstellung)

Dimensionen	Beschreibung	Zitat
physisches und psychisches Leid	Psychotherapeut:innen erleben unmittelbar progredientes körperliches, kognitives und seelisches Leid ihrer Patient:innen.	„Und ich würde eher sagen so am Anfang, dass ich dann dachte, mich hat es schon bedrückt, zu sehen, wie stark körperlich eingeschränkt und wie krank sie ist und wie elend sie auch manchmal ist.“ (Interview, P14)
Hilfsbedürftigkeit und Wunsch nach Selbstbestimmung	Psychotherapeut:innen werden konfrontiert mit einem (meist) unumkehrbaren Verlust von Selbstbestimmung und einer sich einstellenden Hilfsbedürftigkeit bei den Patient:innen.	„Also, dass das eben kein expansives Lebensgefühl sein kann. Und innerhalb dieser wirklich deutlichen Einschränkungen zu gucken, was da für einen Lebensentwurf für die restliche Zeit es da geben kann. Dass es insofern also weniger Ressourcen gibt, äußere Ressourcen, als ich es sonst in der Therapie bei den meisten meiner Patienten kennen.“ (Interview, P14)
Ringen nach Sinn in der Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit	Psychotherapeut:innen erleben das Ringen nach Sinn von Patient:innen in ihrer depressiv verzerrten und realen Situation am Lebensende.	Es berührt mich, die manchmal bedrückende Lebenswirklichkeit der Patienten zu erleben. Das berührt mich auf jeden Fall. [...] Wie sie sich das Alter vorgestellt haben und das ist vielleicht ganz, ganz anders, als es jetzt in Wirklichkeit ist, [...] das geht mir sehr nahe, absolut. (Interview, P16)
Leben in sozialer Isolation	Psychotherapeut:innen erleben Patient:innen in teilweise sozial stillgelegten Räumen.	Die Konfrontation mit ihrer Einsamkeit, die sich nicht grundlegend ändern ließ, und ihrem "Alleingelassen-Sein", ohne auch in einen fürsorglichen und pflegenden Kontext eingebunden zu sein, war eine Herausforderung für mich. [...] es war ziemlich schwierig, sich von der Beziehung zu lösen und sie professionell zu halten. Ich empfand starke Sympathie und Mitgefühl für die Patientin, und es war schwierig, sie am Ende allein zu lassen". (Kasuistik, P4)

Kategorie 3: Das Erleben des Dilemmas veranlasst Psychotherapeut:innen dazu, zu reflektieren, sich mit Kollegen zu beraten und schließlich ihr Berufsverständnis zu erweitern

Grundlage des Dilemmas und der dadurch ausgelösten Suchbewegungen war der Wunsch der Teilnehmerinnen den Patient:innen direkt und unmittelbar zu helfen und eine Veränderung über die Therapiesituation hinaus zu ermöglichen sowie dabei eigene Grenzen zu wahren.

P1: Ja, ich fand es [das Erledigen von Aufgaben] durchaus nachvollziehbar, musste mir aber immer wieder klarmachen: das ist hier jetzt nicht ein privater Kontakt, wo ich das natürlich ohne Wenn und Aber

gleich gemacht hätte, sondern mich immer da wieder in meiner therapeutischen Rolle wiederzufinden und zu gucken, was kann der Patient denn vielleicht doch noch alleine oder was kann er langfristig etablieren. (Interview)

Die Teilnehmerinnen suchten den Abgleich mit Kolleg:innen, Supervisor:innen und Projektmitgliedern. Sie erlebten sich in der Regel dort bestätigt für ihren Impuls, mehr Aufgaben zu übernehmen und führten dazu Beispiele von Anderen, Haltungsempfehlungen aus dem vorbereitenden Workshop oder des Manuals an. Sie beschrieben, im Verlauf der Therapieprozesse ein differenzierteres Bild davon entwickelt zu haben, an welchen Stellen direkte Hilfe, als Kompensation unveränderlicher Funktionseinschränkungen, notwendig war und an welchen Stellen dies ein mögliches Vermeidungsverhalten der Patient:innen unterstützte und die psychische Störung aufrechterhielt.

Viele Teilnehmerinnen empfanden es als hilfreich, Veränderungen im Lebensumfeld des Patient:innen zu initiieren, die über das Ende der Therapie hinausgehen, wie z. B. die Einrichtung eines Essensliefer- oder Besuchsdienstes. Zu diesem Zweck erweiterten die Teilnehmer ihr Wissen über Hilfs- und Unterstützungssysteme und integrierten die Initiierung solcher Maßnahmen in ihr Professionsverständnis.

3.1.3. Cluster 3: Gast im Zuhause der Patient:innen vs. Gastgeber:in des psychotherapeutischen Rahmens

Das Dilemma zwischen dem Verhalten als Gast im Zuhause der Patient:innen und als Gastgeber:in des psychotherapeutischen Rahmens führt zu einem neuen und gemeinsamen Skript für die aufsuchende Therapie.

Vor allem zu Beginn der Therapieprozesse erlebten die Teilnehmerinnen ein Dilemma zwischen der Rolle als höflicher Gast, mit einer eher zurückhaltend, defensiven Position und der gleichzeitig präsenten Verantwortung für die Gestaltung des Therapieprozesses, verbunden mit der Sorge, möglicherweise zu nah an einer reinen Alltagsbegegnung zu bleiben.

Kategorie 1: Das häusliche Setting löst einen Rollentausch aus, bei dem die Patient:innen die Gastgeberrolle übernehmen

Mit dem Weg in die Wohnung der Patient:innen erlebten die Psychotherapeutinnen Überraschungen: das Klingeln an Telefon und Tür, das plötzliche Auftauchen von Besuch, sie beobachteten Streit zwischen Patient:innen und Angehörigen und trafen auf andere Behandler:innen. Sie erlebten auch Patient:innen, die durch das Klingeln geweckt wurden, im Pyjama auf der Couch in einer unaufgeräumten Wohnung lagen oder trotz vereinbartem Termin die Tür nicht öffneten. Sie erlebten dabei häufig einen Kontrast, zwischen ihren in den eigenen Praxisräumen vertrauten Möglichkeiten Gestalterin des Rahmens zu sein und der immer wieder neu zu organisierenden Situation in der Wohnung der Patient:innen. Bei fast allen Teilnehmerinnen löste dies zunächst Rollenunsicherheiten aus. Sie beschrieben den Eindruck eines Rollentauschs und machten dies vor allem an der Begrüßungs- und Verabschiedungssituation, der Gestaltung der Sitzordnung, der Bewirtung mit Getränken und Anderem sowie an einer wahrgenommenen eigenen Defensivität fest.

In der Anfangssequenz zeigte sich für die meisten Teilnehmerinnen eine Rollenumkehr des sonst üblichen Settings. Die Patient:innen als Gastgeber:innen stellten entsprechend ihrer Rolle Fragen nach dem Weg und dem Befinden, halfen den Teilnehmer:innen teilweise aus der Jacke oder baten darum die Schuhe auszuziehen. Sowohl Patient:innen als auch Teilnehmerinnen griffen in dieser unbekanntem Situation offenbar auf ihnen bekannte Skripte zurück: der Patient/die Patientin als Gastgeberin, woraufhin sich die Teilnehmerinnen zunächst komplementär in der Rolle des Gastes erlebten.

P11: Die Rollen wechseln am Anfang, wenn man reinkommt und auch wieder, wenn man das Haus verlässt [...] und zwischendurch im Gespräch, da ändern sich die Rollen. (Interview)

Die erlebte Rollenumkehr und das dadurch hervorgerufene Dilemma, trotz der zunächst angebotenen Gastrolle, Verantwortung für die Gestaltung des therapeutischen Rahmens zu haben, zeigte sich auch an der manchmal umständlichen Gestaltung der Sitzordnung und Unsicherheiten beim Bewegen in den Räumen der Patient:innen.

P11: Ich muss bei allem fragen, ich bin nicht Herrin des Raums, wie in meiner Praxis, sondern ich betrete quasi das Refugium des Patienten und ich bin quasi so in der Rolle zu fragen: „Darf ich mich setzen? Wo darf ich mich hinsetzen?“ (Interview)

Die Sorge bei zu vielen gastlichen Elementen, reine Alltagsbegegnungen zu gestalten machten die Teilnehmerinnen häufig an der Frage der Bewirtung fest, die von den meisten Teilnehmerinnen als relevant und als herausfordernd erlebt wurde. Gleichzeitig berichteten sie immer wieder die Befürchtung, Patient:innen zu kränken und die therapeutische Beziehung zu gefährden, wenn sie das Bewirtungsangebot ablehnten.

P7: also eigentlich habe ich mich grundsätzlich entschieden, ich will es nicht. [...] Ich finde, das ist doch schon zu nah. Also dann denke ich, ich komme ja nicht zum Kaffeetrinken. Also ich habe so ein bisschen die Sorge, dass das dann so auch so in ein „wir machen jetzt halt Kaffeekränzchen“ gehen könnte.“ (Interview)

Der Verlust von in der Berufsbiografie erarbeiteten Ritualen zur Unterstützung einer therapeutischen Haltung erlebten die meisten Psychotherapeut:innen an veränderten eigenen Verhaltensweisen, die vor allem durch eine gewisse Zurückhaltung und Defensivität gekennzeichnet war.

P8: Oh ja, ich glaube schon, dass im häuslichen Umfeld mehr ICH der Gast bin. Dass es an dieser Stelle umgekehrte Rollen sind. Und dass ich mich dann auch eher an der Stelle defensiver verhalten habe, vielleicht, dass ich so auch eher da mehr den Patientinnen den Raum für das Entscheiden lasse, denn das ist ja ihr Reich. (Interview)

Sie berichteten in großer Zahl von wahrgenommenen Schwierigkeiten, Sitzungen pünktlich zu beenden auch aufgrund zunächst fehlender Rituale.

P6: also hier [in der Praxis] gehen die von mir weg. Ja, da kann ich sagen, "unsere Zeit ist um", und dann kann ich mein Ritual, mein Verabschiedungsritual, und dann gehen die aus meinem Raum raus, neutraler Raum, Arbeitsraum. DA bin ich in deren zuhause. [...]. Und das ist ganz schön schwierig, dann zu sagen „ich geh jetzt, ich zieh mich jetzt aus Ihrem privaten Umfeld zurück“. (Interview)

Diese Schwierigkeit zog sich zuweilen über die gesamte Therapiespanne hinweg und wurde auch immer wieder im Zusammenhang mit der existenziellen Dimension der Isolation beschrieben, also das Wissen, manchmal für die Patient:innen der einzige

Kontakt in der Woche zu sein. Auch die professionelle Reflexion der Konsequenzen der Veränderung des Settings für die Patient:innen, also den Wunsch Patient:innen in guter Verfassung in ihrer Lebenswirklichkeit zu lassen, führte teilweise zu weniger konfrontativen Interventionen.

Kategorie 2: Rollenumkehr inspiriert neues Drehbuch für die Therapie zuhause

Gemeinsam mit den Patient:innen entwickelten die Teilnehmerinnen mehr oder weniger explizite Rituale und schrieben gemeinsam ein neues Skript für diese Form der aufsuchenden Psychotherapie. Wesentlich waren dabei Begrüßungs- und Verabschiedungsrituale, die häufig als die Punkte wahrgenommen wurden, in denen die jeweilige Rollenumkehr stattfand (vom Gast zur Gastgeberin und dann wieder zum Gast). Dies geschah vor allem über Wiederholungen, des immer Gleichen, wie zum Beispiel die Unterlagen zusammenzupacken und noch einen kurzen Moment des Small Talks zu gestalten, um sich dann zu verabschieden. Weiterhin gestalteten die Teilnehmerinnen die Sitzordnung: Grundelemente waren dabei eine gewisse Ungestörtheit und die Anordnung der Sitzgelegenheiten. Hinsichtlich der Frage der Bewirtung lehnten die Teilnehmerinnen Kaffee oder Tee entweder ab oder integrierten dies bewusst als verbindendes Element und als Ritual in die Therapie. Sie reflektierten dabei auch die Konsequenzen, die ihr Verhalten für die Patient:innen haben könnte. Wenn Teilnehmerinnen das Angebot von Tee oder Kaffee ablehnten, verbanden sie damit vor allem den Wunsch, aus einer Gastrolle herauszutreten, keinen Hinweis auf eigene Bedürfnisse zu geben und auch Patient:innen von ihrer Versorgerrolle zu entlasten.

P8: Ich will nicht, dass die die Verantwortung dafür haben, sondern die liegt bei mir, weil ich bin derjenige, der den Prozess in der Hand hat. Und deswegen muss ich da auch für sorgen, dass es mir gut geht und dass ich in einem Zustand komme, dass ich arbeiten kann. Da sind die nicht für verantwortlich. So das ist so meine Idee. (Interview)

Als positive Merkmale der veränderten Situation erlebten fast alle Psychotherapeutinnen sich in diesem Setting, dichter dran an den Problemen. Sie nutzten konstruktiv Elemente und Beziehungsdynamiken aus dem Leben der Patient:innen für den therapeutischen Prozess und schätzten den lebendigen Eindruck von deren Lebenswirklichkeit. Die immer

wieder beschriebene Intensität des Kontakts wurde von den meisten Teilnehmerinnen schlussendlich als therapeutisch hilfreich und als persönlich bereichernd erlebt:

P8: Eindrücklich, ja. Also was ich sehr schön finde, wo ich viele Erinnerungen habe, ist an sehr viel rührende Situationen. Also, wo ich sehr gerührt bin, ob der Intensität der Begegnung. Da gibt es ganz viele, und die habe ich schon so in der normalen therapeutischen Arbeit nicht. Also in der Komm-Struktur, entsteht es nicht so. Da ist schon eine sehr große Intensität und eine große Nähe, finde ich, durch das Aufsuchende und auch Teilnehmende irgendwie am Alltag und an Dingen. (Interview)

In der Kernkategorie wird die Essenz der identifizierten Cluster und Kategorien zusammengefasst. Sie zeigt, dass Psychotherapeut:innen bei der aufsuchenden Psychotherapie für pflegebedürftige Ältere Dilemmata erleben, und dies als Auslöser für ihre berufliche Weiterentwicklung begreifen. Verstärkt wird das Dilemma-Erleben durch das Fehlen eines gemeinsamen Therapieverständnisses und der Konfrontation mit der existenziellen Not der Patient:innen.

3.2. Hemmende Faktoren und unterstützende Bedingungen bei der aufsuchenden Psychotherapie mit älteren, pflegebedürftigen Patient:innen

Die Teilnehmerinnen wogen in der persönlichen Bilanzierung ihrer Erfahrungen hemmende Faktoren mit positiven Erfahrungen ab.

Als hemmende Faktoren zeigten sich notwendige *zusätzliche zeitliche Investitionen und finanzielle Verluste* (nicht ausreichend vergütete Wegezeiten, häufigere Absage von Terminen durch Patient:innen), *logistische Herausforderungen* (erhöhter Koordinationsaufwand der Terminvereinbarung bei paralleler Bereitstellung einer Praxis mit „Komm-Struktur“ und der zusätzlichen Integration von Hausbesuchen, Fehlen von Therapie-Materialien im häuslichen Umfeld der Patient:innen) und *Unsicherheiten hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Psychotherapie im Hausbesuch*.

Positiv erlebten die Teilnehmenden eine *besondere Anerkennung dieser Arbeit* (außergewöhnliche Dankbarkeit von Patient:innen und Angehörigen, zusätzliche

Anerkennung von Kolleg:innen), die *gesellschaftliche Bedeutung der Arbeit* für die Teilhabe dieser Gruppe und eine *persönliche Weiterentwicklung*.

P3: Ich merke, dass viele Patienten von dem persönlichen Kontakt gerade in der Häuslichkeit profitiert haben. Da es sich um pflegebedürftige ältere Patientinnen handelt, die sonst durchs Raster gefallen wären, hab´ ich einfach gemerkt, wie wichtig es ist einfach die abzuholen, sozusagen im wahrsten Sinne von zuhause aus. (Interview)

Um diese Art der Arbeit auch außerhalb von Studienbedingungen zu ermöglichen, bedürfe es aus Sicht der Teilnehmerinnen vor allem *angepasster struktureller Voraussetzungen* (flexiblere Abrechnungsmöglichkeiten, verbesserte finanzielle Kompensation des zusätzlichen Aufwands), einer *spezifischen Qualifizierung* (erweitertes Fachwissens u.a. in Bezug auf kognitive Einschränkungen, Auseinandersetzung mit der eigenen therapeutischen Rolle in der Arbeit im häuslichen Umfeld und mit existenziellen Themen) und *erweiterter Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten*.

4. Diskussion

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse Spannungsfelder und strukturelle Barrieren auf, in denen sich Psychotherapeutinnen bei der Arbeit mit der Gruppe der pflegebedürftigen Älteren mit Depression im häuslichen Umfeld bewegen.

Die als Dilemma-Situationen kategorisierten Erlebnisse kennzeichnen Situationen mit zwar gleichwertigen, allerdings gegensätzlichen und dazu noch unerwünschten Handlungsalternativen, in denen eine Entscheidung getroffen werden muss (Rickards, 2012). Die drei Dilemmata, (1) auf Veränderung drängen vs. Begrenzung anerkennen, (2) Hilfe anbieten vs. Grenzen wahren und (3) sich als Gast im Zuhause der Patient:innen vs. als Gastgeberin einer Psychotherapiesitzung zu verhalten (Demmerle et al., 2023) sind dabei nicht als exklusive oder trennscharfe Kategorien zu verstehen und können gleichzeitig oder in Kombination auftreten.

Die beschriebenen Dilemmata ergänzen die bisher begrenzten Erkenntnisse über die klinischen und ethischen Herausforderungen, die Psychotherapeut:innen bei der Psychotherapie mit älteren Patient:innen (Boschann et al., 2022; Jones & Knowles, 2021; Lederman & Shefler, 2023a; Lederman & Shefler, 2023b) und bei der aufsuchenden Therapie mit (älteren) Patient:innen (Knapp & Slattery, 2004; Lindner & Sandner, 2015; Maxfield & Segal, 2008; Yang et al., 2009) erleben. Die vorliegenden Ergebnissen unterstreichen die bereits beschriebenen Herausforderung zur Wahrung beruflicher Grenzen, eine wahrgenommene therapeutische Zurückhaltung. Darüber hinaus geben die Erkenntnisse Hinweise zu den spezifischen Herausforderungen im Umgang mit dem wahrgenommenen existenziellen Leid der Patient:innen und zur Reflexion des eigenen Impulses, persönliche Hilfestellung zu leisten. Die Konzeptualisierung als Dilemma-Situationen ermöglicht es, die Erfahrungen von Psychotherapeut:innen an Novizen in dem Feld zu vermitteln.

Hinsichtlich der strukturellen Barrieren der Arbeit ergänzen die Ergebnisse die Erkenntnisse von Peters et al. (2013; 2023) hinsichtlich einer erhöhten Anforderung an Logistik und Organisation, um die Befürchtung von finanziellen Verlusten aufgrund häufiger Terminabsagen von multipel erkrankten Patient:innen. Vor allem die für die Arbeit notwendigen Hausbesuche wurden wegen der aktuell noch unzureichenden Vergütung, logistischer Hürden und rechtlicher Unsicherheiten als Hindernis eingestuft.

Dem gegenüber standen positive Anreize durch eine wahrgenommene Dankbarkeit der Patient:innen und Angehörigen, den Eindruck einen wesentlichen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten und der Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung.

4.1. Besondere Herausforderungen in der aufsuchenden Arbeit mit pflegebedürftigen, zuhause lebenden Älteren mit Depression

Die Ergebnisse zeigen, wie das Erleben von Dilemmata Unsicherheiten und Zweifel an der persönlichen Wirksamkeit bei den Psychotherapeutinnen auslöste, wie in der Psychotherapieforschung unter anderem in dem Konstrukt der professionellen Selbstzweifel (Nissen-Lie et al., 2017) beschrieben. In den Ergebnissen werden zwei Merkmale herausgearbeitet, die einen Einfluss auf das Erleben der Psychotherapeutinnen hatten: Die *Neuheit der Situation*, die das Erleben professioneller Selbstzweifel vermutlich verstärkt, sowie die *Konfrontation mit existenziellem Leid*, das das Erleben der Dilemma-Situationen möglicherweise begünstigt.

Die *Neuheit der Behandlungssituation* setzt sich vor allem aus einem veränderten Setting (ambulant und aufsuchend) und aus spezifischen Merkmalen der Patient:innen (älter, teilweise hochaltrig, teilweise fremdmotiviert, häufig multimorbid erkrankt, pflegebedürftig) zusammen. Auch wenn manche Psychotherapeutinnen diese Merkmalskombination von Patient:innen aus dem stationär geriatrischen Kontext kannten, unterschied sich das Setting Hausbesuch und der Anspruch ambulanter Arbeit deutlich von der stationär (aufgrund der verkürzten Liegezeit) tendenziell supportiv orientierten Behandlungsstrategie im multiprofessionellen Team. Auch erfahrene Psychotherapeutinnen wurden zu Novizen in einem Feld, das ihnen zuvor noch vertraut erschien. Sie betraten Neuland und konnten zunächst weder auf eigene Erfahrungen noch auf die Erfahrung von Rollenvorbildern zurückgreifen. Dies könnte die Ausbildung professioneller Selbstzweifel begünstigt haben und deckt sich mit Forschungsergebnissen zum Erleben von Psychotherapeut:innen in Zeiten der COVID-19 Pandemie. Auch hier löste zum Beispiel das neue Format der Videoberatung, selbst bei erfahrenen Behandler:innen, zunächst professionelle Selbstzweifel aus (Aafjes-van Doorn et al., 2021), die sich mit zunehmender Erfahrung abschwächten.

Die Psychotherapeutinnen waren zudem beeindruckt von der unmittelbaren und eindrücklichen *Konfrontation mit dem existenziellen Leid* der Patient:innen. Sie erlebten

Patient:innen mit einer durch die Kombination aus Alter und körperlicher Erkrankung begrenzten Lebenszeit und sahen sich mit einer vertieften Auseinandersetzung mit Tod und Sterben konfrontiert. Die Ergebnisse beschreiben, wie die verstärkte Konfrontation mit existenziellen Grundkonflikten auf Seiten der Patient:innen, wie Tod, Einsamkeit, Freiheit und Sinnverlust (nach Yalom, 1980), immer wieder Wiederhall in den Gefühlen der Psychotherapeutinnen (*Betroffenheit, Mitgefühl, Beklemmung und auch Ärger*) fand.

4.2. Auswirkungen der Konfrontation mit existenziellem Leid auf das Erleben und Verhalten der Psychotherapeutinnen

Die Dilemmata spiegeln die Ängste der Therapeutinnen wider, in der therapeutischen Beziehung entweder in unangemessener Zurückhaltung zu verharren oder sich in dysfunktionaler Weise zu stark zu involvieren (Demmerle, 2023). Sie hatten Sorge, Potenziale der Patientinnen zu unterschätzen, wenn sie sich übermäßig supportiv engagierten (Dilemma 1), möglicherweise auch in paternalistischer Weise verausgabend zu handeln, wenn pragmatische Hilfestellungen zu stark im Vordergrund stehen (Dilemma 2), oder in unangemessen höflicher Zurückhaltung in der Rolle des Gastes zu agieren und dabei eher Alltagskontakte abzubilden (Dilemma 3).

In den Verhaltenstendenzen lassen sich sowohl negative Altersstereotype identifizieren, die sich in einer potenziellen negativen Merkmalszuschreibung und Unterschätzung der Veränderbarkeit und Konfliktfähigkeit der Patient:innen zeigen (Chang et al., 2020), als auch eine Tendenz zur übermäßigen Verausgabung. Bringt man diese Verhaltenstendenzen in Beziehung zur unmittelbaren Konfrontation mit existenziellem Leid, können sie vor dem Hintergrund der Terror Management Theorie (Martens et al., 2005) auch als persönliche Strategien eingeordnet werden, mit einer eigenen Todesbedrohung umzugehen. Dazu gehört zum einen die Verstärkung negativer Altersstereotype als Möglichkeit zur Distanzierung und der damit verbundenen Verringerung der Mortalitätssalienz. Zum anderen umfasst dies auch Strategien zur Erhöhung des eigenen Selbstwertes, indem die Psychotherapeutin zu einer zentralen Person für die Patient:innen wird. Dies kann sich in der Übertreibung bis hin zur Kollusion entwickeln, einer ungünstigen Verstrickung, gekennzeichnet durch eine übermäßige Verausgabung in einem gemeinsamen Ringen mit den Patient:innen gegen eine sich abzeichnende Bedrohung (Stiefel et al., 2017). Je stärker die Moralitätssalienz, umso stärker finden diese Effekte statt (Smith & Kasser, 2014). Wenn Psychotherapeut:innen

durch die Eindringlichkeit existenziellen Leids eine fortwährende Erinnerung an die eigene Endlichkeit erfahren, kann sich diese also sowohl in einer Distanzierung und einer damit verbundenen geringeren Anstrengungsbereitschaft als auch in einer übermäßigen Verausgabung niederschlagen. Die Herausforderung für Psychotherapeut:innen und Patient:innen ist dann gleichermaßen, im Gewahrsein der Tatsache, sterblich zu sein, einen Sinn und eine Perspektive im Leben zu halten – obgleich sie an unterschiedlichen Punkten in diesem Prozess stehen (Rodin et al., 2018).

4.3. Professionelle Selbstzweifel als Auslöser für Selbstreflexion und Weiterentwicklung

Momente professioneller Selbstzweifel werden von den Psychotherapeutinnen als Auslöser von Suchbewegungen und als Promotor von Entwicklung definiert. Die in den Ergebnissen zusammengefassten Strategien (Austausch mit Kolleg:innen, angeleitete Selbstreflexion, Aneignen von Fachwissen) sind dem konstruktiven Spektrum zuzuordnen (Nissen-Lie et al., 2017). In den Interviews beschriebene, dysfunktionale Ansätze, wie zum Beispiel eine Tendenz, entstandenen Therapiehindernisse weniger in der eigenen Verantwortung zu sehen, oder der verspürte Wunsch, Therapien zu beenden, waren vorübergehend und nicht prozessbestimmend.

Die Suchbewegungen der Psychotherapeutinnen, um eine balancierte Zielerreichung zu erreichen, fanden im Spannungsfeld zwischen den jeweiligen Polen der Dimension statt. Je mehr die Psychotherapeutinnen zum Beispiel wahrnahmen zu viele Aufgaben für die Patient:innen zu übernehmen, desto mehr Suchbewegungen traten ein, um auf dieser Dimension mehr Ausgewogenheit zu erreichen. Geling es, die vermeintlichen Gegensätze als dialektisches Dilemma einzuordnen, waren die Psychotherapeutinnen in der Lage, sich balanciert zwischen den Polen zu bewegen und im Sinne des Werte- und Entwicklungsquadrats nach Schulz von Thun (1989) ein positives Spannungsverhältnis dazwischen aufzubauen (siehe Abbildung 3).

Nicht in allen Situationen konnte das Dilemma aufgelöst werden: blieb der Weg aufgrund unveränderbarer Begrenzungen in Richtung des anderen Pols versperrt, blieb das Dilemma und der damit verbundene Selbstzweifel bis zum Ende unaufgelöst.

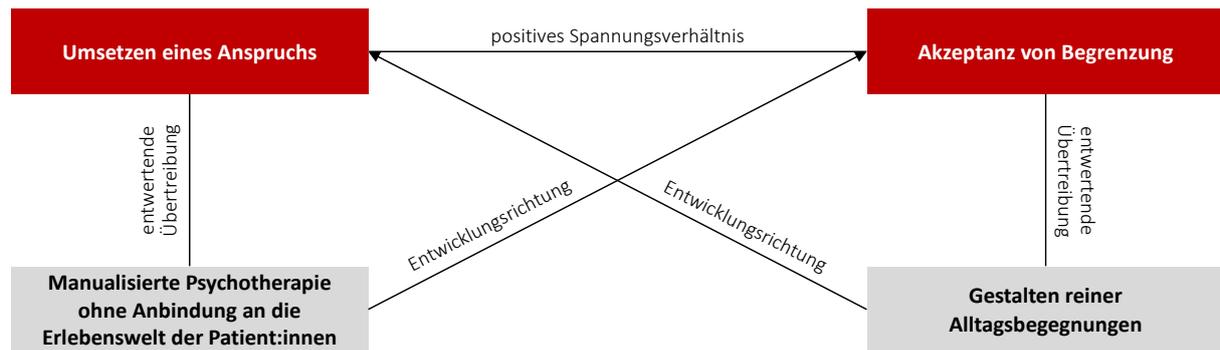


Abbildung 3: Balancierte Zielerreichung auf Basis des Werte- und Entwicklungsquadrats von Schulz von Thun (1989; eigene Darstellung)

Die vorliegenden Ergebnisse bieten einen neuen konzeptuellen Rahmen für die bisher beschriebenen Tendenzen von Psychotherapeut:innen an, in größerer emotionaler Verbundenheit, mit mehr Offenheit und einer ausgeprägteren Zugewandtheit mit dieser Patient:innen-Gruppe zu arbeiten und sich dennoch nicht in einer entwertenden Übertreibung zu verlieren (im Überblick Boschann et al., 2022).

4.4. Hemmende Faktoren und ermöglichende Bedingungen

Neben den beschriebenen persönlichen Herausforderungen durch die Wahrnehmung von Dilemma-Situationen, wägen die Psychotherapeutinnen in ihrer Kosten-Nutzen-Analyse, analog zu den bisherigen Hinweisen aus der Literatur, *eher strukturelle Kosten*, wie finanzielle (Lindner, 2017) und rechtliche Risiken (Peters et al., 2023), sowie zusätzliche Anstrengung (Lindner, 2015) gegenüber einem eher *persönlichen Nutzen* ab, der an eigene Motive und Werte anschließt (Wertschätzung der Arbeit, Leisten einer bedeutungsvollen Arbeit, persönliche Weiterentwicklung). Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass es möglicherweise einer (deutlich) erhöhten persönlichen Motivation oder Interesses für die Psychotherapie mit (pflegebedürftigen) Älteren bedarf, um ein entsprechendes Angebot in der eigenen psychotherapeutischen Praxis vorzuhalten. Dies ist vor allem in einem Gebiet der Gesundheitsversorgung, in dem der Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung deutlich höher als das zur Verfügung stehende Angebot an Psychotherapie ist, und mit dem Wissen, dass die Motivation, mit dieser Patient:innen-Gruppe zu arbeiten sogar eher geringer ausgeprägt ist (Kammerer et al., 2019; Kessler & Schneider, 2019), ein bedeutsamer Risikofaktor für die Berücksichtigung dieser Patient:innen-Gruppe in der psychotherapeutischen Praxis.

4.5. Limitationen und Stärken

Die eingeschränkte Stichprobe aus ausschließlich weiblichen Psychotherapeutinnen mit verhaltenstherapeutischem Hintergrund und geriatrischer Vorerfahrung schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Ihre offenkundig überdurchschnittliche Motivation, mit älteren Patient:innen zu arbeiten, sowie ihre Vorerfahrung in der Auseinandersetzung mit allgemeinen Herausforderungen in der Arbeit mit dieser Patient:innen-Gruppe, schränken die Übertragbarkeit auf das gesamte Spektrum an Psychotherapeut:innen ein. Die umfassende Vorbereitung und Unterstützung während der Therapieprozesse führen möglicherweise zu einer Unterschätzung der auftretenden Herausforderungen.

Die Einbettung der Studie in eine Outcome-Studie und eine damit verbundene, möglicherweise größere wahrgenommene Verpflichtung der Psychotherapeutinnen in Hinblick auf die messbaren Ergebnisse der Therapien, könnte potenziell Einfluss genommen haben, auf die Wahl der Coping-Strategien der Psychotherapeutinnen, die vor allem konstruktiv und auf eine Weiterführung der Therapie ausgelegt waren. Möglicherweise wären unter naturalistischen Bedingungen Therapien auch vorzeitig, bei einer wahrgenommenen unausgewogenen Bilanz zwischen Einsatz und Ertrag beendet worden.

Die Durchführung unter den Bedingungen der COVID 19 – Pandemie ermöglichte, ein Setting unter einerseits natürlicheren Bedingungen (die Psychotherapeut:innen erhielten mehr Freiheitsgrade in der Durchführung der Therapie), auf der anderen Seite ist nicht auszuschließen, dass die gemeinsame existenzielle Erfahrung der Psychotherapeut:innen und der Patient:innen, die beschriebenen Herausforderungen verstärkte – auch im Hinblick auf die Terror Management Theorie (Menzies & Menzies, 2020).

Neben allen Einschränkungen ermöglichte die Studie einen neuen Einblick in die Pionierarbeit dieser Psychotherapeut:innen, in dem bislang kaum beachteten Feld aufsuchender Psychotherapie bei zuhause lebenden pflegebedürftigen Älteren mit Depression und bringt wesentliche Implikationen für die klinische Arbeit mit sich.

4.6. Implikationen für Praxis und Forschung

4.6.1. Qualifizierung und Sensibilisierung von Psychotherapeut:innen

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Psychotherapeut:innen in ihrer Ausbildung in spezifischer Weise auf diese komplexe und herausfordernde Arbeit vorzubereiten (siehe auch Peters et al., 2023). Die Vermittlung des Konzepts dialektischer Dilemmata und die Anleitung zum reflektierten Bewegen in einem positiven Spannungsfeld kann eine hilfreiche Handlungsheuristik zur Verfügung stellen. Auf dieser Grundlage ist es möglich, eine Sensibilität für die Herausforderung zu schaffen und einen Handlungsrahmen für Reflexion sowie konstruktive Umformung professioneller Selbstzweifel zur Verfügung zu stellen, die sich damit sogar positiv auf den Psychotherapieerfolg auswirken können (Nissen-Lie et al., 2017). Aufbauend auf bisherigen Ergebnissen (Boschann et al., 2022; Kessler & Bowen, 2015; Peters et al., 2023) könnte die höhere Vertrautheit und Vorbereitung auf die Arbeit mit dieser Patient:innen-Gruppe eine erhöhte Bereitschaft dafür mit sich bringen.

Die Ergebnisse unterstreichen auch die Notwendigkeit, spezifischer Selbsterfahrung in Bezug auf eigene Altersbilder und einer Auseinandersetzung mit eigenen Vorstellungen und Ängsten vor Verlust, Sterben und Tod. Der bewusste Umgang mit einer eigenen Todesbedrohung ist Voraussetzung, um Patient:innen eine furchtlose Auseinandersetzung damit anbieten zu können und schützt sowohl vor unangemessener Distanzierung als auch vor übermäßiger Verausgabung. Dabei geht es auch um die vertiefte Auseinandersetzung mit sinnbasierten Interventionen, wie sie im Bereich der Palliative Care schon stärker umgesetzt werden (zum Überblick sinnbasierter Interventionen siehe Saracino et al., 2019). Diese Idee steht auch im Einklang mit Heidenreich et al. (2021), der empfiehlt, existenzielle Prinzipien (insbesondere in Bezug auf Todesangst) in die Ausbildung und Supervision von Psychotherapeut:innen zu integrieren.

4.6.2. Anpassungen der Rahmenbedingungen

Weiterhin legen die Ergebnisse nahe, dass es einer Klarheit hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten von Hausbesuchen bedarf. Diese wurden bislang weder von der Berufsordnung der Landeskammern noch von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen eindeutig beschrieben (Peters et al., 2023). Ergänzend

dazu bedarf es einer ausreichenden Vergütung des Mehraufwandes von Hausbesuchen (Lindner, 2017), um die Versorgung unabhängiger von der erhöhten Motivation des Einzelnen zu machen.

4.6.3. Entwicklung abgestimmter sektorübergreifender und multiprofessioneller Versorgungsstrukturen

Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hin, auch im ambulanten Setting, multiprofessionelle (aufsuchende) Angebote zu schaffen, um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Patient:innen in dieser Lebenssituation zu begegnen. Teams mit unterschiedlichen Professionen, in der jede Berufsgruppe ihren Beitrag leistet, können so einer Rollenkonfusion (vor allem in Hinblick auf das Dilemma „Leisten von Hilfe vs. Wahren von Grenzen“) begegnen.

Im stationären (somatischen) Sektor wurden über geriatrische Komplexbehandlungen (Kolb et al., 2014) multiprofessionelle Behandlungsansätze geschaffen. Bereits im Jahr 2008 forderte ein Konsensus Papier der Europäischen Union die Implementierung integrierter Versorgungsmodelle für psychisch kranke Ältere (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008), die sektorübergreifend eine Erreichbarkeit indizierter gerontopsychiatrischer und -psychotherapeutischer Interventionen ermöglichen. Im ambulanten Bereich konnten in Modellprojekten (unter Studienbedingungen) gemeindenahe, sektor- und professionsübergreifende Versorgungsstrukturen die Wirksamkeit aufsuchender Therapiekonzepte nachgewiesen werden (u.a. Hunkeler et al., 2006; Johnston et al., 2010; Reifler & Bruce, 2014). Zudem gibt es hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit der intensiv-aufsuchenden Behandlung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Bechdorf et al., 2022; Dieterich et al., 2017; Nordén et al., 2012; Spannhorst et al., 2020). Vielversprechend erscheinen dabei Konzepte von Collaborative Care, in denen unterschiedliche Professionen, mit einem Lotsen/einer Lotsin im Zentrum, abgestimmt und gestuft handeln (Gilbody et al., 2017).

4.6.4. Weiterführende Forschungsideen

Auf Hintergrund der eingeschränkten Stichprobe von tendenziell für diese Arbeit besonders motivierten Psychotherapeutinnen mit Vorerfahrung, die in spezifischer Weise auf diese Arbeit vorbereitet wurden, könnte es aufschlussreich sein, die Ergebnisse an Novizen in diesem Feld zu überprüfen.

Darüber hinaus ist unklar, ob sich die von den Psychotherapeut:innen wahrgenommene persönliche Weiterentwicklung auch in der Wahrnehmung der Patient:innen und dem Psychotherapieerfolg niederschlägt.

Die Ergebnisse geben zudem wenig Hinweise, wie konkret mit den Patient:innen gearbeitet wurde und welche Interventionen dabei besonders wirkungsvoll waren. Weiterführende Psychotherapiestudien sollten auch vor dem Hintergrund aktueller Erkenntnisse, die keine Überlegenheit einer altersspezifischen kognitiven Verhaltenstherapie bei Depression gegenüber einer allgemein supportiven Intervention nachweisen konnten (Dafsari et al., 2023), Wirkfaktoren analysieren und spezifische Interventionen daraus ableiten.

Ein Vergleich mit Erfahrungen in anderen Kontexten (z.B. stationäre Pflegeeinrichtungen oder geriatrische Rehabilitationseinrichtungen) könnte unterstützen, die Erfahrungen, die sich als Konsequenz des Hausbesuchs bzw. als Konsequenz der Arbeit mit der Zielgruppe ergeben, voneinander abzugrenzen.

5. Schlussfolgerung

Die Versorgung der Patient:innen-Gruppe der älteren, pflegebedürftigen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen ist eine ungelöste, sich immer stärker aufdrängende gesundheitspolitische Herausforderungen der nächsten Jahre. Die identifizierten Dilemmata sowie die verhaltens- und bewertungsorientierten Anpassungsprozesse können für Aus- und Weiterbildung sowie für Supervisionsprozesse nutzbar gemacht werden. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass es einer Klärung der rechtlichen und berufsständigen Rahmenbedingungen von Hausbesuchen sowie der Etablierung attraktiver Vergütungsstrukturen zur Kompensation des persönlichen Mehraufwandes in der Regelversorgung bedarf, um auch ältere Menschen mit Pflegebedarf in der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen. Sektorübergreifende multi-professionelle (aufsuchende) Versorgungsstrukturen sind notwendig, um den komplexen Anforderungen, die lebensältere und körperlich kranke Menschen mit Depression haben, gerecht zu werden.

Literaturverzeichnis

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2021). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again?. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 473-484.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404>
- Alexopoulos, G. S. (2021). Mechanisms and treatment of late-life depression. *FOCUS*, 19(3), 340–354. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.19304>
- American Psychological Association (2014). Guidelines for psychological practice with older adults. *The American Psychologist*, 69(1), 34–65.
<https://doi.org/10.1037/a0035063>
- Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Nikolaidis, K., Kleinschmidt, M., Weinmann, S., & Baumgardt, J. (2022). Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. *Der Nervenarzt*, 93(5), 488–498.
<https://doi.org/10.1007/s00115-021-01143-8>
- Becker, T., Martin, F., Wilz, G., Risch, A.-K., Kessler, E.-M. & Forstmeier, S. (2021) Psychotherapie im höheren Lebensalter in der Psychotherapieausbildung: Eine Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(3), 172-181. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000593>
- Bodner, E., Palgi, Y., Wyman, M.F. (2018). Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. In: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging* (pp. 241-262). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15
- Boschann, A., Krähnke, U., Wiegand-Grefe, S., & Kessler, E. M. (2022). How young psychotherapists experience working with older patients. *Journal of Counseling Psychology*, 69(4), 518–530. <https://doi.org/10.1037/cou0000596>
- Buchmann, K. (2016). Aus Pflegestufen werden Pflegegrade. *Heilberufe* 68, 50–51.
<https://doi.org/10.1007/s00058-016-2342-x>
- Chan, P., Bhar, S., Davison, T. E., Doyle, C., Knight, B. G., Koder, D., Laidlaw, K., Pachana, N., Wells, Y., & Wuthrich, V. M. (2021). Characteristics and effectiveness of cognitive behavioral therapy for older adults living in residential care: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 25(2), 187-205.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1686457>

- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS one*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Choi, N. G., Sirey, J. A., & Bruce, M. L. (2013). Depression in homebound older adults: Recent advances in screening and psychosocial interventions. *Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports*, 2(1), 16–23. <https://doi.org/10.1007/s13670-012-0032-3>
- Choi, N. G., Teeters, M., Perez, L., Farar, B., & Thompson, D. (2010). Severity and correlates of depressive symptoms among recipients of Meals on Wheels: Age, gender, and racial/ethnic difference. *Aging & Mental Health*, 14(2), 145–154. <https://doi.org/10.1080/13607860903421078>
- Cohen, S. T., & Block, S. (2004). Issues in psychotherapy with terminally ill patients. *Palliative & supportive care*, 2(2), 181–189. <https://doi.org/10.1017/s1478951504040246>
- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical psychology: a Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 27(2), 10.1111/cpsp.12311. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12311>
- Cudjoe, T. K., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M., & Thorpe Jr, R. J. (2020). The epidemiology of social isolation: National health and aging trends study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(1), 107-113. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(7), 694-702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A. M., Park, M., & Reynolds, C. F., (2014). Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas*, 79(2), 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.027>
- Dakin, E. K., & Areán, P. (2013). Patient perspectives on the benefits of psychotherapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.016>

- Dafsari, F. S., Bewernick, B., Böhringer, S., Domschke, K., Elsaesser, M., Löbner, M., Lupp, M., Preis, L., Püsken, J., Schmitt, S., Szekely, A. J., Hellmich, M., Müller, W., Wagner, M., Peters, O., Frölich, L., Riedel-Heller, S., Schramm, E., Hautzinger, M., & Jessen, F. (2023). Cognitive Behavioral Therapy for Late-Life Depression (CBTlate): Results of a Multicenter, Randomized, Observer-Blinded, Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 92(3), 180–192. <https://doi.org/10.1159/000529445>
- Demmerle, C., Gellert, P., & Kessler, E. M. (2023). Psychotherapists' experiences providing at-home psychotherapy for home-living older adults with long-term care needs and depression. *Journal of counseling psychology*, 70(4), 403–414. <https://doi.org/10.1037/cou0000663>
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233-1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J.J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
- Gallo, J. J., Morales, K. H., Bogner, H. R., Raue, P. J., Zee, J., Bruce, M. L., & Reynolds, C. F., 3rd (2013). Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f2570. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2570>
- Gellert, P., Beyer, A. K., Tegeler, C., Vathke, C., Nordheim, J., Kuhlmeier, A., & Kessler, E. M. (2020). Outpatient psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression: study protocol of the PSY-CARE trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01661-1>
- Gellert, P., Lech, S., Kessler, E. M., Herrmann, W., Döpfner, S., Balke, K., Oedekoven, M., Kuhlmeier, A., & Schnitzer, S. (2021). Perceived need for treatment and non-utilization of outpatient psychotherapy in old age: two cohorts of a nationwide survey. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06384-6>

- Gilbody, S., Lewis, H., Adamson, J., Atherton, K., Bailey, D., Birtwistle, J., Bosanquet, K., Clare, E., Delgadillo, J., Ekers, D., Foster, D., Gabe, R., Gascoyne, S., Haley, L., Hamilton, J., Hargate, R., Hewitt, C., Holmes, J., Keding, A., Lilley-Kelly, A., ... McMillan, D. (2017). Effect of collaborative care vs usual care on depressive symptoms in older adults with subthreshold depression: the CASPER randomized clinical trial. *JAMA*, *317*(7), 728–737. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0130>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203793206-1>
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Gum, A. M., Areán, P. A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., Steffens, D. C., Dickens, J., & Unützer, J. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *The Gerontologist*, *46*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.14>
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., & Menzies, R. (2021). Existential approaches and cognitive behavior therapy: Challenges and potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, *14*(1), 209-234. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00096-1>
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T., & Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *29*(5), 265–274. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.07.002>
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of affective disorders*, *138*(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>
- Hinrichsen, G. A., Emery-Tiburcio, E. E., Gooblar, J., & Molinari, V. A. (2018). Building foundational knowledge competencies in professional geropsychology: Council of Professional Geropsychology Training Programs (CoPGTP) recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *25*(2), e12236. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12236>

- Hoertel, N., Rotenberg, L., Schuster, J. P., Blanco, C., Lavaud, P., Hanon, C., Hozer, F., Teruel, E., Manetti, A., Costemale-Lacoste, J.F., Seigneurie, A.S., & Limosin, F. (2021). Generalizability of pharmacologic and psychotherapy trial results for late-life unipolar depression. *Aging & Mental Health, 25*(2), 367-377. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1691146>
- Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B., & Nelson, J. C. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(3), 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.04.003>
- Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Jr, Kroenke, K., Lin, E. H., Harpole, L. H., Arean, P., Levine, S., Grypma, L. M., Hargreaves, W. A., & Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7536), 259–263. <https://doi.org/10.1136/bmj.38683.710255.BE>
- Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- Jayasekara, R., Procter, N., Harrison, J., Skelton, K., Hampel, S., Draper, R., & Deuter, K. (2015). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *Journal of Mental Health, 24*(3), 168-171. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.971143>
- Johnston, D., Smith, M., Beard-Byrd, K., Albert, A., Legault, C., McCall, W. V., Singleton, A., Brenes, G., Hogan, P., & Reifler, B. (2010). A new home-based mental health program for older adults: description of the first 100 cases. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 18*(12), 1141–1145. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181dd1c64>
- Jones, D., & Knowles, A. (2021). Ethical dilemmas working with older adults: in-depth interviews with Australian psychologists. *Australian Psychologist, 56*(6), 472-484. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1990734>
- Kammerer, K., Falk, K., Heintze, C., Döpfmer, S., & Heusinger, J. (2019). Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen.

- Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 81(1), 58–62. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116589>
- Kanellopoulos, D., Rosenberg, P., Ravdin, L. D., Maldonado, D., Jamil, N., Quinn, C., & Kiosses, D. N. (2020). Depression, cognitive, and functional outcomes of Problem Adaptation Therapy (PATH) in older adults with major depression and mild cognitive deficits. *International Psychogeriatrics*, 32(4), 485–493. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001716>
- Kessler, E.-M. (2022). PSY-CARE. *Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden. Ergebnisbericht G-BA Innovationsausschuss*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/366/2022-11-17_PSY-CARE_Ergebnisbericht.pdf (zuletzt abgerufen am 13.10.2023)
- Kessler, E.-M., Agines, S., Schmidt, C., & Mühlig, S. (2014). Qualifikationsmöglichkeiten im Fachgebiet Gerontopsychologie. Empirische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 337–344. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0553-1>
- Kessler, E. M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24(1), 193–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889>
- Kessler, E. M., & Bowen, C. E. (2015). Images of aging in the psychotherapeutic context. *GeroPsych* 28(2), 47–55. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000129>
- Kessler, E. M., Grünewald, L., & Schäfer, T. (2021). Depressed older patients with death wishes: Experimental evidence for psychotherapists' age and health bias. *Clinical Gerontologist*, 44(2), 154–159. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1856265>
- Kessler, E.-M., & Schneider, T. (2019). Do treatment attitudes and decisions of psychotherapists-in-training depend on a patient's age? *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(4), 620–624. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx078>
- Klug, G., Gallunder, M., Hermann, G., Singer, M., & Schulter, G. (2019). Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: A systematic review of empirical studies. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2369-z>

- Klug, G., Hermann, G., Fuchs-Nieder, B., Stipacek, A., & Zapotoczky, H. G. (2008). Geriatric psychiatry home treatment (GHT): a pilot study on outcomes following hospital discharge for depressive and delusional patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(1), 109–120. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.07.002>
- Knapp, S., & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 553–558. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.553>
- Koder, D.-A., & Helmes, E. (2008). Predictors of working with older adults in an Australian psychologist sample: Revisiting the influence of contact. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 276–282. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.276>
- Kolb, G., Breuninger, K., Gronemeyer, S., van den Heuvel, D., Lübke, N., Lüttje, D., Wittrich, A., & Wolff, J. (2014). 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(1), 6–12. <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0592-7>
- Konnert, C., & Petrovic-Poljak, A. (2014). Barriers to mental healthcare utilization. In N. A. Pachana & K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford handbook of clinical gerontopsychology* (pp. 949–969). Oxford University Press.
- Kouroglou, V. (2023). Working With the Terminally Ill: An Exploration of the Experiences of Psychotherapists in Greece. *Omega*, 302228231180784. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231180784>
- Laidlaw, K., & Pachana, N. A. (2009). Aging, mental health, and demographic change: Challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 601–608. <https://doi.org/10.1037/a0017215>
- Lavingia, R., Jones, K., & Asghar-Ali, A. A. (2020). A systematic review of barriers faced by older adults in seeking and accessing mental health care. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(5), 367–382. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000491>
- Lederman, S., & Shefler, G. (2023a). Ethical dilemmas in psychotherapy with older adults: A grounded theory analysis. *Ethics & Behavior*, 33(3), 350–361. <https://doi.org/10.1080/10508422.2022.2050726>
- Lederman, S., & Shefler, G. (2023b). Psychotherapy with older adults: Ageism and the therapeutic process. *Psychotherapy research: journal of the Society for*

- Psychotherapy Research*, 33(3), 350–361.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2094298>
- Levitt, H. M. (2021). *Essentials of critical-constructivist grounded theory research*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000231-000>
- Levitt, H. M., Morrill, Z., Collins, K. M., & Rizo, J. L. (2021). The methodological integrity of critical qualitative research: Principles to support design and research review. *Journal of Counseling Psychology*, 68(3), 357-370.
<https://doi.org/10.1037/cou0000523>
- Lindner, R. (2017). Es rechnet sich: Aufsuchende Psychotherapie. *Psychotherapie im Alter*, 14 (1), 113–114.
- Lindner, R., & Sandner, M. (2015). Psychotherapie auf der Couch des Patienten. PPM-Psychotherapie· Psychosomatik· *Medizinische Psychologie*, 65(6), 204-212. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1396804>
- Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27* (No. 469). Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- Liu, Y., & Gellatly, J. (2021). Barriers and facilitators of engagement in psychological therapies among older adults with depression: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 509-520.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12697>
- Luck-Sikorski, C., Stein, J., Heilmann, K., Maier, W., Kaduszkiewicz, H., Scherer, M., Weyerer, S., Werle, J., Wiese, B., Moor, L., Bock, J.-O., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Treatment preferences for depression in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 389–398.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216001885>
- Lutz, J., Mackin, R. S., Otero, M. C., Morin, R., Bickford, D., Tosun, D., Satre, D.D., Gould, C.E., Nelson, J.C., & Beaudreau, S. A. (2021). Improvements in functional disability after psychotherapy for depression are associated with reduced suicide ideation among older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 557-561. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.021>
- Martens, A., Goldenberg, J. L., & Greenberg, J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, 61(2), 223-239.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>

- Matzk, S., Tsiasioti, C., Behrendt, S., Jürchott, K. & Schwinger, A. (2022). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Eds.), *Pflege-Report 2022* (pp. 251-286). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6_17
- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of in-home cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7(2), 154-166. <https://doi.org/10.1177/1534650107307477>
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 382-402. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i4.1832>
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>
- Merkens, H. (2004). Selection procedures, sampling, case construction. In U. Flick, E. Kardoff, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp.165 - 171). Sage.
- Morante, B., Ward, L., & Winefield, H. (2020). "It's not how old you are, it's how you are old": Australian clinical psychologists' experiences of working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(3), 247-256. <https://doi.org/10.1037/pro0000303>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Nadash, P., Doty, P., & von Schwanenflügel, M. (2018). The German long-term care insurance program: evolution and recent developments. *The Gerontologist*, 58(3), 588-597. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself

- as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48–60.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Nordén, T., Malm, U., & Norlander, T. (2012). Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 144–151. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010144>
- Odyniec, P., Probst, T., Margraf, J., & Willutzki, U. (2019). Psychotherapist trainees' professional self-doubt and negative personal reaction: Changes during cognitive behavioral therapy and association with patient progress. *Psychotherapy Research*, 29(1), 123-138.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1315464>
- Olfson, M., Blanco, C., & Marcus, S. C. (2016). Treatment of adult depression in the United States. *JAMA internal medicine*, 176(10), 1482-1491.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5057>
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.1002/nur.4770140111>
- Pepin, R., Leggett, A., Sonnega, A., & Assari, S. (2017). Depressive symptoms in recipients of home- and community-based services in the United States: Are older adults receiving the care they need?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1351–1360. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.021>
- Peters, M., Becker, T., Jeschke, K., & Peters, L. (2023). Aufsuchende Psychotherapie bei älteren Patient* innen – erste empirische Befunde. *Das Psychotherapeutenjournal*, 22(2), 114-120.
- Peters, M., Jeschke, K., & Peters, L. (2013). Ältere Patienten in der psychotherapeutischen Praxis – Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 63(11), 439–444. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345117>
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten: Eine Projektion bis 2050. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(5), 417–426. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1050-y>

- Rabaioli-Fischer, B., & Söder, J. (2021). Outreach psychotherapy for seniors and psychotherapy in retirement homes in German-speaking countries-An overview. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 9(3), 130-135. <https://doi.org/10.11648/j.ajpn.20210903.20>
- Reifler, B. V., & Bruce, M. L. (2014). Home-based mental health services for older adults: a review of ten model programs. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.002>
- Rennie, D. L. (2000). Grounded theory methodology as methodical hermeneutics: Reconciling realism and relativism. *Theory & Psychology*, 10(4), 481-502. <https://doi.org/10.1177/0959354300104003>
- Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336-363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Rickards, T. (2012). *Dilemmas of leadership*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203144251>
- Rodin, G., Lo, C., Rydall, A., Shnall, J., Malfitano, C., Chiu, A., Panday, T., Watt, S., An, E., Nissim, R., Li, M., Zimmermann, C., & Hales, S. (2018). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & L. F. Campbell (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (pp. 223–235). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14774-015>
- Saracino, R. M., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Chochinov, H. M. (2019). Psychotherapy at the End of Life. *The American journal of bioethics: AJOB*, 19(12), 19–28. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1674552>
- Saunders, R., Buckman, J. E., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J., & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: evidence from a large sample of mental health

- service attendees. *Journal of affective disorders*, 294, 85-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084>
- Schulz von Thun, F. (1989). *Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Rowohlt.
- Schwinger, A., Jürchott, K., Tsiasioti, C., Matzk, S., & Behrendt, S. (2023). Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(5), 479–489. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5>
- SGB (1994). https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 40(5-6), 311–339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Smith, L. M., & Kasser, T. (2014). Mortality salience increases defensive distancing from people with terminal cancer. *Death studies*, 38(1-5), 44–53.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.725449>
- Spannhorst, S., Weller, S., & Thomas, C. (2020). Stationsäquivalente Behandlung : Eine neue Versorgungsform auch in der Gerontopsychiatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53(8), 713–720. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01823-1>
- Stiefel, F., Nakamura, K., Terui, T., & Ishitani, K. (2017). Collusions between patients and clinicians in end-of-life care: why clarity matters. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 776–782.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.011>
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127.
<https://doi.org/10.1080/14733140701356742>
- Stiles, W. B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3), 9-22. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v5i3.973>
- Tedeschini, E., Levkovitz, Y., Iovieno, N., Ameral, V. E., Nelson, J. C., & Papakostas, G. I. (2011). Efficacy of antidepressants for late-life depression: A meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 1660–1668. <https://doi.org/10.4088/JCP.10r06531>

- Tegeler, C., Beyer, A. K., Hoppmann, F., Ludwig, V., & Kessler, E. M. (2020). Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53(8), 721–727. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01805-3>
- Tegeler, C., Hoppmann, F., Demmerle, C. Gellert, P., Ludwig, V. & Kessler, E.-M. (2022). Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz ambulanter Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf – Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts PSY-CARE. [Feasibility, practicability, and acceptance of outpatient psychotherapy for home-living older adults with depression in need of care]. *Psychiatrische Praxis*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1055/a-1960-4723>
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams Jr, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Penna, R. D., Noel, P. H., Lin, E. H. B., Aréan, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, R., Oishi, S., Langston, C., & IMPACT Investigators. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2836>
- Westerhof, G. J., & Slatman, S. (2019). In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), 1-11. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12301>
- Witzel, A., & Reiter, H. (2012). *The problem-centred interview*. Sage.
- Wuthrich, V. M., & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1227–1236. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000241>
- Xiang, X., Danilovich, M. K., Tomasino, K. N., & Jordan, N. (2018). Depression prevalence and treatment among older home health services users in the United States. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.12.005>
- Xiang, X., Leggett, A., Himle, J. A., & Kales, H. C. (2018). Major depression and subthreshold depression among older adults receiving home care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 939–949. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.05.001>
- Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette.

- Yang, J. A., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333-346.
<https://doi.org/10.1080/073171110902896356>
- Zenebe, Y., Akele, B., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20, 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>
- Zivian, M. T., Larsen, W., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Hatchette, V. (1992). Psychotherapy for the elderly: Psychotherapists' preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(4), 668-674.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Christina Demmerle, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Aufsuchende Psychotherapie bei älteren Menschen mit Depression und Pflegebedarf: Erfahrungen von Psychotherapeut:innen in Deutschland [At-home psychotherapy for older adults with depression and long-term care needs: Experiences of Psychotherapists in Germany] selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Erstbetreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Christina Demmerle hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Christina Demmerle ist alleinige Erstautorin der Publikation:

Demmerle, C., Gellert, P. & Kessler, E.M. (2023). How psychotherapists experience providing ambulatory psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Journal of Counseling Psychology*, 70(4), 403-414. <https://doi.org/10.1037/cou0000663>

Beitrag im Einzelnen: Ausarbeitung der Fragestellung und des Studiendesigns inklusive Methodenwahl in Abstimmung mit meinen wissenschaftlichen Betreuer:innen Prof. Dr. Eva-Marie Kessler und Prof. Dr. Paul Gellert; Rekrutierung der Teilnehmenden; Entwicklung des Interview-Leitfadens und Durchführung der Interviews; Aufbereitung der Transkripte; Analyse der Daten, Entwicklung der Diskussion und der daraus folgenden Ableitungen mit Integration von Rückmeldungen von Prof. Dr. Eva-Marie Kessler und Prof. Dr. Paul Gellert; Anfertigung des Manuskriptes als Grundlage der Publikation inklusive der Erstellung aller veröffentlichten Tabellen und Abbildungen; Integration von Rückmeldungen von Prof. Dr. Eva-Marie Kessler und Prof. Dr. Paul Gellert; Unterstützung bei der Abfassung des Manuskriptes in englischer Sprache durch Dr. Catherine Bowen; Überarbeitung des Manuskriptes im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens des Journals.

Unterschrift, Datum und Stempel des erstbetreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Druckexemplar der Publikation

Demmerle, C., Gellert, P., & Kessler, E. M. (2023). Psychotherapists' experiences providing at-home psychotherapy for home-living older adults with long-term care needs and depression. *Journal of counseling psychology*, 70(4), 403–414.
<https://doi.org/10.1037/cou0000663>

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Publikationen mit Peer-Review Prozess

Demmerle, C., Gellert, P., & Kessler, E.M. (2023). How psychotherapists experience providing ambulatory psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Journal of Counseling Psychology, 70*(4), 403-414.

<https://doi.org/10.1037/cou0000663>; (Journal Impact Factor: 5.088; Selected JCR Year: 2021)

Tegeler, C., Hoppmann, F., **Demmerle, C.**, Gellert, P., Ludwig, V., & Kessler, E. M. (2023). Implementierbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz ambulanter Psychotherapie für zuhause lebende ältere Menschen mit Depression und Pflegebedarf – Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts PSY-CARE. *Psychiatrische Praxis, 50*(4), 196–203. <https://doi.org/10.1055/a-1960-4723>; (Journal Impact Factor: 3.537; Selected JCR Year: 2021).

Senf, B., Fettel, J., **Demmerle, C.**, & Maiwurm, P. (2019). Physicians' attitudes towards psycho-oncology, perceived barriers, and psychosocial competencies: Indicators of successful implementation of adjunctive psycho-oncological care?. *Psycho-oncology, 28*(2), 415–422. <https://doi.org/10.1002/pon.4962>; (Journal Impact Factor: 3.006; Selected JCR Year: 2019)

Publikationen ohne Peer-Review Prozess

Demmerle, C., Krimm, S., Schneider, G., & Moolenaar, T. (2018). Wie geht es uns heute? – Zur Bedeutung der Lebensqualität in der Onkologie. *Onkologische Pflege, 1*, 32-47.

Demmerle, C., Böhnelt, T., Krimm, S., Lawall, S., Rogles, I., & Schneider, G. (2016). Interprofessionalität am Beispiel Psychoonkologie – Wenn das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile. *Onkologische Pflege, 3*, 21-25.

Leipold, J., Karrenberg, E., Stegh, W., & **Demmerle, C.** (2014). Interuniversitäre Weiterbildung (IUW): durch länderübergreifende Konzepte Professionalität und Expertise steigern. *Das Hochschulwesen, 6*, 203-206.

Ryschka, J., Stegh, W., **Demmerle, C.**, William, L., Nowakowski, W., & Blickle, M. (2014). *Kooperation. Ein Selbstcoachingkalender zum Thema Kooperation*. Verlag Dr. Jurij Ryschka.

Ryschka, J., **Demmerle, C.**, & Stegh, W. (2013). *Karriere – Erreichen Sie Ihre Ziele*. Verlag Dr. Jurij Ryschka.

Ryschka, J., **Demmerle, C.**, Pogoda, K., & Baur, J. (2012). *Ich habe entschieden: Selbstcoaching-Kalender zum Thema Entscheidungen*. Verlag Dr. Jurij Ryschka.

Ryschka, J., **Demmerle, C.**, Jüster, T., Merle, L., & Sattler, S. (2011). *Balance*. Verlag Dr. Jurij Ryschka.

Ryschka, J., **Demmerle, C.**, Leppkes, B., Kraus, S., & Hermes, N. (2010). *Ich selbstreflektiert*. Verlag Dr. Jurij Ryschka.

Ryschka, J., **Demmerle, C.**, Haun, S., & Hübner, A. (2008). *ZEIT für ZEIT*. Verlag Dr. Jurij Ryschka.

Senf, B., & **Demmerle, C.** (2014). Psychoonkologie bei Krebspatienten – eine interdisziplinäre Aufgabe. *Onkologische Pflege, 4*, 38-45.

Senf, B., **Demmerle, C.**, von Kries, A., Lach, K., Völkel, U., & Schulze-Pieper, P. (2016). Überlegungen und Handreichungen zum Thema Suizidalität. *Im Focus Onkologie, 19(9)*, 52-57.

Bücher & Buchbeiträge

Demmerle, C. (2006) *Kontrolle von Mitarbeitern. Grundlagen und unerwünschte Folgen*. Akademikerverlag.

Demmerle, C. (2021). Kommunikation in der Onkologie. In B. Alt-Epping, S. Fuxius & U. Wedding (Hrsg.), *Essentials Onkologie. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen* (pp. 159-163). Elsevier Health Sciences.

Demmerle, C., Schmidt, J.M., & Hess, M. (2011). Verhaltenstrainings. In J. Ryschka, M. Solga & A. Mattenklott (Hrsg.), *Praxishandbuch Personalentwicklung. Instrumente, Konzepte, Beispiele* (3. Aufl.; S. 223-271). Gabler.

Demmerle, C., Schmidt, J. M., Hess, M., Solga, M., & Ryschka, J. (2011). Basis-Techniken der Personalentwicklung. In J. Ryschka, M. Solga & A. Mattenklott (Hrsg.), *Praxishandbuch Personalentwicklung. Instrumente, Konzepte, Beispiele* (3. Aufl.; S. 273-337). Gabler.

Kongressbeiträge

Demmerle, C. (2023, 09.09.). *"Als ob die Seele unwohl wäre" – Seelische Schmerzen im Rahmen einer Krebserkrankung*. 11. KOK-Jahreskongress, Berlin.

Demmerle, C. (2022, 15.11). *Videosprechstunden in der ambulanten Krebsberatung – Erfahrungen und Perspektiven*. 35. Deutscher Krebskongress, Berlin.

Demmerle, C., Gellert, P., & Kessler, E.-M. (2022, 23.09). *Das Erleben von Dilemma-Situationen in der aufsuchenden Psychotherapie bei pflegebedürftigen Älteren: Ableitung für die Psychoonkologie*. Kongress der PSO (AG Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft), Leipzig.

Demmerle, C., Gellert, P., Tegeler, C., Nordheim, J., & Kessler, E.-M. (2021, 16.09). *Wie erleben Psychotherapeut:innen die aufsuchende Depressionsbehandlung bei älteren Patient:innen mit Pflegebedarf – Ergebnisse einer qualitativen Studie im Rahmen des PSY-CARE Projektes*. Gemeinsame Fachtagung der Sektion III: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie und der Sektion IV: Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Online.

Demmerle, C., Kessler, E. M., Tegeler, C., Gellert, P., Beyer, A. K., Grohé, J., ... & Vathke, C. (2020, 09.09). *Psychotherapie für alte Menschen mit Depression und Pflegebedarf: Das Innovationsfonds-Projekt PSY-CARE – Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen in der Palliativsituation*. 13. DGP-Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Online.

Demmerle, C. (2019, 07.05). *Weil nicht sein kann, was nicht sein darf. Umgang mit Hoffnung, Verdrängen, Verleugnen onkologischer Patienten.* 125. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Wiesbaden.

Danksagung

Viele haben mir bei der Verwirklichung dieser Arbeit geholfen:

Allen voran meine wissenschaftliche Betreuerin Prof. Dr. Eva-Marie Kessler mit ihrer Vision für eine bessere Versorgung von älteren und alten Menschen - Sie hat mich stets dazu angespornt, besser zu sein. Mein wissenschaftlicher Betreuer Prof. Dr. Paul Gellert mit Unterstützung und Ermutigung zur rechten Zeit. Meine Kolleginnen Dr. Christina Tegeler und Dr. Julie O'Sullivan mit ihrer Großzügigkeit, konkreten Hilfestellungen und kollegialem Zuspruch. Die Teilnehmerinnen der Studie, die ihre Erfahrungen und ihr Erleben so offen mit mir geteilt haben.

Meine Eltern mit ihrer Fürsorge und Präsenz von Beginn an. Prof. Dr. Jurij Ryschka, der mich wesentlich beruflich geprägt und meine Begeisterung für wissenschaftliches Arbeiten auch in meiner praktischen Tätigkeit wachgehalten hat. Meine Freund:innen, vor allem Stefan und Tanja, die manchmal mehr als ich an die Fertigstellung dieser Arbeit geglaubt, sich klaglos alles angehört und mich immer wieder unterstützt haben. Stephanie, Helen und Ulla mit dem Freiraum und dem liebevollen Rahmen, den sie mir über die gesamte Strecke ermöglicht haben.

Bei ihnen allen möchte ich mich herzlich bedanken.