

Psychosomatische Grundversorgung (PG)

ein integrales Curriculum:

Theorie, Handhabung von Gegenübertragungen (Balintarbeit) und Verbale Intervention (GOG)

Zusammenstellung der Infos der Arbeitsgruppe GOG von Dr. Hans-Christoph Schimansky,

weitere Literatur unter www.schimansky-netz.eu, Kontakt: hanschristoph.schimansky@gmail.com

Lehrbuch von Luc Isebaert, H.C. Schimansky u.a.: „**Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch**“ mit gesundheitsorientierter kognitiver Methode, Thieme-Verlag, 2004, 2. Auflage 2009

Inhalt

Anlagen separat: 2 Seiten Charakterstrukturen, 2 Seiten Bochumer Suchtest ADHS

S. 2: Vorübungen

S. 3-24: Leitfaden GOG: die Kurzfassung der GesundheitsOrientierten Gesprächsführung.

darin Seite 4: Überblick **GOG-Schritte**,

darin Seite 7: Handhabung der **Gegenübertragung**,

darin Seite 8: Anatomie der Gewohnheiten

darin Seite 9: semantische Wahl

darin Seite 10: die 4 GOG-Beziehungsmuster

darin Seite 15: Zukunftsprojektionen

darin Seite 22: Gesundheitstagebuch

darin Seite 23: GOG-Protokoll

S. 25-28: GOG-Umgang mit Alkoholproblemen (Wahlfreiheit ermöglichen, 4 Seiten des Buchentwurfs)

S. 29-30: Kurzhinweise zur psychischen Entwicklung, zum hausärztlichen Umgang mit schwerer beeinträchtigten Patienten und **Charakterstrukturen**

S. 31-33: Stichworte zur **Angst**

S. 34-36: Psychotraumatologie, Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung, Umgang mit traumatisierten Patienten; **Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken**

S. 37-38: Sexualität, § 174 c StGB

S. 39-40: Psychiatrischer Notfall, Psychopharmaka,

S. 41: Präsuizidales Syndrom

S. 42-60: ADHS, ADS bei Erwachsenen

S. 61-63: GOG-Gruppenarbeit für Hausärzte, auch PET als Gruppenverfahren

S. 64: Weitere Techniken: Personifizieren, Sozialatom mit Zukunftsprojektion, Entspannung

S. 65-71: Biographie bei Demenz nach Erwin Böhm, GOG-Kompetenz aus der Vergangenheit

S. 72-76: Alternative Medizin Hermann Gocht

S. 77-95: Sozialrechtliche Infos, Krankheit und Kraftverkehr,

Tipps:

lesen Sie einmal im Jahr von **Dietrich Dörner, Die Logik des Misslingens**, - Hinweise auf das Erlernen strategischen Denkens in komplexen Situationen; und **neu die Logik des Gelingens**

Suchen Sie im o.g. **Kurzzeittherapie-Lehrbuch ab S. 104 diejenigen Techniken zur Distanzierung** vom Problemendenken heraus, die Ihnen am besten liegen zur Eigenanwendung. Üben Sie diese 4 Wochen täglich zur Automatisierung. In der Regel können Sie diese dann den Patienten am besten beibringen.

3 Vorübungen für Sie:

Links- oder rechtshirnig begabt: Die Linkshirnigen können gut abstrakt denken (Mathe gut), die Rechtshirnigen eher anschaulich in Bildern (Mathe schwierig). Dies kann den Austausch mit anderen massiv behindern – in Familien, in Zweierbeziehungen, in Arzt-Patient-Beziehungen, im Schulunterricht, in psychosozialer Arbeit. Manche Menschen können beides zusammenfügen (verstehen alle leichter, „Simultandolmetscher“).

Testgeschichte dazu: Ein Zweibein sitzt auf einem Dreibein und isst ein Einbein. Da kommt ein Vierbein und nimmt dem Zweibein das Einbein weg. Da nimmt das Zweibein das Dreibein und schlägt das Vierbein. - **Aufgabe:** möglichst rasch beschreiben, was real passiert ist - wie einen Film. – **Auflösung** auf meiner website, wenn ich mal Zeit habe.

Körpersprache: erzählt teilweise andere Geschichten als die verbale Information,

s. unter Techniken die PET-Übungen (Änderung der Körpersprache ändert die verbale Information).

In der Gruppenarbeit gut zu klären durch die **Frage, wie ich auf die anderen wirke – und wie sich das in der Zusammenarbeit am Arbeitsplatz auswirken würde, - und wie beim Zusammenleben.** (Sonst stirbt man dumm.)

Sagen Sie einem Partner mit hoher Anspannung des ganzen Körpers und drohender lauter Stimme: „Ich liebe Dich!“ - Dann sagen Sie dem Partner, jeweils mit entsprechender Körperhaltung und im passenden Tonfall einige Minuten „bla bla bla bla“, mal traurig, mal ängstlich, mal ärgerlich.

Und dann fragen Sie den Partner, wie er Sie verstanden hat.

Für **Menschenberufe** wie LehrerInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen ist es lohnend, wenn sie wissen, was sie bei anderen auslösen: vor der Klasse, im Wartezimmer, in Einzelkontakten usw.

Übung: die Gruppe ist die Klasse, Wartezimmer, neues Team „,: - der/die Lernende geht raus, klopft von draußen an, kommt rein, sagt guten Tag und bleibt 1 Minute stehen. Die anderen gucken und horchen in sich rein, was sie spüren/denken. Nach der Minute – die dabei subjektiv ziemlich lang ist – wird zusammengetragen, was die Einzelnen gespürt, gedacht und körperlich empfunden haben – und wie sich das alles in der Rolle als SchülerIn, PatientIn, TeamerIn usw. konkret auswirken würde. Oft werden ambivalente Signale gegeben.

Dann weiß man besser Bescheid über seine Beziehungswirkung.

Für Ungläubige (ich weiß doch besser, wie ich bin; draußen bin ich anders) kann der Hinweis nützen:

Die Gruppe hat immer Recht, sie kann nur etwas sehen, was da ist. - Für Psychofreaks kann man hinzusetzen, dass jeder Einzelne seine eigenen Anteile beim Anderen besonders gut und schnell sehen kann und da die Menschen verschieden sind, kommen so viele verschiedene Mosaiksteine zusammen. Es lohnt sich, diese zusammenzufügen, um das Selbstbild durch das Fremdbild zu erweitern. Das Ich entsteht durch das Du.

Nähe-Distanz-Regulierung: vererbt ist uns ein Frühwarnsystem (die Amygdala, die Mandelkerne machen das), das wir aber durch unsere Sozialisation (Hand geben, angucken) nicht mehr beachten – anders in Asien.

Jede gute Nähe braucht ausreichend Sicherheitsabstand! Aus dem Abstand kann man besser gucken!

Übung: stellen Sie sich zu zweit in einem möglichst großen Raum auf mit maximalem Abstand, möglichst über 7 m, eine(r) mit dem Rücken vor eine Wand (nicht anlehnen), beide lassen die Hände locker hängen und sehen sich an, nicht sprechen. - Dann geht das Gegenüber langsam auf den Partner an der Wand zu. - Beide haben dabei die Aufgabe, genau auf sich zu achten, was sich – auch minimal – bei ihnen ändert an Körperreaktionen. Am häufigsten sind Brustsymptome wie Kribbeln, Druck, flache Atmung, Herzklopfen, Hals eng. Auch Magendruck, Muskelanspannung, plötzliche beunruhigende Änderung des Sehens bei Annäherung können auftreten, Zittern, Schwitzen, Schwindel und auch Angst. Gang wird zögernd. – Meist muss dies mehrfach wiederholt werden, bis erkennbar wird, wann und wo im Körper die allererste kleine Frühwarnung bei der Annäherung auftaucht (am häufigsten bei 4-5 Meter Abstand). Dabei prüfen, ob beim Gehen Symptome plötzlich beginnen, scharfe Linie. Dann ist der Selbstschutz rasch dahin. Oft ist es eine Zone von bis zu 1 m, in der die Symptome etwa gleich sind.

Dann die Positionen tauschen, - in Bewegung Symptome oft deutlicher.

Diese Warnung der Amygdala bleibt gleich, mit etwa gleichem Abstand, auch bei anderen Menschen, und sollte im normalen Leben, zu Hause, am Arbeitsplatz beachtet werden: wenn Sie das nicht beachten, häufen Sie Stress an, ohne die Gründe zu sehen.

Bei **Sympathie, Verliebtheit, Sex und Therapie** schalten wir unsere Frühwarnung aus.

In unserem christlich-depressiven Abendland ist zudem Nähe etwas Gutes und Abstand etwas Unfreundlich-Ablehnendes, was Unsinn ist – die Menschen sind verschieden und: **Schutz muss sein**, z.B. breiter Schreibtisch, woanders hingucken, in Praxis auf PC gucken, schreiben, mit Stuhl zurückrollen, übereck sitzen, aufs WC gehen. - Nähe **und** Zeitdauer steuern: **zu nah und/oder zu lange = zuviel.**

Sie sind dann abends kaputt, ohne dass größere Schwierigkeiten bei der Arbeit/mit anderen auftraten.

Leitfaden Gesundheitsorientierte Gesprächsführung (GOG)

gestützt auf das Brügger Modell (von Dr.med. Luc Isebaert)

für die Arbeitsgruppe GOG: (Stand 25.07.2013), s. www.schimansky-netz.eu

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, FA Allgemeinmedizin, Psychotherapie, e-mail: ulrich.schwantes@charite.de

Dr. med. Hans-Christoph Schimansky, FA Neurologie und Psychiatrie, FA für Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, PF 5144, 58226 Schwerte, Tel. 02304-973377, Fax 02304-973379, e-mail: hanschristoph.schimansky@gmail.com

Mitglieder der AG GOG: Dr.med. Hermann Gocht, FA Allgemeinmedizin, Psychotherapeut; Prof. Dr. phil. Karin Kersting, Krankenschwester, Pädagogin (Forschung); Heidemarie Kramer, FA Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, EMDR-Therapeutin; Dr. med. Ruth Püttmann, ärztl. Psychotherapeutin; Gerda M. Schwantes, FA Allgemeinmedizin, Dr. med. Antje Kischk, FA Allgemeinmedizin, Dr.med. Christian Kuhlmann, FA Psychiatrie/Psychotherapie, Ärztl. Psychotherapeut, (Die maskuline Tönung unserer Muttersprache bitten wir zu akzeptieren.)

Begründer der lösungsorientierten Kurzzeittherapie sind Steve de Shazer: „...Worte waren ursprünglich Zauberei“, „Der Dreh“ und seine Ehefrau Kim Berg: „Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen“. – Leitsatz: „Problem talk creates problems, solution talk creates solutions!“ - Die Struktur der Probleme hat keinen Bezug zur Struktur der Lösungen. Wenn ich weiß, warum es mir schlecht geht, kann ich daraus nicht ableiten, wie ich es anders, besser mache. – Beide sind tot und die Systemiker haben nun den lösungsorientierten Ansatz vereinnahmt, obwohl de Shazer und Isebaert stets betonten, dass sie nicht systemisch denken, also Probleme systemisch klären, sondern zukunftsorientiert (-fokussiert) erkunden, was besser funktioniert.

Mit Dr. Luc Isebaert, früher Psychiatrische Klinik Brügge, ist seit 2003 eine 3-jährige GOG-Ausbildung nach dem Brügger Modell entwickelt worden, seit 2011 als **Basis-Curriculum (4 Wochenendtage)**, auch für **vorwiegend berufsspezifische Supervisionsgruppen (Pflegerkräfte, Ärzte, Lehrer, Sozialpädagogen usw.)** **Lehrbuch zum Kurs von Luc Isebaert, H.C. Schimansky, K. Kersting u.a.: „Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch“, 2004/05, Thieme-Verlag, 2. Auflage 2009.**

Da in der BRD unter „lösungsorientiert“ sprachlich meist die Lösung von Problemen verstanden wird, hat unsere Arbeitsgruppe diesen Begriff 1996 umgetauft in „gesundheitsorientierte Gesprächsführung“: es geht nämlich um die Distanzierung vom Problem, nicht um die Lösung! Dann kann erkundet werden, welche Ausnahmen es gibt vom Problem, um diese wählen zu können.

Die **GOG** ist eine Methode, (wir suchen noch nach Ersatz für Begriffe wie Patienten..., z.B. Menschen)

1. die rasche Handhabung der ärztlichen **Gegenübertragungen** als Antwort auf das Innere der Patienten durch spezifische **Komplimente** ermöglicht, die das jeweilige **Beziehungsmuster** zwischen Beratern und Patienten einbeziehen, dabei auch den Stolz und die **Lebensphilosophie** der Patienten bestätigen und die **Arbeitsbeziehung** verbessern;
2. die Wahrnehmung der Patienten suggestiv auf die **Ausnahmen vom Symptom/Problem**, also auf das **Gesündere** hinlenkt (wann war es besser/anders?), dieses im Detail beschreibbar macht (was war anders, was machten Sie da anders? Was dachten und fühlten Sie dabei? Wie gingen Sie mit anderen anders um?) einschließlich der **Kompetenz der Patienten** zur Herstellung der Besserung (Wie haben Sie das geschafft, gemacht? Was hat Ihnen dabei geholfen? - Was könnte Ihnen nun wieder helfen? Was wäre der erste Schritt?).
3. **Schwierigkeiten ohne Ausnahmen** sind definiert als „**Einschränkungen**“ (Verlust des Beines, des Partners, diabet. Erblindung usw., alle chronischen Leiden), wobei die **Akzeptanz als Denkmöglichkeit** mit den Patienten erarbeitet wird, um **innerlich frei zu werden für neue Kompetenzen**.
4. **Ziele** (genauer: **das Ergebnis nach Erreichen der Ziele**, also den Erfolg) erarbeitet, die aus der **Vorstellung der Patienten von anderen, gesünderen „Gewohnheiten“** entstehen und mit dem **ersten Schritt** in Richtung Gesundheit angesteuert werden können; dies ist eine Abkehr von krankheits- und symptombezogenen „Nicht“-Zielen (Symptom soll aufhören) hin zu einer Orientierung an der Vorstellung, wie das gesündere Ergebnis sich zeigen würde im Denken, Fühlen, Verhalten und in den Beziehungen - und wie die Patienten schrittweise dorthin kommen können.

Hierbei ist das Konzept der „**Anatomie**“ der **Gewohnheiten** eine wichtige Basis, s.u.

Die **GOG** sehen wir als eine gute Möglichkeit an, die **verbale Intervention** in der **Psychosomatischen Grundversorgung** für Hausärzte und andere Fachärzte zu einem Handwerkszeug im Sinne des „**Projekts Gesundheit**“ (Peter Fürstenau) zu entwickeln, das **weg von der Konfliktorientierung** („Mini-Psychotherapie“) auch über Jahrzehnte hin eine ärztliche Begleitung der Patienten ermöglicht: in der Arzt-Patient-Beziehung wird ständig gemeinsam **die schon vorhandene Gesundheits-Kompetenz der Patienten erkundet und nutzbar gemacht**: wie sie immer wieder aus Schwierigkeiten herauskamen, dies jetzt wieder wählen könnten - und welchen guten Sinn Beschwerden hatten/haben.

Schritte der GOG (Gesundheits-Orientierte Gesprächsführung) als Übersicht

- **Beschwerden schildern lassen**; Besprechen der Schwierigkeiten, Beschwerden, dabei besonders auf Verlauf und Kontext (Situation) der Beschwerden achten. Was ist sonst noch zu untersuchen?
- **Dabei sortieren**: was sind im Bericht **Einschränkungen**, was sind **Probleme**?

1. **Einschränkung** = keine Lösung aus Sicht des Therapeuten denkbar, **Ziel: Akzeptanz der Realität** erarbeiten und einen kompetenten Umgang mit der Einschränkung
2. **Problem** = Lösung denkbar, **Ausnahmen vom Problem vorhanden**, Wahlfreiheit zwischen Problem und Lösung denkbar. **Ziel: Wahlfreiheit zwischen Gewohnheiten ermöglichen**

- **Gegenübertragung früh ausdrücken** – oder bei guter GOG-Kenntnis: **Komplimente machen je nach Beziehungsmuster**: alle verbessern die therapeutische Beziehung, das Selbstwertgefühl der Patienten **und** der Therapeuten!

1. **Unverbindliche Beziehung (= keine Nachfrage nach Hilfe)**: Pat. sieht keine Schwierigkeiten, will deshalb nichts tun oder kann sich Hilfe nicht/nicht mehr vorstellen (bes. bei chronisch Kranken).

Kompliment: den **Alltag wertschätzen** (Beruf, Hobbys, Kinder..)

Ziel: Erneute Kontakte der Patienten durch freundliche Beziehung erleichtern, falls Hilfebedarf entsteht.

2. **Suchende Beziehung (= dringende Nachfrage nach Hilfe, aber keine Bereitschaft zur Mitarbeit)**,

- 3 Untertypen**: 1. Typ: kann selbst nichts machen; 2. Typ: kann selbst nichts machen, ein anderer soll helfen; 3. Typ: kann selbst nichts machen, erst muss ein anderer sich ändern.

Kompliment: das **Leiden würdigen** („Wie halten Sie das nur aus, was hilft Ihnen dabei?“)

Ziel: die hohe Kompetenz und Leistung sichtbar zu machen, trotz der Beschwerden noch etwas zu tun, aufzustehen und herzukommen. - Bereit machen für **Zukunftsprojektionen, Beobachtungsaufgaben**.

Distanzierungstechniken einüben als Distanzierung von Problemhypothesen, von Angst, Schmerz, depressiven Gedanken, Trauma-flashbacks usw.!

3. **Consulting-Beziehung (= sucht Hilfe, kann aber eigene Ressourcen nicht nutzen)**: will nur Fachberatung mit Tipps. „Sagen Sie mir, was ich tun soll. Dann tue ich das.“

Kompliment: es ist gut, dass Sie hergekommen sind, um sich zu informieren

Ziel: Infos geben und sehen, was Patient damit macht. Hierzu gehören auch die **Distanzierungstechniken!**

4. **Experten-Beziehung (= sucht Hilfe und kann Ressourcen nutzen; Therapeut erfragt als Experte die Ressourcen im Detail! Wahlfreiheit herstellen)**: hat Schwierigkeiten, will aber selbst etwas daran tun.

Kompliment: die Kompetenz würdigen, immer wieder Ressourcen anzuwenden („Wie schaffen Sie das, immer wieder zu versuchen, eine gute Mutter zu sein trotz aller Schwierigkeiten?“) als Expertin

Ziel: das Interesse an der detaillierten Erkundung der Ausnahmen verstärken, Distanzierung vom **Problem** einleiten. Wahlfreiheit zwischen Gewohnheiten herstellen. – Auch: Akzeptanz ermöglichen bei Chronischen

- **Bei Problemen (nicht bei Einschränkungen): Fragen nach den Ausnahmen** (wann war es anders, besser? Was haben Sie da getan, anders gedacht, gefühlt? Wie gingen Sie mit der Umgebung anders um? Was hat Ihnen geholfen, das zu tun?)

1. In dem Kontext, wo die Beschwerden meistens auftreten
2. In anderen Kontexten, wo sie kaum oder nicht auftreten

- Bei **Einschränkungen: Akzeptanz als Gedankenspiel** macht innerlich frei und macht andere **Kompetenzen** im Umgang mit der Einschränkung möglich. „Darf ich Ihnen eine schwierige Frage stellen, ist Ihnen das Recht? – Nehmen wir mal an, sie hätten alle die Schwierigkeiten und Beschwerden akzeptiert und würden denken „So ist das eben“,

- was würden Sie dann anders darüber denken,
- was würden Sie anders machen,
- was würden Sie anders fühlen und
- wie würden Sie anders mit der Umgebung umgehen? Woran würde die Umgebung merken, dass Sie das Schwierige akzeptiert haben?“

**Zukunftsprojektion erarbeiten, also Ziele als Ergebnisse beschreiben, wenn das Ziel erreicht wäre:
Bei der Experten-Beziehung und der suchenden Beziehung**

1. **Allgemein:** „Woran würden Sie in 1 Woche, in 3 Monaten, in 1 Jahr merken, dass die Therapie sich gelohnt hat? Was wäre dann anders? Was würden Sie anderes tun, als Sie jetzt tun? (immer auch: anders denken, - fühlen - und mit der Umgebung anders umgehen)“
2. **Als Allroundfrage, die immer möglich ist:** „Nehmen wir an, die Beratung/Behandlung hat genützt und Sie würden eines Tages denken: Oh, so könnte mein Alltag bleiben! Wie sähe dann der Alltag von morgens bis abends aus? (Anatomie der Gewohnheiten erfragen)“
3. **Wunderfrage,** stellt auf die Zukunft ein (Wenn das Wunder geschehen wäre, was wäre dann anders, was würden Sie dann anderes tun, denken, fühlen, woran würde die Umgebung die Änderung bei Ihnen sehen? - Was machen Sie sogar jetzt schon davon?)

Falls PatientInnen keine Zukunftsprojektion beschreiben können, dann nur das *Gesundheitstagebuch* vorschlagen mit den „3 Fragen zum glücklichen Leben“: dann können PatientInnen aus der schon gelingenden Gegenwart realistische Zukunftsvorstellungen ableiten, - im Tagebuch dokumentiert: was schon so bleiben darf, was sie wieder machen könnten. Nach 4 Wochen Automatisierung im Gehirn! Dann können sie Zukunft beschreiben!

„Experiment“ (Hausaufgabe): Skalenfrage 0-10, stellt auf die Gegenwart ein. - „Darf ich Ihnen ein Experiment vorschlagen? (oder: einen Vorschlag machen) – Ich würde Sie gern bitten, dass Sie abends – oder jeden 2. Abend – auf den Tag zurückschauen und auf einer Skala zwischen 0 und 10 schauen, wo Sie stehen. Dabei wäre 0 das Schlimmste, was Sie in letzter Zeit hatten und 10 wäre das, was Sie als Ergebnis beschrieben haben, wenn das Ziel erreicht wäre. – Wo stehen Sie jetzt?“ (bei 4 z.B.: was hat sich schon angesammelt an Besserung, an Zuversicht ... von 0 bis 4?) – Beim nächsten Termin werde ich Sie als erstes fragen, was Sie auf der Skala entdeckt haben. (Patient macht dadurch seine eigene Therapie zu Hause!)

Bei chronisch Kranken nur die Sicherung des Erreichten anstreben (nicht die Gesundheit):
z.B. „Was könnte Ihnen bei 4 auf der Skala helfen, immer wieder nach 4 zu kommen?“

Eventuell **Rückfallvorhersage:** „Es wird natürlich Rückfälle geben!“ und „Der erste Schritt ist natürlich schwer“ zur Sicherung des Konzepts.

Beim nächsten Termin (vom Pat. bestimmen lassen!):
„Was haben Sie auf der Skala beobachtet seit unserem letzten Gespräch?
Was war schon etwas besser?
wie klappte die Hausaufgabe?
was haben Sie seit dem letzten Mal schon Gutes getan (Suchende Beziehung, besonders Depressive)?
was haben Sie statt der Hausaufgabe gemacht, beobachtet (falls Hausaufgabe nicht gemacht)?“

Zusätzliche Erläuterungen zur GOG

Besprechen der Beschwerden (= Ernstnehmen der Klagen):

Das Anhören der Beschwerden der Patienten dient der üblichen **diagnostischen Orientierung** zu Beginn und ist **Ihre Kooperationsantwort** auf das Gesprächsangebot der Patienten.

Als Grundmuster zum Üben könnten Sie **vereinfacht** bei **Schwierigkeiten** etwa folgende Antworten geben:
„Das ist schwer für Sie; - das braucht sicher Zeit; - das hat sicher wichtige Gründe.“ Hiermit werden erste globale Einschätzungen gegeben, ohne in die Gefahr der „Problemhypnose“ zu geraten.

Der Patient beschreibt also seine Schwierigkeiten, Symptome, Beschwerden, Probleme.

Dabei müssen Sie **unterscheiden zwischen Problemen und Einschränkungen:**

Probleme: Je nach Beziehungsmuster (s.o.) können bei **Problemen** die **Ausnahmen von den Beschwerden** erfragt werden: wann sie auftraten, **im gleichen Kontext oder in anderen Situationen**, was da **anders** erlebt, gefühlt, kommuniziert und getan wurde und wie diese Ausnahmen „gewählt“ wurden (s.u. **Wahlfreiheit**).

Einschränkungen: haben keine Ausnahmen!

Hinweis: alle Erfahrungen, die wir machen, alle Gewohnheiten, die wir über mindestens 3 Wochen entwickeln, bleiben im Gehirn als feste Strukturen erhalten (z.B. das Radfahren, das Sie als Fertigkeit nicht mehr bewusst „verlernen“ oder löschen können). So gibt es z.B. bei Klaustrophoben die 2 Gewohnheiten, früher ohne Angst und dann plötzlich mit Angst Aufzug zu fahren oder dies zu vermeiden. Durch detailliertes Erfragen der früheren angstfreien Gewohnheit beim Aufzugfahren könnte der Patient diese **Gewohnheit wieder wählen**, weil sie zu seinem Repertoire gehört, er sie nur nicht sehen konnte in der „Problemhypnose“ und sie sich jetzt wieder anschaulich vorstellen kann.

Ich kann nur ein Verhalten wählen, was ich mir vorstellen kann! – Ein Nichthandeln wie z.B. Abstinenz kann ich mir nicht vorstellen, sondern nur das, was ich tat, als ich nicht trank.

Lösungsgespräch im Problemgespräch:

Es kann auch ein guter Weg sein, den **genauen Ablauf der Beschwerden zu erfragen**: Sie lassen sich detailliert den Verlauf der Beschwerden schildern (Wie fing das genau an ..und dann ...und dann?) und erkennen dabei im Auf und Ab die **Ausnahmen**, - also gewissermaßen „den Videofilm in Einzelstücke zerlegen“. Auch den Verlauf an den einzelnen Wochentagen kann man so erfragen, um Unterschiede erkennbar zu machen. Im Gespräch machen Sie laufend **GOG-Komplimente** (s.o.), die das gerade vorhandene Beziehungsmuster (s.o.) berücksichtigen.

Sie prüfen natürlich auch, welche weiteren Erkrankungen, Diagnosen, Störungen relevant sind und was noch zu untersuchen ist.

Faustregel: Immer erst die Einschränkungen bearbeiten, dann die Probleme.

Einschränkungen haben Vorrang!

Z. B. bei Tod eines Kindes erst den Abschied gestalten (traurig ist man, weil etwas Schönes vorbei ist – also über das Schöne reden und Rituale nutzen), **dann erst über den normalen Umgang mit Partner und den anderen Kindern reden: wie der normale Umgang vorher gelang und wieder gewählt werden könnte.** – **Oft klappt es ohnehin, wenn die Einschränkung, hier der Verlust, bewältigt und akzeptiert wurde.**

Gegenübertragungen beim Gesprächsbeginn:

(s. Karl König: „Gegenübertragungsanalyse“ und „Kleine psychoanalytische Charakterkunde“)

Wenn Sie mit anderen Menschen, Patienten reden, **spüren** Sie eigene antwortende Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken (= **Gegenübertragungen**), die der/die andere in Ihnen auslöst.

Die Gegenübertragungen steuern Ihr (ärztliches) Handeln und Reden, sollten deshalb rasch erkannt und genutzt werden. Sie können sonst nicht erkennen, warum Sie z.B. bei Ärger über einen depressiven Patienten eine hohe Dosis verordnen „als Hammer“ oder Medikamente verweigern als sadistische Gegenreaktion oder als Chirurg „zum Messer greifen“ – Sie halten dies sogar für medizinisch geboten!

Sie handeln verschieden in der gleichen medizinischen Fragestellung je nach Gefühl: am wichtigsten sind Angst, Traurigkeit, Ärger, Scham und bei Psychosen das Gefühl der unheimlichen Angst. Ärger ist oft das zweite Gefühl als Antwort auf das erste Gefühl: das allererste Gefühl ist das diagnostisch wertvollste – also nur einen Schluck aus der Pulle des Patienten nehmen, nicht die ganze Pulle austrinken, sonst handeln Sie in Notwehr.

Gegenübertragungen vermitteln dem Arzt eine gute Wahrnehmung, was los ist und was jetzt vernünftig wäre; ein Datenfriedhof schafft das nicht.

Die professionelle Handhabung der Gegenübertragungen als ständig vorhandenes, ureigenes ärztliches Instrument ermöglicht wahrzunehmen:

- ich spüre in mir einen **Teil des Inneren des Patienten** („Lackmustheorie“)
- ich kann (nach Training: kenne ich schon) **erste diagnostische Vermutungen** anstellen
- ich kann die **Kapazität** des Patienten für ein Gespräch einschätzen (wenn ich nicht mehr kann, ist der Patient ein Notfall!)
- ich kann die **Beziehungsform** erkennen, die der Patient mit mir herstellt, und schließen, was dem Patienten anderswo passieren kann, wenn er mit anderen auch so umgeht
- ich kann mich **entlasten**, indem ich die **Gegenübertragung ausdrücke**, z.B.: „Ich spüre, dass Sie sehr traurig sind!“ (oder: ängstlich, angespannt, verzweifelt; - nicht „aggressiv“, da dies meist als Werturteil verstanden wird!). Dies ist eine wichtige **eigene Psychohygiene**, um zu Hause abschalten zu können von der Patientenbetreuung.

Professioneller Umgang mit Gegenübertragungen heißt also zusammengefasst:

- **ich horche rasch schon zu Beginn in mich:** was löst der andere in mir aus? Dabei nur „einen Schluck aus der Pulle“ des anderen nehmen, sonst laufe ich voll und kann nur in Notwehr handeln
- ich formuliere **die eigenen Gegenübertragungen erst** für mich (wie heißen meine Gefühle genau?) und teile sie dann dem Patienten mit („Ich spüre, dass Sie sehr traurig, ängstlich ...sind.“)
- ich entwickle **theoriegeleitet Distanz, auch als diagnostische Vermutung:** was ich spüre, ist das Problem des/der anderen! Ich entlaste mich dabei, indem ich mein aktuelles Inneres dahin packe, wo es herkommt, nämlich zum Patienten!
- Noch einige **Tipps:** einige Gegenübertragungen müssen übersetzt werden, nämlich alle die, wo ich keine differenzierten Gefühle spüre:

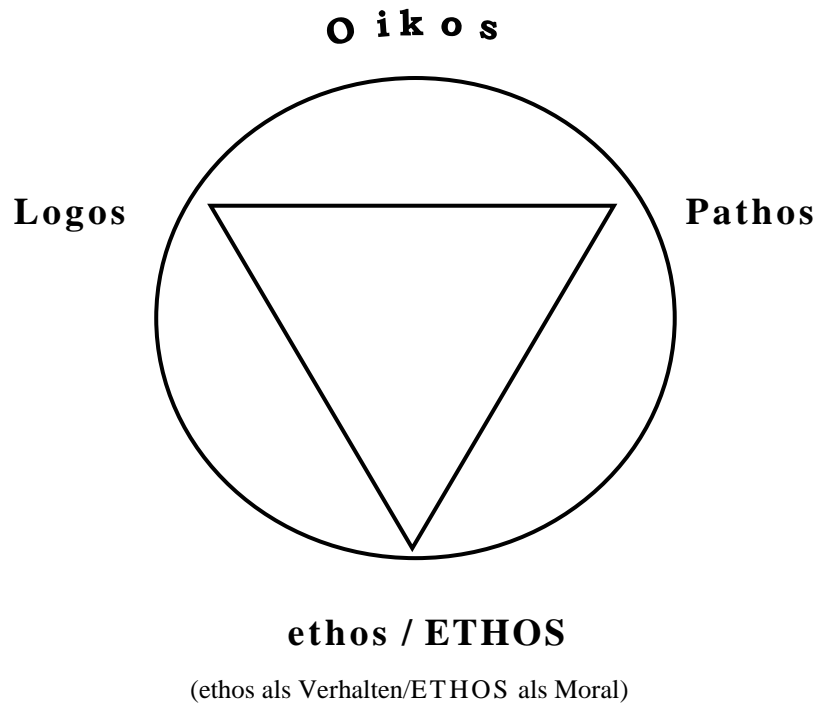
Wenn ich nur **Kuddelmuddel** spüre, sieht es im Patienten auch so aus. Er kann sich nicht deutlich wahrnehmen, ist orientierungslos und hat deshalb u.a. eine schlechte Frustrationstoleranz.

Wenn ich **nichts spüre**, hat der Patient keine Beziehung zu sich und kann sich für andere nicht spürbar machen. Gleichzeitig schützt er sich vor grässlichen Empfindungen. Sie stellen sich dann als Hilfsmaßnahme vor: **was würde ich spüren, wenn ich den Patienten einige Minuten eng in den Armen halten würde?** Dann wissen Sie es.

Wenn ich mich **gelangweilt, neutral, sachlich oder amüsiert fühle**, habe ich aggressive Gegenübertragungen, gehe auf Distanz und schütze mich vor Nähe oder stelle den Patienten auf eine Bühne und amüsiere mich über ihn. – Als Gegenmittel nehmen Sie ihn virtuell in den Arm, s.o.

Wenn Sie sich die Partner, Familie des Pat. nicht vorstellen können, kann der Pat. das auch nicht!

- **Oder: ich mache GOG-Komplimente (s.o.) zur Dämpfung negativer Gegenübertragungen; dies setzt GOG-Handwerkszeug voraus, da ich dann nur darauf schaue, wie ich weiterkomme mit dem Patienten und alles andere zur Seite lege!**



Die „Anatomie“ der **Gewohnheiten** ist hier dargestellt als eine Wechselwirkung zwischen

- **Logos** als das Denken, die Kognition, das Begreifen und Beschreiben der Welt,
- **Pathos** als Gefühle,
- **ethos** als das Handeln, dabei Verschränkung mit dem **ETHOS** als Moral, Aristoteles (frei übersetzt): „Die Moral ist die Tochter der Gewohnheit“ – und umgekehrt! Als z.B. mit Einführung der Pille sich die sexuellen Gewohnheiten änderten, ändern sich auch die moralischen Vorstellungen über sexuelle Kontakte.
- und dem **Oikos** als Umgebung, also der Außenrealität und den Beziehungen zu Menschen.

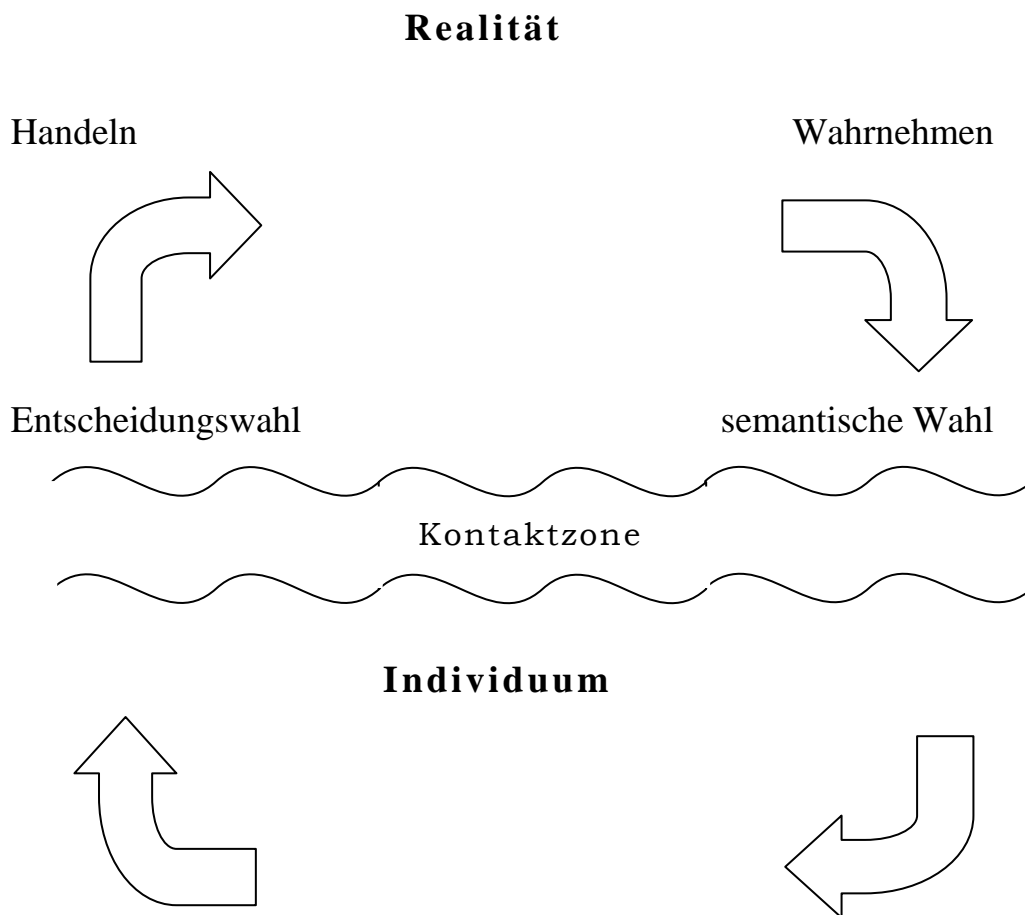
Pathologie als Unfähigkeit, wählen zu können, kann in jedem der 5 Bereiche beginnen:

ich **denke** z.B., dass ich schlecht bin;
dies steuert meine **Gefühle**,
mein **Handeln**,
meine **moralischen Bewertungen** und
mein Verhalten zur **Umwelt**.

Aber auch der Ausstieg aus der Pathologie als Entscheidungswahl beginnt über einen der Bereiche. Im Alltag häufig und jedem geläufig ist der Ausstieg durch Handeln: irgendetwas anderes tun, was distanziert vom Problem - ich esse etwas, laufe, zappe im Fernsehen, höre Musik usw.
Ich kann auch meine Gedanken ändern ...

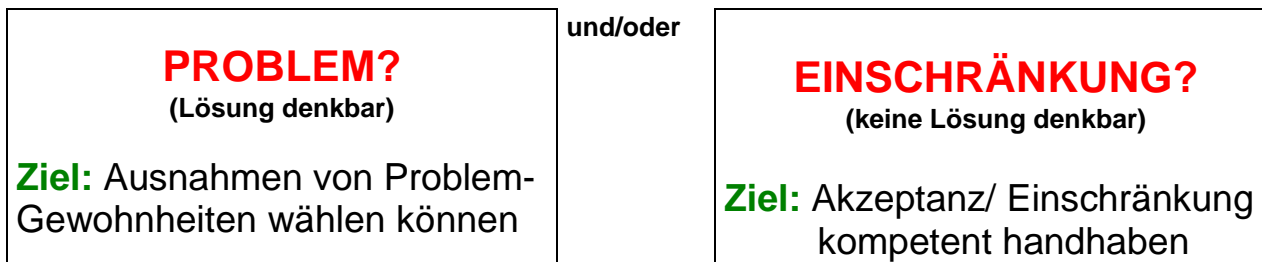
Von der semantischen Wahl zur Entscheidungswahl:

1. Die **Realität** trifft auf das **Individuum, den Patienten**
2. Die **semantische Wahl** (= die Situation durch Begriffe festlegen: ich bin Alkoholiker; im Aufzug werde ich ersticken; ich bin nichts wert.) bewirkt eine „**Problemhypnose**“, in der Patienten nichts anderes mehr sehen können.



3. Durch **detailliertes Erfragen der „Ausnahmen“ vom Problem** (wann nicht getrunken? Wann ohne Angst Aufzug gefahren? Wann wertschätzender über sich gedacht? Was anders gedacht, gefühlt, getan?) können die Patienten wieder alternatives Denken, Fühlen und Handeln, auch interpersonell, sehen als vorhandene eigene Kompetenz.
4. Dadurch entsteht **Wahlfreiheit** zwischen verschiedenen Möglichkeiten, die die Patienten nun sehen können. **Was ich mir vorstellen kann, könnte ich auch tun. Was ich mir nicht vorstellen kann, eben nicht.** So kann ich mir Abstinenz als Nichthandeln nicht vorstellen, sondern das, was ich tat, als ich nicht trank: das kann ich dann wieder wählen als **Entscheidungswahl** (Was könnte Ihnen helfen, das wieder zu tun?).

GOG : Patient berichtet Schwierigkeiten



4 BEZIEHUNGSMUSTER:

- 1. Unverbindliche Beziehung** → **Keine Nachfrage nach Hilfe**
(Pat. sieht keine Schwierigkeiten oder kann sich Hilfe nicht vorstellen)
Kompliment: Alltagsbewältigung würdigen („Unterhaltung über den Zaun“)
Ziel: Erneute Kontakte durch höfliche Beziehung erleichtern
- 2. Suchende Beziehung** → **Nachfrage nach Hilfe, aber keine Bereitschaft zur Mitarbeit**
Typ 1: kann selbst **nichts** machen
Typ 2: kann selbst **nichts** machen, ein **anderer** soll **helfen**
Typ 3: kann selbst **nichts** machen, ein **anderer** muss sich **ändern**
Kompliment: Leiden und Nachfrage nach Hilfe würdigen („Wie haben Sie das geschafft, wie ausgehalten? Was hat Ihnen dabei geholfen?“)
Ziel: Zukunftsprojektionen als Allroundfrage, Beobachtungsaufgaben, Distanzierungstechniken
- 3. Consulting-Beziehung** → **Nachfrage nach Hilfe, Pat. kann eigene Ressourcen nicht nutzen, will nur Fachberatung („Sagen Sie mir, was ich tun soll!“)**
Kompliment: Nachfrage nach Hilfe bzw. Information würdigen („Gut, dass Sie gekommen sind!“)
Ziel: Infos geben, sehen, was Pat. damit macht, Tu- Aufgaben und Distanzierungstechniken
- 4. Experten-Beziehung** → **Nachfrage nach Hilfe, Pat. kann eigene Ressourcen nutzen, will selbst etwas tun**
Kompliment: Kompetenz zu wählen würdigen („Wie haben Sie das gemacht?“)
Ziel: Ausnahmen im Detail erfragen und wählbar machen, kompetenten Umgang mit Einschränkungen bestätigen, Distanzierungstechniken

Komplimente in der GOG

- bestätigen den **Stolz** und die **Lebensphilosophie** des Patienten (z.B. ungünstige Bedingungen aushalten zu können, nicht aufzugeben), verbessern sein **Selbstwertgefühl**
- verbessern die **Arbeitsbeziehung** durch narzisstische Zufuhr für Arzt und Patient, denn Empfänger, aber auch Sender von solchen Komplimenten fühlen sich besser
- helfen dem Arzt, rasch die eigenen **negativen Gegenübertragungen** zu dämpfen
- können **Überleitung** von der Patientenschilderung der Beschwerden/Probleme zu dem Erkunden von Gesünderem in der Vergangenheit sein: **wann** war es anders? **Woran** haben Sie das gemerkt? **Was** war anders? Was haben Sie da anders **gedacht, gefühlt, gemacht**, auch in Ihren **Beziehungen** zu anderen Menschen? Was hat die **Umgebung** bei Ihnen anderes gesehen? **Wie** haben Sie das geschafft (oder: gemacht)?!
- sollen auf die **4 Beziehungsmuster** („unverbindliche Beziehung“, „suchende Beziehung“, „Consulting-Beziehung“ und „Experten-Beziehung“) abgestimmt sein, von denen **der Patient eines oder mehrere im Gespräch herstellt. Diese Muster sind im Gespräch an der Art zu unterscheiden, wie nach Hilfe gefragt wird und können im Gespräch wechseln.**

Die 4 Beziehungsmuster sind nicht zu verwechseln mit Persönlichkeitstypen, sondern beschreiben die Art und Weise des Patienten, wie er Einschränkungen/Probleme, seinen Umgang damit und seine Nachfrage nach Hilfe im Moment handhabt – und der Arzt auf der gleichen Ebene agiert. Der Arzt kann so einschätzen, welche Beziehungsebene und welchen Auftrag der Patient signalisiert.

Beispiel:

eine junge Frau

- wird vom Jugendamt wegen Alkoholproblemen geschickt, die sie nicht sieht: **Einschränkung** durch die Vorschriften des Jugendamts; **unverbindliche Beziehung, da keine eigene Nachfrage nach Hilfe bezüglich der Alkoholproblematik – wurde geschickt;**
- und das Jugendamt macht Druck wegen der Gefährdung der Kinder: **Einschränkung wegen der Gesetze; Frage sinnvoll: Was könnten Sie tun, damit das Jugendamt zufrieden ist?** (Ist eine verkappte Akzeptanzfrage, - das ist eben so mit den Jugendamtsbestimmungen.)
- hat Erziehungsprobleme mit ihren Kindern und will dies bessern, immer wieder eine gute Mutter sein: **Problem** mit Ausnahmen, die mal besser, mal schlechter klappten; **Expertenbeziehung, da sie mehr von dem besseren Gelingen tun will;**
- und Eheschwierigkeiten, an denen sie nichts ändern könne, weil der Mann sich nicht ändere: **Einschränkung; suchende Beziehung Typ 3, da sie nichts ändern könne, - der Mann muss sich ändern;**
- und fragt um Rat wegen Schlafstörungen: da wechselnd ausgeprägt: **Problem; Consulting-beziehung: sagen Sie mir, was ich tun soll, um zu schlafen – dann tue ich das.**

Bei dieser Frau würde zu Beginn besonders ein Kompliment auf die **Expertenbeziehung** bezogen sinnvoll sein: „Wie schaffen/machen Sie das, trotz der vielen Schwierigkeiten mit Jugendamt, dem Ehemann und wohl auch anderen Menschen immer wieder zu versuchen, eine gute Mutter zu sein? Was hilft Ihnen dabei?“ Und dann die o.g. Frage: „Was könnten Sie tun, damit das Jugendamt zufrieden ist?“

Empfehlungen:

- **indirekte Komplimente sind besser als direkte Komplimente:** mit Interesse und Bewunderung die Aussagen **wörtlich** wiederholen und dann fragen: „Wie haben Sie das geschafft/gemacht?“ – dies erzeugt Selbstkomplimente des Patienten, – statt des direkten Kompliments: „Das haben Sie gut gemacht.“ Die **Selbstkomplimente des Patienten sind die wirkungsstärksten Komplimente!**

- **Angehörigenkomplimente** sind hilfreich: „Die Tochter liebt Sie trotz allem noch, da müssen Sie ja ein guter Vater sein/gewesen sein.“
- Wenn ein Alkoholiker **aufgehört hat zu trinken**: „Ich kenne einige Menschen, die reduziert haben, dann aber wieder mehr tranken. Sie haben aber ganz aufgehört! Wie schaffen Sie das? Was machen Sie anders?“
- **Im Kontakt sollten Sie immer permissiv vorgehen**: „Darf ich Ihnen eine Frage stellen (einen Vorschlag machen)?“ – „Ist es Ihnen recht, wenn ich Ihnen eine Frage stelle?“ – „Würden Sie mir zustimmen, wenn ich sage?“ Pat. sagt ja, hört dann zu, wird seltener in Gegenposition gehen.

Komplimente bei den 4 Beziehungsmustern:

1. **Unverbindliche Beziehung: Patient sieht keine Einschränkung/kein Problem, möchte deshalb nichts daran tun und fragt nicht nach Hilfe. Arzt und Patient sind frei darin, wie sie sich in der Beziehung engagieren, können unverbindlich bleiben.**

Cave: vermeide Konfrontation mit dem „Problem“, - oder „Motivation“ von außen und „Einsicht“ erzwingen!

Allgemeine Fragen nach der Arbeit, Kindern usw. mit Interesse und Komplimenten ermöglichen eine wertschätzende Beziehung: „Darf ich fragen, was Sie beruflich machen?“ Auch andere Schilderungen mit Nützlichem werden wiederholt und gelobt (gesunde Ernährung, Bewegung, soziale Aktionen).

Es soll also eine gute „Gastgeberbeziehung“ hergestellt werden, damit Patient ggf. leichter wiederkommt und dann vielleicht etwas deutlichere Vorstellungen entwickeln kann.

2. **Suchende Beziehung: Patient hat Schwierigkeiten, kann selbst nichts tun, ein anderer muss helfen oder ein anderer muss sich ändern. Patient sucht z.B. beim Arzt die Lösung, der Arzt will aber den Patienten zur Eigenverantwortung motivieren, beide suchen vergeblich beim anderen die Lösung. Dabei 3 Untertypen, s. unten.**

Der Patient bekommt ein **Kompliment**, das seine **Leistungen trotz der Beschwerden und die Fähigkeit zum Ertragen dieser Belastungen würdigt**: trotz der Depression aufgestanden, trotz der Angst in einen Laden gegangen, bei Alkohol mal weniger getrunken, die Eheprobleme lange ertragen - „Wie haben Sie das nur ausgehalten? Wie haben Sie das geschafft? Was hat Ihnen dabei geholfen?!“ . Es kann dann auch die Frage nach Ausnahmen versucht werden, sonst den **„Problemmix“**, also den Verlauf der Beschwerden detailliert erfragen mit dem Auf und Ab – und dabei kleine Ausnahmen entdecken.

3 Untertypen:

Typ I klagt überschwemmend, mit einer Fülle von Problemen/Einschränkungen:

Pacing, also das wörtliche rasche Wiederholen jeder Aussage des Patienten (wie ein Echo), bremst das Tempo des Patienten und macht zunehmend aus einem Monolog einen Dialog. - Weitere Möglichkeiten zur Strukturierung: „Sie haben so viele Probleme, das braucht sicher Zeit, braucht eine Therapie.“ – **Leiden würdigen.**

Typ II klagt, ich kann nicht anders, das Problem (z.B. der Alkohol) ist stärker als ich. Sie müssen helfen. – **Pacing, Leiden würdigen.**

Typ III klagt, ich kann nichts machen, andere sollen sich/die Situation ändern. – **Pacing, Leiden würdigen.**

3. **Consulting-Beziehung: Patient hat Probleme, hat sich auch schon helfen können, kann diese Erfahrungen aber noch nicht nutzen.**

Er bekommt eine Fachberatung, welche Techniken er anwenden könnte. Dann sieht man, ob er das tut. Wenn er eigene Tricks dazu erfindet und ausprobiert, bekommt er Komplimente.

4. **ExpertInnen-Beziehung** = PatientIn hat ein Problem und will selbst damit weiterkommen. PatientIn ist Experte/in für die bisherigen Ausnahmen, Arzt/Ärztin ist Experte/in, um diese Ausnahmen detailliert zu erfragen und so sichtbar zu machen.

PatientIn bekommt ein **Kompliment**, das seine/ihre Kraft bestätigt, Schwieriges auszuhalten, sich auf die schon gemachten Schritte zur Gesundung bezieht, auf die Bereitschaft, weitere Schritte zu tun und die Mühe auf sich zu nehmen, zu kämpfen, zu suchen, immer wieder Anläufe zu machen, sich auch um Hilfe zu bemühen und vor allem eigene Ressourcen zu nutzen: „Wie haben Sie das bisher **gemacht**, immer wieder weiterzumachen?! - Und womit fing das an?! – Und was hat Ihnen geholfen, damit zu beginnen?! – Und was hat Ihnen geholfen, das zu wählen?! – Und was könnte Ihnen helfen, das wieder zu wählen?!“ Durch detailliertes Nachfragen wird die Ressource wie ein Videofilm deutlich und dadurch als Verhaltensmuster (Gewohnheit) wählbar: **Die Lösungen liegen im Detail!**

Die **Mutter im o.g. Beispiel** könnte natürlich auch alle 4 Angaben zugleich im ersten Gespräch machen: dann **mit Kompliment für die Experten-Beziehung** (immer wieder zu versuchen, eine gute Mutter zu sein) **beginnen!** Und **Akzeptanz für die Einschränkung** anregen: „So ist das Jugendamt eben. Die haben ihre Bestimmungen. Darf ich Sie etwas fragen? - Was könnten Sie tun, damit das Jugendamt zufrieden ist?“

Wenn sie sehr auf die miserable Ehe fokussieren würde, würde **als Kompliment das Leiden gewürdigt**: „Ich sehe, Sie sind eine Frau, die eine große Kraft hat. Sie werden seit Jahren geschlagen von Ihrem Mann, sonst ist er eiskalt und lässt Sie mit allem allein. Dazu gehört eine große Kraft, über Jahre solche Schwierigkeiten auszuhalten und nicht einfach das Handtuch zu werfen. **Wie halten Sie das nur aus, was hilft Ihnen dabei?!“** - Viele Ärzte und Berater würden stattdessen rasch dazu neigen, in der Gegenübertragungsfalle der Empörung und der eigenen Wertmaßstäbe die sofortige Trennung zu fordern, ohne die **Ressourcen darin zu sehen und wichtige Gründe für das Verhalten anzunehmen.**

Ein anderes **Beispiel**: ein junger Mann kommt, weil seine Frau ihn zur Therapie schicke, damit die Ehe besser werde; er selbst sehe jedoch keine Probleme, komme aber, um die Ehe zu retten (**unverbindliche Beziehung: da keine eigene Nachfrage nach Hilfe**). *Welches Kompliment?*

Beim nächsten Besuch ist seine Frau zu einem anderen Mann verschwunden. Er leide sehr, wolle sie zurück haben, könne nichts machen, der Arzt solle ihm dabei helfen (**suchende Beziehung: da er Hilfe sucht, aber ein anderer etwas tun soll – Arzt, Frau, - er selbst könne nichts tun**). *Welches Kompliment?*

Beim 3. Mal sieht er seine Ehe als gescheitert an, will nun selbst wieder klar kommen mit aller Macht (**Expertenbeziehung: sucht Hilfe, um eigene Ressourcen zu nutzen**). *Welches Kompliment?*

Exkurs: Einschätzung der Beziehungsmuster über die Gegenübertragung

Die 4 **Beziehungsmuster** können manche Ärzte weniger an den Patientenangaben (also **inhaltlich**) erkennen, besser an ihren Gegenübertragungen (also **emotional**) und ihrem Gefühl für die Art des **Arbeitsauftrags**:

- **Experten-Beziehung: Patienten wollen selbst arbeiten und signalisieren Zusammenarbeit mit dem Arzt.**

Gefühl des Arztes: wir können gut zusammenarbeiten **und** Patient macht viel selbst.

- **Consulting-Beziehung: Arzt als Fachmann gefragt, rationale Auskunft reicht.**
- **Suchende Beziehung: Patient erteilt dem Arzt den Arbeitsauftrag, dass er arbeiten und sich den Kopf zerbrechen soll.** Gefühl des Arztes: da kommt viel auf mich zu, viel Erwartungsdruck und Kopfarbeit: was kann ich raten, wie kann ich helfen? Ärger, dass Patient

seinen Teil an den Problemen nicht sehen oder nicht mitarbeiten „will“. Alles soll ich alleine machen, die Last übernehmen.

Häufige Falle: depressive Patienten steuern durch Schuldgefühle; besonders depressiv strukturierte Ärzte müssen dann „bluten“ für die Patienten, auch wenn es nichts bringt.

- **Unverbindliche Beziehung: Patienten sehen kein Problem, keiner soll arbeiten.**

Gefühl des Arztes: Fühlt sich entwertet, da Patient keine „Beziehung“ will, keine Hilfe sucht, die fachliche Kompetenz des Arztes nicht abrufen will. Enttäuschungsaggression (dir mache ich deine Probleme klar!). Entwertung des Patienten (Ich werfe doch nicht meine Perlen vor die Säue! Typischer uneinsichtiger Alkoholiker!). Ärger über den Entsender des Patienten (Partner, Arbeitgeber, Behörden, Kollege, Klinik).

Frage nach den Ausnahmen von den Beschwerden, Problemen:

Sie erkunden bei Patienten in Expertenbeziehung und eventuell bei suchender Beziehung, ob es

- **Ausnahmen im gleichen Kontext, also in der gleichen Situation gab, wo sonst die Beschwerden häufig sind,**
- **und ob es andere Situationen gab, in denen die Beschwerden gewöhnlich nicht auftreten.**

Dabei erfragen Sie **im Detail**, was bei den **Ausnahmen konkret passierte, getan wurde: dies sind die kompetenten Gesundheitsszenarien, die schon passierten und die der Patient schon geschafft hat, also schon wählen könnte.**

Z. B. bei Alkoholproblemen wäre hier von entscheidender Bedeutung, im Detail zu erfragen, was jemand genau tat, als er z.B. 3 Tage, Wochen, Monate nicht trank und ob dies in dem gleichen Kontext passierte, wo er sonst meist trank (z.B. allein zu Haus) oder durch die Wahl anderer Kontexte, die gewöhnlich ohne Trinken abliefen.

Die Fragen lauten dabei:

- **Wann war die (gleiche oder andere) Situation, als es anders war (als Sie nicht tranken, sich gut fühlten, gesünder waren, die Beziehung besser klappte)?**
- **Was passierte alles in der Situation?**
- **Wie haben Sie sich anders gefühlt?**
- **Was haben Sie da anderes getan (gemacht), als Sie bei den Beschwerden tun?**
- **Wie haben Sie da anders gedacht?**
- **Woran hat Ihre Umgebung bei Ihnen gesehen, dass es anders war?**
- **Und wie sind sie anders mit der Umgebung umgegangen?**

Und dann erkunden, was der Schlüssel, der 1. Schritt, die Einleitung der Besserung war:

Wie haben Sie das geschafft, die Besserung zu erreichen? Was war der erste Schritt dahin? Was hat Ihnen dabei geholfen? Wie konnten Sie das wählen, statt .. (zu trinken)?

Und dann den Transfer in die Gegenwart erfragen:

Was könnte Ihnen jetzt helfen, das wieder zu wählen?

Wenn eine konkrete machbare Angabe erfolgt, was helfen könnte:

Wann wollen Sie das versuchen?

Jede Aussage sofort mit „ja“ bestätigen (besser nicht mit „hmm“) und Kopfnicken, besonders aber auch die Sätze/Worte wiederholen und weiterfragen. Sie bleiben dabei freundlich-suggestiv: vorbeugen, lächeln, langsam sprechen! Sonst erfolgt Rückfall des Patienten in die Beschwerdeschilderung (ja, aber..).

Falls die Wiederwahl der Ausnahmen möglich ist, reicht es, die Wahlfreiheit zu ermöglichen: Was hatte Ihnen damals geholfen, das zu wählen .. und was könnte Ihnen jetzt wieder helfen, das zu wählen?

Sonst müssen Sie Ziele erarbeiten: ohne Ziel gibt es keine Therapie! Paul Watzlawick

Zukunftsprojektionen: die Zielbestimmung in der GOG

In vielen Therapien wird nach Zielen gefragt. Die **Antworten sind oft problemorientiert**, das Problem/Symptom soll verschwinden: Ich will meine Angst, Depression, Schmerzen loswerden, auch meine Selbstunsicherheit ...

Der Blick ist also rückwärts gerichtet auf das, was weg soll.

Oder **abstrakte** Ziele: meine Ehe soll besser werden, ich will selbstsicher werden, ich will eine gute Mutter sein, - ohne dass konkrete Vorstellungen existieren, wie das dann aussehen würde.

Die GOG-Zukunftsprojektion erkundet: Wenn es mit besser gehen würde, würde ich ... Sie bezieht sich auf die Vorstellungen von den konkreten Ergebnissen in der Zukunft, also nach Erreichen des Zieles, die jetzt in der Gegenwart entwickelt werden!

In der GOG stellen Sie also Fragen, die die Imagination der Patienten anregen sollen zu der Vorstellung, was nach Erreichen des Zieles konkret anders wäre, also das Ergebnis:

„Wie würde Ihr Alltag anders aussehen, wenn die Probleme gelöst sind?“

„Wenn z.B. in 1 Jahr die Probleme gelöst sind und wir sehen zurück auf die Probleme – wie würde Ihr Leben aussehen, wenn Sie sich Zeit genommen hätten, um die Probleme zu lösen?“

„Wenn unsere Gespräche geholfen hätten, was wäre dann in 4 Wochen/einem halben Jahr anders? Wie sähe dann Ihr Alltag aus?“

Immer konkret bleiben, nicht abstrakt: z.B. bei der Aussage „ich bin dann glücklicher“ konkretisieren: „Was würden Sie dann anders tun, denken, fühlen, auch in Ihrem Körper, wenn Sie glücklicher sind; woran würden das andere bei Ihnen merken, wie würden Sie dann anders mit den anderen umgehen?“

Spezielle Techniken für Zukunftsprojektionen:

Im Kurzzeit-Therapie-Zentrum in Milwaukee hatten Steve de Shazer und Insoo Kim Berg anfangs die Zielfrage gestellt, woran die Klienten merken würden, dass die Probleme weg wären nach der Beratung, was dann anders wäre. Das klappte ganz gut, bis dann eine Frau sagte: „Ja, da müsste erst ein Wunder geschehen.“ - Daraus wurde die Wunderfrage entwickelt als gute Hilfe zur Imagination einer Zukunft mit Änderungen.

- **Wunderfrage** (langsam-suggestiv fragen): „Darf ich Ihnen eine ungewöhnliche Frage stellen? .. Für die Antwort brauchen Sie etwas Phantasie. - Stellen Sie sich vor, Sie schlafen heute nacht. – Und es geschieht ein Wunder, das alle Ihre Beschwerden und Probleme beseitigt! – Sie merken aber nichts davon, weil Sie ja schlafen! – Woran würden Sie morgens beim Erwachen merken, dass das Wunder geschehen ist?!“

Patienten stutzen dann oft, lächeln dann und beschreiben, was dann besser wäre; andere Patienten schildern, was dann nicht mehr da wäre an Beschwerden. Sie bleiben dann freundlich-suggestiv bei der Frage, was dann **anders** wäre! Woran die Umgebung merken würde, dass das Wunder geschehen ist, was die Patienten **anderes fühlen** würden, auch körperlich - und was sie dann **anders machen** würden, als sie jetzt tun. Und was sie anders denken würden, auch wie sie mit der Umgebung anders umgehen würden.

- Manchen Ärzten ist die Wunderfrage peinlich, deshalb eine **Kurzversion** für westliche Tatmenschen: „Woran würden Sie merken, dass alle Probleme und Beschwerden weg wären? Was wäre dann **anders**?“ – Weiterfragen wie bei der Wunderfrage.
- Weitere **Zukunftsprojektionen**: „Stellen Sie sich vor, dass in einem ¼, ½ oder 1 Jahr Ihre Beschwerden/Probleme weg sind; wie sähe dann 1 Tag bei Ihnen aus? Was würden Sie dann anders tun als jetzt?“

Und dann kam in Milwaukee eine Frau, die auf die Wunderfrage sagte: „Dann wäre mein Mann tot!“ Insoo fragte dann: „Wenn Ihr Mann tot wäre, was würden Sie dann anderes tun, als Sie jetzt tun?“ Die Frau antwortete, dass sie dann endlich ihre Kinder in Texas besuchen würde usw.. – Nach einiger Zeit kam die Frau wieder und berichtete, dass sie ihre Kinder in Texas besucht habe, es war schön. – Insoo, die es als Vollbluttherapeutin faustdick hinter den Ohren hatte, sagte “Oh, I’m so sorry..“ über den Tod des Mannes, der natürlich noch lebte.

Dies Beispiel ist deshalb wichtig, weil Therapeuten/Kliniken bei solchen Anliegen nicht selten eine Behandlung ablehnen, da der Patient nur an sich arbeiten könne und sie andere nicht ändern könnten.

Beispiel:

Ein Mann hält es mit der keifenden Ehefrau nicht mehr aus und will, dass sie sich ändert; es habe ja nichts mit ihm zu tun. **Also zeigt er ein Beziehungsmuster suchende Beziehung Typ III: meine Frau muss sich ändern!** Die Erkundung seiner konkreten Zukunftsprojektion nimmt ihn beim Wort: „Nehmen wir mal an, Ihre Frau hätte sich geändert. Wenn Ihre Frau nicht mehr keift, wie würde sie sich dann anders verhalten? - Und was würden Sie dann anders tun? – Und wie würde Ihr neues Verhalten auf Ihre Frau wirken, die sich ja verändert hat? – **Und wenn Sie das sogar jetzt schon tun würden**, obwohl sich Ihre Frau noch nicht verändert hat, wie würde das auf Ihre Frau wirken?“ **Es wird also in der Zukunft eine Kompetenz für die Gegenwart induziert.**

Eine Variante der Wunderfrage für Zweifelsfälle: Die Zukunftsprojektion als *Allround-Frage*, die offen lässt, ob Patienten Probleme oder Einschränkungen haben:

Wenn Sie als Therapeut mal Schwierigkeiten haben in der Unterscheidung **Probleme** (wo also Ausnahmen, „Lösungen“ vorhanden sind) und **Einschränkungen** (keine Lösungen denkbar), besonders bei chronischen Erkrankungen, lässt sich eine **Zukunftsprojektion formulieren, die weniger blockierend wirkt – die Allround-Frage:**

Luc Isebaert O-Ton:

„Sagen wir mal, in 6 Monaten oder in 1 Jahr oder in der Zeit, die Sie dafür brauchen, ist Ihr Leben so, dass Sie sagen, so kann ich weiter leben, so ist es mir recht, - wie würde Ihr Leben dann aussehen? Sie würden am Morgen erwachen, dann aufstehen und Sie sagen, oh je, wir haben ja am (z.B. 25.2.07) zusammen gegessen und da hatte ich diese Probleme, wir haben darüber geredet und jetzt muss ich sagen, jetzt bin ich soweit und ich kann sagen, so kann mein Leben weitergehen, - wie würde das anders aussehen als jetzt?“

Patient kann dabei selbst wählen, ob er Probleme mit Lösungen oder Einschränkungen mit Akzeptanz meint.

Sonst gilt ja die Faustregel: **im Zweifelsfall eine Einschränkung annehmen.** Dabei schiebt man den Patienten nicht, geht nicht schneller als der Patient, ist vorsichtiger.

Die **Wunderfrage bei Problemen** hat ja die Phantasie, was anders wäre, wenn die Probleme weg sind. Oder wenn die Ausnahmen wieder wählbar wären.

Die **Wunderfrage bei Einschränkungen** strebt an, Akzeptanz denken zu können: „Gesetzt den Fall, Sie würden das akzeptieren, wie es eben ist – Sie müssen es nicht akzeptieren, sondern Sie würden es nur denken, - was würden Sie anders denken, fühlen, tun und mit der Umgebung anders machen, wenn Sie es akzeptiert hätten?“

Der kompetente Umgang mit der Realität kann dann besser besprochen werden.

Nach der Zukunftsprojektion nun die Einstellung auf die Gegenwart

Die Zukunftsprojektion stellt auf die Zukunft ein, die Skalenfrage auf die Gegenwart.

GOG will etwas sehr Ungewöhnliches für unser Therapie-Denken erreichen:
Wir Behandler haben nur die Aufgabe, den Patienten zu ermöglichen, zwischen den Gesprächskontakten ihre eigene Therapie zu machen.

Dazu dienen neben der o.g. Klärung der konkreten Ziele, dem Einüben von Distanzierungstechniken und Achtsamkeitsübungen auch Hausaufgaben. Dies sind

- **neben der Stimulierung zur Wahl von günstigen Ausnahmen**
- **vorwiegend Beobachtungsaufgaben, die am häufigsten in Form der Skalenfrage vorgeschlagen werden.**

Tu-Aufträge lösen rasch Widerstände aus und werden nicht oder seltener umgesetzt, außer in Consulting-Beziehungen.

Die Einstellung auf die Gegenwart, besonders bei wiederholten Kontakten, ermöglicht die **Skalenfrage**. Da der Begriff Hausaufgabe Unlust auslöst, verwenden wir meist als Einstieg: „Darf ich Ihnen ein **Experiment** vorschlagen?“ Was immer bejaht wird.

„Ich möchte Sie bitten, dass Sie abends – oder jeden 2. Abend, wie Sie eben Zeit haben – zurückschauen auf den Tag, was sich getan hat mit Ihrem Zustand (mit Ihrer Zuversicht, Ihrer Beziehung, Ihren Symptomen ...) und dies dann auf einer Skala zwischen 0 und 10 einordnen.

0 ist der schlimmste Zustand, den sie in den letzten 6 Monaten hatten.

10 ist das, was Sie für die Zukunft als Veränderung beschrieben haben (oder als Folge des Wunders).

Wo stehen Sie im Moment zwischen 0 und 10?“

Pat. sagt z.B.: „bei 2.“ – Sie fragen weiter: „Was hat sich zwischen 0 und 2 schon angesammelt an Besserung, was steckt da alles drin, was noch, und noch etwas?“ Alle Antworten pacen, also bestätigend wiederholen.

„Gut, beim nächsten Mal würde mich sehr interessieren, was Sie auf der Skala entdeckt haben an Änderungen.“

Bei **chronisch Kranken geht es nur um das Sichern des Erreichten**: „Was könnte Ihnen helfen, 2 zu halten (oder: immer wieder auf 2 zu kommen)?“ Sie haben Angst vor großen Änderungen und kennen sich über die Wiederkehr der Symptome, mal besser, mal schlechter.

Bei schwer oder chronisch Kranken könnte man 10 auf der Skala so formulieren: „Bei 10 ist es erträglich.“

Den ersten Schritt bestimmen, - denn der 2. geht nicht vor dem 1. Schritt **Hausaufgaben**

Sie fragen im Anschluss an die o.g. Zielfragen:

„Was könnte der 1. Schritt in Richtung **Wunder** (oder „alle Beschwerden weg“) sein?“ oder „wieder nach 3 zu kommen auf der **Skala**“ sein, der Ihnen sagt, dass Sie in diese Richtung gehen?!“

Sie erhalten oft sehr originelle Erste-Schritt-Phantasien mit Handlungsanteilen, die Sie interessiert loben und dann dazu ermutigen, diese **Hausaufgabe** in Angriff zu nehmen, auch scheinbar banale „Mini“-Schrittchen sind nützlich: Dann atme ich erstmal dreimal durch und denke, die Beziehung war auch schön; ich lehne mich zurück als erstes; ich nehme Lakritz und trinke dazu Fencheltee, dann sehe ich alles anders; morgen früh gehe ich spazieren und rieche die Natur; ich hänge mich eine halbe Stunde vor die Glotze und surfe herum, dann kann ich mit den Kindern spielen ...; und Sie fragen: „Wann wollen Sie damit beginnen?“

Ein guter Beobachtungsauftrag ist auch, dass Patienten bis zum nächsten Mal beobachten sollen, was in der Zwischenzeit schon etwas besser war – und dass das beim nächsten Mal als erstes besprochen wird.

Noch einmal das o.g. Beispiel: eine junge Frau

- wird vom Jugendamt wegen Alkoholproblemen geschickt, die sie nicht sieht (**Einschränkung** durch die Vorschriften des Jugendamts; **unverbindliche Beziehung bezüglich des Alkohols**), nur Alltagskomplimente, keine Zukunftsprojektion, keine Hausaufgabe. – Akzeptanz der Jugendamts-Realität anregen, s.o.
- redet anfangs rasch und konfus drauf los (**Mischung aus Einschränkungen und Problemen, suchende Beziehung Typ I**): **Pacing sinnvoll. Beobachtungsauftrag:** Pat. soll zu Hause aufschreiben, was sie behalten will, was so weiter gehen soll, was nicht verändert werden soll, so bleiben darf – zu Hause, im Beruf, als Mutter ...? – Diese Pat. schreiben meist wenig, oft banal; Ergebnis ist jedoch, dass sie dann viel klarer äußern können, was sie ändern wollen. Eventuell Fragen nach Ausnahmen versuchen, auch bei Verlaufsbefragung als „Problemmix“.
- leidet unter ihrem aggressiven Umgang mit den Kindern, hat Erziehungsprobleme mit ihren Kindern und will dies bessern, immer wieder eine gute Mutter sein, was ihr auch gelegentlich gelungen ist aus ihrer Sicht (**Problem** mit Ausnahmen; **Expertenbeziehung**) Die **therapeutische Aufgabe** ist dann die Erarbeitung der Details der Ausnahmen, um sie wählbar zu machen.

Die „Lösungen“ liegen in den Details der Ausnahmen, die besser funktionierten! Dadurch Wahlmöglichkeiten eröffnen!

- und Eheschwierigkeiten, an denen sie nichts ändern könne, weil der Mann sich nicht ändere (falls keine Ausnahmen im Eheverlauf: **Einschränkung; suchende Beziehung Typ 3**): Zukunftsprojektion machen, was sie anders täte, wenn der Mann sich verändert hätte, so wie sie es wünscht; wie dann ihr geändertes Verhalten auf ihn wirken würde, der sich ja schon verändert hat, - und wie das sogar jetzt schon wirken würde, obwohl er sich noch nicht verändert hat. – Auch als Beobachtungsauftrag getarnter Tu-Auftrag möglich: Dass sie beim Mittagessen 10 Minuten nur beobachtet, was Gutes an ihm ist (dabei verhält sie sich natürlich anders und beobachtet eigentlich die Wirkung ihres Verhaltens bei ihm).
- und fragt um Rat wegen Schlafstörungen (da wechselnd ausgeprägt: **Problem; Consulting-beziehung**): Die **therapeutische Aufgabe** besteht darin, fachlichen Rat zu geben, z.B. Hausmittel, Entspannungsverfahren, und zu sehen, ob eigene Ressourcen geweckt werden,

dann Komplimente machen. Die Problemlösung soll also nur „über die Schwelle“ gebracht werden, damit eigene Techniken entstehen können. Durch die fachlichen Ratschläge kommt sie vielleicht auch auf eigene Lösungen, wie sie früher Schlaf förderte oder sich jetzt helfen kann.

Übrigens: Menschen handeln eher nach konkreten Vorstellungen, nicht nach Informationen, Einsichten oder der Kenntnis der Ursachen von Problemen (s. rauchende Ärzte).

Konzept festigen: Sie können zusätzlich sagen, dass es natürlich **schwere Arbeit** ist, den Schritt zu machen – und dass es **mit Sicherheit Rückfälle** geben wird, das ist normal - und dass Sie **beim nächsten Mal als erstes fragen werden, was inzwischen schon besser war!**

Achtung: Besonderheiten bei chronischen Patienten

Chronische Patienten werden hier definiert als Menschen, die keine alternativen Gewohnheiten für die jetzige Situation von früher her kennen, die also z.B. nie als Erwachsene allein gesund gelebt haben: **polytoxikoman seit Jugend, Psychose seit dem Jugendalter oder langjährige chronische Angststörung, chronische Depression, chronische Schmerzen (Ausnahmen liegen weit zurück).**

1. Chronische Patienten haben **Angst vor rascher Heilung als fremder Veränderung**, da sie in ein unbekanntes fremdes Leben geraten würden, das sie nicht kennen und können. Sie erkennen sich immer wieder an den vertrauten Symptomen.

Sie haben also eher **zirkuläre Zeitvorstellungen** (alles kehrt wieder, die Jahreszeiten, Tag und Nacht – und die Beschwerden!) statt linearer Zeitvorstellungen (alles geht vorwärts, wird besser).

Es geht bei ihnen deshalb therapeutisch nicht um Fortschritt und Veränderung, sondern um die Erhaltung und Sicherung des Erreichten! Dies ist z.B. mit der Skalenfrage möglich: was bei einem vom Patienten angegebenen Wert von 3 zwischen 0 und 3 schon funktioniert, schon darin enthalten ist. Und: was helfen könnte, immer wieder auf 3 zu kommen. Bei Rückfall dann also nur die Möglichkeiten einer Rückkehr nach 3 erarbeiten. **Dadurch Wahlfreiheit zeigen.**

2. Sie haben **keine stabilen Ich-Grenzen zur Umwelt**, sie kippen deshalb zwischen engen Beziehungen (Fusion, enge Versorgung durch Symbiose, Betreuung) und Verlorensein in der Distanz; und sie **beobachten die Umgebung, lernen aber nur durch Beobachtung**, nicht durch gleichzeitiges Wahrnehmen eigener Gefühle (**fehlende emotionale Klugheit**).

Die Fusionspartner müssen deshalb einbezogen werden und mit Beobachtungsaufgaben in ihrer emotional kompetenteren Symbiose-Funktion unterstützt werden: „Bitte beobachten Sie, was schon etwas besser ist, weil Sie dies am besten beurteilen können und wir darauf angewiesen sind in der Therapie. Ohne Sie kämen wir nicht weiter.“

Fusionspartner geraten dabei in eine doppelte Distanz: man braucht (räumlichen) Abstand, um etwas beobachten zu können, und man muss überlegen, ob das Beobachtete besser ist (reflexive Distanz).

Die **chronischen Patienten** können gefragt werden, was **bleiben darf an Gutem und an Beschwerden** und was sie loswerden wollen an Beschwerden – und was dann anders wäre.

Wenn sich **Menschen keine Zukunftsprojektionen vorstellen können, insbesondere schwer chronisch Kranke, und auch keine Vorstellung von ihrer „existentiellen Wahl“**, also von ihren gewünschten Rollen im Leben haben, müssen **aus der Gegenwart im Detail die Gewohnheiten gesammelt** werden, mit denen die Menschen **zufrieden sind: diese entsprechen am ehesten der gewünschten Rollenvorstellung von sich.**

- **Testfrage zur existenziellen Wahl:** Wenn Sie eines Tages sterben, was wünschen Sie sich, wie Ihre Angehörigen, Bekannten dann über Sie denken und reden sollten, woran sie sich erinnern sollten? (Dabei werden indirekt die „existentiellen Wahlen“ beschrieben.)

Wer gegen seine existenziellen Wahlen handelt (wie er sein möchte), ist krank.

- **Wer solche Rollentwürfe nicht berichten kann, benötigt neue Gewohnheiten.** Bis dahin neigt er zu verschwommenen unrealistischen Luftschlössern (heile Familie mit Häuschen...), die als Zukunftsprojektion nicht brauchbar sind und wegen des fehlenden Realitätsgehalts erste Schritte nicht vorstellbar machen. – Oder Patienten können nichts beschreiben, z.B. schwer Depressive, die keine Zukunft sehen (fehlende Weitsicht), sondern nur vor die Füße ins schwarze Loch schauen (Kurzsicht).

Neue Gewohnheiten erarbeiten:

in einem Tagebuch abends Antworten aufschreiben lassen zu: „**3 Fragen zum glücklichen Leben**“, um **Zukunftsprojektionen aus der Gegenwart** zu sammeln! S. nächste Seite!

Dies wird gesammelt, immer wieder besprochen und **ermöglicht nach einiger Zeit (ca. 4 Wochen) eine Zukunftsprojektion**: „Woran würden Sie in einem halben Jahr merken, dass die Behandlung genutzt hat, wie sähe dann Ihr Alltag aus?“ Hierbei sind die Beobachtungen aus dem Tagebuch entscheidend wichtig als neue (alte einfache) Gewohnheit, die der Patient akzeptieren kann:

Womit ich zufrieden bin, ist etwas, was meiner eigenen Rolle entspricht, wie ich sein will.

Es entspricht also meiner „existentiellen Wahl“, meiner Moral.

Krankheit ist, wenn ich etwas tue gegen meine existentielle Wahl, wie ich sein will.

Es gibt kaum eine existentielle Wahl, die unterstützt, dass ich möglichst viel Alkohol trinken will, rauchen will, möglichst schwer depressiv sein möchte oder viel Angst haben will.

Anmerkung:

Es geschieht häufig in der Psychiatrie, auch als **Gegenübertragungsfalle**, dass wir rasch symbiotische **Beziehungen trennen wollen, um dadurch Autonomie zu fördern.**

Bei chronisch Kranken ist dies meist ungünstig, da diese sich nur langsam entwickeln können, dann am günstigsten oft in andere Symbiosen hinein (Wohnheime, Wohngruppen).

Gerade bei schwer Kranken wird häufig eine Reha-Planung durchgezogen, die am Ende vorsieht, dass der Patient allein lebt. Dort scheitern sie oft.

Übrigens haben die engagierten Teammitglieder für sich meist nicht das Ziel, endlich allein zu leben. Obwohl viele Behandler/Berater das Alleinleben für sich selbst nicht wollen, finden sie es für Patienten gut, auch wenn diese das bisher nicht geschafft haben.

Auch die Kostenträger sehen oft eine solche Stufung vor: Klinik, Tagesklinik, Reha, Übergangsheim, Wohngruppe, dann allein klarkommen. Meist sind diese Schritte zeitlich befristet in der Kostenregelung.

Für absaufende Therapeuten am einfachsten, die Symptomsequenz genau erfragen: „Können Sie mir noch einmal genau beschreiben, wie Ihre Beschwerden ablaufen. Wie fängt das an .. und dann .. und dann....? – Und direkt davor ..?“ Die Ausnahmen ergeben sich aus dem Auf und Ab.

Seien Sie permissiv im Umgang: „Darf ich Sie etwas fragen, darf ich einen Vorschlag machen?“

GOG-Protokoll

BeraterIn:

Datum:

Name:	geb.: Geschlecht m/w
<p>Menschen-Klagen: <i>Problem oder Einschränkung?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • welche Symptome, Beschwerden? • in welchem Kontext häufig da? • in welchem Kontext nie da? • wie habe ich die Klagen bestätigt? • Chronische Störung? • Was ist noch zu untersuchen? • Weitere Diagnosen? 	
<p>Gegenübertragungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • meine Gefühle, Gedanken, Körperempfindungen? • Wie habe ich sie ausgedrückt? • welche diagnostischen Vermutungen? • Menschen-Kapazität? (Notfall?) • was macht Mensch mit mir? (Beziehungsfigur) 	z.B. traurig, ängstlich, ärgerlich, unheimlich, Scham, Druck auf der Brust, Lähmung
<p>Beziehungsmuster GOG und warum? ExpertIn, Consulting, Suchend, Unverbindlich,</p>	per Angaben oder Gegenübertragung? E, C, S, U
<p>Kompliment? Je nach Beziehungsmuster!</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie lautete mein Kompliment? (Direkt, indirekt?) • wie auf Menschen gewirkt? • Mensch hat welche Lebensphilosophie? • woran bei mir Entlastung gespürt? Wie habe ich mich entlastet (Kompliment, Ausdrücken der eigenen Gegenübertr.)? 	
<p>Bei <u>Einschränkungen</u> Akzeptanz anstreben: gesetzt den Fall, Sie würden akzeptieren, dass das eben so ist. Wie würden Sie dann anders darüber denken, anders handeln, fühlen, kommunizieren?</p>	Ja eben, so ist das.- Bei Tod: was haben Sie Schönes verloren? Bei Behörden: was könnten Sie tun, damit das Jugendamt zufrieden ist?
<p>Bei <u>Problemen</u>: Fragen nach Besserungen bzw. Ausnahmen vom <u>Problem</u> in Expertenbeziehung; bei suchender Beziehung evtl. Symptomablauf mit den Unterschieden erfragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausnahmen in dem Kontext, wo häufig Symptome auftreten 2. Ausnahmen in anderen Kontexten <ul style="list-style-type: none"> • wann war es anders, gesünder, fitter? • woran gemerkt? (Körper, Gedanken, Gefühle, Sinne, Handeln: was machte Mensch anderes, wie waren die Kontakte anders?) • woran sah die Umgebung dies beim Mensch? • wie hat Mensch Gesünderes geschafft? Was war der erste Schritt dahin? Was hat geholfen? 	
<p>Bei Experten- und suchender Bez.: Zukunftsprojektionen erfragen (z.B. Wunderfrage)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • welche Zielfrage gestellt? • was damit bewirkt? 	(z.B. wenn Beratung geholfen hat, wie sähe dann Ihr Alltag anders aus? – Wieviel Prozent der Beschwerden dürften bleiben?)
<p>Erster Schritt in Richtung Ziel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie hat ihn Mensch beschrieben? • welche Hausaufgabe formuliert? Skalenfrage (Beobachtungs-, seltener Tu-Auftrag formulieren) bei chronischen Störungen Sicherung des Erreichten! 	(mit konkretem Handlungsschritt!)
<p>Rückfallvorhersage? „ist natürlich schwere Arbeit und es wird Rückfälle geben“</p>	
<p>Hinweise zum nächsten Mal? „Mich interessiert, was Sie auf der Skala beobachten werden. Was meinen Sie, wann Sie wiederkommen wollen?“</p>	Termin sollte Mensch selbst wählen

Fortsetzungsinterventionen GOG bei weiteren Kontakten

- Sie haben im **Erstkontakt** die o.g. **Komplimente** GOG gemacht,
- durch eine **Zielfrage** die Vorstellung des Gesünderen ermöglicht und
- eine machbare **Hausaufgabe** als **ersten Schritt** erarbeitet,
- zuletzt auch die **Rückfallvorhersage** gemacht und
- eventuell auch den Hinweis gegeben, dass der erste Schritt natürlich **schwere Arbeit** ist.
- Und Sie kündigen an, dass Sie **beim nächsten Mal als erstes fragen werden, was in der Zwischenzeit „schon besser war“**.

Nun kommt der Patient wieder und um den Blick sofort auf das Gesundere zu richten, fragen Sie: „Darf ich fragen, was Sie auf der Skala beobachtet haben?“ „Was war seit dem letzten Mal schon besser?“, „Woran konnten Sie das merken?“, „Wie hat sich das ausgewirkt, woran merkte das Ihre Umgebung?“, „Wie haben Sie das geschafft, was hat Ihnen dabei geholfen?“

Bei **Suchenden Beziehungen** besser: „Was haben Sie seit dem letzten Mal Gutes getan?“

Bei **Klagen sollten Sie die einzelnen Tage daraufhin durchgehen**, wann es anders = besser war. Sie können auch fragen, welches **der beste Tag der letzten Woche** war. Und dann wieder die o.g. Fragen.

Wenn alles „immer gleich schlecht war“, können Sie fragen, an **welchem Tag es am schlimmsten** war (**worst case Frage**): davor und danach war es also besser.

Bei der Schilderung von Beschwerden i.S. von **Rückfällen** fragen: „Konnten Sie etwas lernen aus dem Rückfall?“ „Gab es eine günstige Konsequenz aus dem Rückfall?“ „Hat sich durch den Rückfall in der Umgebung etwas Positives getan, was Sie bisher nicht beachtet hatten?“ „Was hat Ihnen geholfen, trotz des Rückfalls nicht aufzugeben, sondern weiterzukämpfen (weiterzumachen, die Kurve zu kriegen)?“ „Wie haben Sie den Rückfall beendet?“

Bei der Schilderung von **Tagesproblemen** fragen „Wie haben Sie die bewältigt, was hat Ihnen dabei geholfen?“

Einzelheiten der Verbesserungen genau erfragen: „Wann war das?“ „Was geschah vorher und was danach?“ „Wer hat die Verbesserung noch bemerkt? Wer hat noch darauf reagiert? Hat jemand davon gesprochen?“

Dann weiter: „Was hat dabei geholfen? Welche Möglichkeiten konnten Sie nutzen?“

Und zum **ersten Schritt:** „Wie haben Sie es geschafft, soweit zu kommen und diesen Schritt zu tun? Woher wussten Sie, dass Sie gerade in diesem Moment das Richtige taten (den Schritt tun wollten, konnten)?“

Keine Warum-Fragen, nur: Wann war es besser? Was haben Sie gemacht? Wie haben Sie das geschafft? Wie hat sich das ausgewirkt, auch auf andere?

Verstärken der Verbesserungen:

- **Averbal:** vorbeugen, Augenbrauen bedeutungsvoll heben, Notiz machen, die Hände heben
- **Verbal:** „Sagen Sie das bitte nochmal! Sie haben was gemacht?!“ Komplimente Immer nur die Worte des Patienten wiederholen, nicht in eigene Worte „übersetzen“! Oder pacing mit Kopfnicken und ja, jaja..
- Komplimente im Beziehungskontext: „Wie haben Sie das gemacht, dass Ihre Frau so positiv reagieren konnte?!“

Im Praxisalltag – und bei Klinikvisiten - wird wohl häufig die **Skalenfrage** benutzt werden können, um die Zielvorstellungen in die Gegenwart zu bringen und den ersten Schritt für weitere Verbesserungen zu erarbeiten; dieser wird dann die nächste Hausaufgabe.

„AlkoholikerInnen“ haben die Wahl

Eine Alternative zum üblichen Kampf gegen die „Sucht“:

die (lösungs-)gesundheits-orientierte kognitive Gesprächsführung **GOG** (Brügger Modell)

Dr.med. Luc Isebaert & Dr.med. Hans-Christoph Schimansky & Prof. Dr.med. Ulrich Schwantes

Dr. med. Luc Isebaert, e-mail: luc.isebaert@yahoo.com

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, emer. Abteilungsleiter des Dep. für Psychiatrie, Psychosomatik A.Z. Sint Jan van het OCMV Hospitals, Brügge
Präsident der „Brügger Gruppe“ und Leiter des Ausbilder-Teams des Korzybski-Instituts in Belgien, Frankreich und Holland (4-jährige Ausbildung in Lösungsorientierter Psychotherapie)
Gründungsmitglied und ehemaliger Präsident der EBTA (European Brief Therapy Association), Gründungsmitglied der EFTA (European Family Therapy Association), Mitglied der Königlichen Gesellschaft für Psychiatrie Belgien

Dr. med. Hans-Christoph Schimansky, e-mail: hanschristoph.schimansky@googlemail.com

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
niedergelassen in eigener Praxis in D-58239 Schwerte, GOG-Ausbilder
Theorie-Vermittler und Supervisor für tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Paar- und Familienpsychotherapie, Balintgruppenleiter, Selbsterfahrungsgruppenleiter, Psychosomatische Grundversorgung

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, e-mail: ulrich.schwantes@charite.de

Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Charité, Berlin;
Einbettung von GOG in Studium, Klinik und Praxis

Im Brügger Modell gibt der Therapeut sich nicht den Auftrag, die Patienten zu ändern, sondern ihnen dabei zu helfen, einen Kontext zu erzeugen, in dem sie wählen können, sich zu ändern, d.h. genauer: andere Gewohnheiten wählen zu können. Das **therapeutische Ziel ist, die Wahlfreiheit des Patienten zwischen verschiedenen Gewohnheiten herzustellen.**

Oft stecken unsere Patienten in einer Lage, in der sie nicht mehr wählen können. Es gelingt ihnen nicht mehr, ihre Erlebnisse und ihr Verhalten so zu gestalten, dass sie zufrieden sind. Oder, vielleicht noch schlimmer, die Befriedigung, die sie auf einer Ebene - beim Trinken - erlangen, wird zunichte gemacht durch ein größeres Leiden auf einer anderen Ebene. Aus dieser Perspektive ist ein Symptom dann ein Erleben und ein Verhalten, welches vom Patienten produziert wird, ob er es will oder nicht. Das Symptom ist von einem Leiden geprägt.

Die Gewohnheiten, mit denen wir einverstanden sind, haben wir gewählt, um nicht mehr wählen zu müssen. **Symptomatische Gewohnheiten - wie zuviel trinken -** führen wir nicht nur durch, ohne dass wir das Gefühl haben, sie zu wählen, sondern **in der Überzeugung, dass wir gar nicht wählen können, sie nicht zu wählen.**

Was nun? Was rechtfertigt erstens unsere Überzeugung, dass wir uns darauf beschränken müssen, den Menschen wieder zu ihrer Wahlfreiheit zu verhelfen. Und was rechtfertigt zweitens unsere Überzeugung, dass sie in der Folge eher wählen werden, ihre Symptome zu beherrschen oder verschwinden zu lassen? Nichts, außer unserer Erfahrung, dass eben dies in der übergroßen Mehrzahl der Fälle geschieht. Aber diese Erfahrung zeigt auch, dass es nicht immer genügt, Alternativen zu einem festgefahrenen Verhalten zu zeigen. Es gibt verschiedene Wege.

Deshalb möchten wir in diesem Buch deutlich machen, wie aus der „**semantischen Wahl oder Bedeutungswahl**“ (z.B. „**ich bin ein unheilbarer Alkoholiker**“) andere Sichtweisen entstehen können, nämlich die **Wahlfreiheit**, die Grundlage für die Entscheidung ist, wie Menschen dann **handeln** als „**pragmatische Wahl oder Entscheidungswahl**“ einer anderen Gewohnheit.

Wieviel Alkohol ist zu viel?

Was ist dann „zu viel trinken“? Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen: es gibt eine „Grenze“, die man besser nicht überschreiten sollte. Jeder Erwachsene kann eine bestimmte Menge Alkohol vertragen, der eine mehr, der andere weniger. Aber es gibt Mengen, die für jeden „zu viel“ sind.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat folgende Norm festgelegt:

Männer dürfen nicht mehr als 21 Gläser Alkohol pro Woche trinken,

Frauen dürfen nicht mehr als 14 Gläser Alkohol pro Woche trinken.

Mehr Alkohol schadet der Gesundheit.

Leider sind die festen Gläsergrößen, zumindest in Deutschland, aus der Mode gekommen, s.u.

Anders ausgedrückt (von der WHO):

Ein Mann kann durchschnittlich 3 (bis 5) Einheiten Alkohol pro Tag trinken, ohne dass das wirklich „zu viel“ genannt werden kann.

Eine Frau sollte 2 Einheiten pro Tag nicht überschreiten.

Mit **Einheiten** meinen wir „normale“ Gläser, die zu einem bestimmten Getränk passen. Ein Glas Bier oder ein Glas Wein oder die Menge an Whisky oder Gin, die für gewöhnlich in Kneipen ausgeschenkt wird. **Nun sind die Gläservarianten unübersichtlich geworden!**

Also musst Du rechnen mit einer festen Größe: **Was ist eine Einheit Alkohol? – 10 g Alkohol**

Man kann natürlich Schnaps aus einem Bierglas trinken, aber ein Glas Whisky ist doch meistens kleiner als ein Glas Wein, das wiederum kleiner ist als ein Glas Bier.

Eine Einheit eines alkoholhaltigen Getränks, z.B. Wein, mit 12 Volumenprozent enthält

10 g Alkohol pro 100 ml als Gewichtsprozent (da Alkohol leichter ist als Wasser, wird so umgerechnet). Die Weinflasche mit 0,7 Liter, also 700 ml, enthält also 70 g Alkohol, das sind 7 Einheiten. Ein Weinglas mit 100 ml, ein Siebtel von einer Flasche, das ist also 1 Einheit.

Ein Weinglas von 150 ml enthält schon 1,5 Einheiten, also 15 g Alkohol.

In einem Glas mit einem Viertelliter Bier (250 ml) sind 10,4 g Alkohol enthalten, also 1 Einheit (Bier enthält ungefähr 5 % = Volumenprozent Alkohol).

Berechnungsformel (in Klammern Beispiel):

Volumenprozent (4,8) x Volumen des Glases Bier (50 ml) : 100 = (2,4) ml Alkohol, geteilt durch 12 = (0,2) Einheiten Alkohol, also 2 g Alkohol

vereinfacht: Volumenprozent x Volumen : 1200 = Anzahl der Einheiten

Dies ist eine Liste alkoholischer Getränke(frühere Standardgläser) mit ihrem Alkoholgehalt:

Getränk	Vol.% Alkohol	Übliche Handelsgröße	Gramm Alkohol	Typische Glaseinheit	Gramm Alkohol	1 Einheit = 10 g Alkohol
Pils	4,8	0,5 L Fl., Dose	20	0,2 Liter	8	0,8
Alt	4,8	0,5 L Fl., Dose	20	0,2 Liter	8	0,8
Leichtbier	2,8	0,5 L Flasche	11	0,2 Liter	4,6	0,46
Weizenbier	5,4	0,5 L Flasche	22,5	0,5 Liter	22,5	2,25
Weißwein	10	0,7 L Flasche	58	0,15 Liter	12,5	1,25
Rotwein	13	0,7 L Flasche	76	0,15 Liter	16	1,6
Doppelwacholder	32	0,7 L Flasche	186	0,02 Liter	5,3	0,53
Obstbranntwein	43	0,7 L Flasche	250	0,02 Liter	7,2	0,72

Was ist denn eigentlich „zu viel“?

Am besten stellst du die Frage anders: **Trinke ich mehr, als gut ist für mich?**

Wenn du das genau betrachtest und berechnest mit der obigen Tabelle und dann mit „Ja“ beantwortest, musst du etwas an deinem Alkoholkonsum tun.

An sich ist es nicht schwer zu erkennen, dass zu viel Trinken schlecht für deine Gesundheit ist.

Du fühlst es in deinem Kopf, deinem Magen, dir ist manchmal schlecht, du hast einen üblen Geschmack im Mund. Du merkst, dass deine Hände zittern und du dich schlecht konzentrieren kannst, weil du schon tagsüber oder morgens trinkst, um deinen Kater zu vertreiben. Du vergisst vieles, du arbeitest schlechter. Du kennst das alles.

Jeder trinkt schon mal einen zu viel, auf einer Party, in einer Kneipe. Es gibt nur dann ein Problem, wenn es öfter passiert.

Wie viel zu viel ist, hängt auch von den Umständen ab: 3 Gläser sind zu viel, wenn du Auto fahren musst, aber möglicherweise nicht, wenn du z.B. mit Freunden essen gehst.

Zu viel kann zu viel sein:

- für den Körper
- für die Kontrolle über die Gefühle und Gefühlsäußerungen
- für das intellektuelle Funktionieren
- für die Reaktionsgeschwindigkeit
- für die feinen Bewegungen
- für das gute Verhältnis zu den Angehörigen, den Kollegen, den Vorgesetzten

Es gibt (wenige) **Männer**, die 4 bis 5 Einheiten Alkohol pro Tag trinken können ohne kurz- oder langfristige Folgen. Für einige sind jedoch schon 3 Einheiten pro Tag auf die Dauer zu viel.

Für **Frauen** gilt eine andere Regel - wir werden sehen, warum. Sie können nur zwei Drittel dieser Mengen trinken.

Ein Problem gibt es dann, wenn du nur schwer aufhören kannst.

Wir wollen dir Beispiele geben und dabei Schwierigkeiten und Lösungen aufzeigen. Wir wollen vor allem zeigen, dass jeder wählen kann, dass jeder Lösungen finden kann.

Besser noch: wir wollen zeigen, dass jeder die Lösungen schon ganz oder zum Teil selbst gefunden hat!

Und die Promille? – Viele wissen es nicht!

Mit 1 Einheit kommt eine Frau in 1 Stunde auf 0,3 Promille, ein Mann auf 0,2 Promille!

Mit 3 Glas Bier, Pils (Mann 4) oder

1 Flasche/Dose Bier (Mann 2) kannst du 0,5 promille überschreiten.

Auch mit 2 Gläsern Weißwein (Mann 3) oder 1-2 Gläsern Rotwein (Mann 2).

1 Glas Weizenbier (Mann über 1) liegt über 0,5 promille.

Cognac und Whisky liegen bei 40 %, du kannst nun selbst rechnen.

Der Körper baut im Durchschnitt 0,1 Promille/Stunde ab, bei Leberschäden weniger.

Das Brügger Modell konkret

So entstand also das Brügger Modell, s. auch: www.korzybski.com, die website des Ausbildungsinstituts des Brügger Modells, und www.korzybski-international.com www.gog-institut.eu, die website der Ausbildung in Schwerte (Dr. med. Hans-Christoph Schimansky; in Berlin: Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Charité)

Lehrbuch von Luc Isebaert, Schimansky u.a., „Kurzeittherapie – ein praktisches Handbuch“, 2004/5, Thieme-Verlag, 2. Auflage 2009. - Darin wurde der Begriff „lösungsorientiert“ (manche sagen auch „lösungsfokussiert“) geändert in „**gesundheitsorientiert**“, weil in der deutschen Sprache die Lösungen untrennbar mit der Vorstellung verbunden sind, Probleme zu lösen. Gemeint ist jedoch, in die Richtung zu schauen, wo **Ausnahmen** von den Problemen vorkamen und wie diese wieder „gewählt“ werden können. – Oder auch: wie Belastungen als **Einschränkungen** akzeptiert werden könnten.

Erprobt ist das Brügger Modell nicht nur bei „Alkoholikern“, sondern bei vielen Menschen mit

- **Problemen:** definiert durch Zeiten der Ausnahmen, die wieder gewählt werden könnten und
- **Einschränkungen:** wie Tod eines Partners, Diabetes usw., wo im Verlauf keine Ausnahmen denkbar sind. Dabei ist das Ziel: Akzeptanz denken zu können, dadurch innerlich frei zu werden und dann kompetent mit der Einschränkung umgehen zu können.

In diesem Buch geht es jedoch nur um Menschen mit Alkoholproblemen.

Das gesundheits-orientierte kognitive Brügger Modell hat bei Menschen mit Alkoholproblemen 3 Annahmen, die einfach klingen, aber weitreichende Folgen für dich haben:

1. Menschen können wählen

- zwischen verschiedenen **Gewohnheiten**, wobei sie nur **für** eine Gewohnheit, **nicht gegen** eine Gewohnheit wählen können: **Ich kann nur etwas tun, was ich mir vorstellen kann. Ich kann mir nicht vorstellen, wie ich etwas nicht tue!** Abstinenz ist deshalb in diesem Konzept ein Nicht-Handeln, das man sich also als Handeln nicht vorstellen kann (wie ich nicht trinke) und deshalb so nicht wählen kann als Gewohnheit.
- zwischen verschiedenen **Zielen, aber immer nur mit den Folgen**, also den **Ergebnissen einer Wahl: Wahl bedeutet immer, auch die Konsequenzen wählen!** Wenn bei Suchtdruck nur das Nahziel „Trinken“ da ist, ist es nützlich, diese Folgen für den Betroffenen detailliert zu beschreiben: was der Alkohol im Körper genau macht. So kann der Mensch eine „informierte“ Wahl treffen. – Motivieren kann er nur sich selbst! **Menschen wollen besser zurecht kommen und sind auch motiviert dazu.**

Die Therapeuten müssen neutral bleiben bei der Wahlfreiheit.

- #### 2. Menschen mit Alkoholproblemen haben immer schon „Ausnahmen“ gemacht, in denen sie nicht oder weniger getrunken haben: Dies zeigt **die schon vorhandene Erfahrung mit Kontrolle über den Suchtdruck als eine wählbare Gewohnheit.**

3. Rückfallmanagement:

- Aus der **Vergangenheit:** was hast du in Rückfällen schon gemacht, was dir nützte, wie hast du Rückfälle unterschiedlich beendet?
- Für die **Zukunft:** wie könntest du das und anderes in welcher Weise bei künftigen Rückfällen nutzen?

Das hört sich interessant an, widerspricht aber der verbreiteten Auffassung, dass man lebenslanglich gegen die „Sucht“ kämpfen muss, auch wenn man nicht trinkt, und dass jederzeit der Rückfall als Katastrophe droht.

Im Brügger Modell ist die Vorstellung über „Alkoholsucht“ eine andere:

- **Alkoholprobleme hast du nur, während du trinkst und im Entzug.** Wenn du nicht trinkst, hast du keine Alkoholprobleme. Wenn du dann trotzdem daran „arbeiten“ musst, hast du eher Rückfälle, weil du immer an den Feind Alkohol denken musst.
- Und: **der Rückfall ist im Brügger Modell der Versuch, kontrolliertes Trinken zu üben;** das klappt mal besser, mal schlechter.

Entwicklungsstufen, Verhaltensfolgen und Umgangsempfehlungen

Psychose-Niveau: in der ersten Lebenswochen kann das Neugeborene nicht unterscheiden zwischen sich (Subjekt) und Umgebung (Objekt). Die Ich-Funktion der Realitätsprüfung ist noch nicht eingeübt. Ein **Psychosekranker** kann beim Stimmenhören oder Verfolgungswahn nicht oder kaum unterscheiden, ob dies seine inneren Vorstellungen oder Außenrealität ist. Er ist ungeschützt („vulnerabel“) gegenüber „Streß“ (hier: die emotionalen Äußerungen anderer) und zieht sich dann in seine psychotische Innenwelt zurück.

Empfehlung: „genügend langweilig reden“ (um blasse Emotionen auszustrahlen)

präpsychotisches Niveau bis 1 ½ Jahre: teilweise Ablösung des Subjekts vom Objekt gelungen, aber Schwierigkeiten im Überlappungsbereich mit ungesicherten Ich-Grenzen und der Folge der Projektiven Identifikationen mit 4 Typen (s. **Beiblatt „Frühe Störungen“**): Übertragungstyp, Konfliktentlastungstyp, kommunikativer Typ, Abgrenzungstyp.

Empfehlung: die Wirklichkeit erklären (wie Sie mit einem Kind bis 1 ½ J. reden: das ist so und so..., in Wirklichkeit ist es anders, nämlich, das sehen Sie falsch, es ist

Borderline-Niveau: bei der Wiederannäherungsphase ab 1 ½ Jahren will das Kind als Baby immer nur kurz auf den Arm. Wenn es zurückgestoßen wird, sieht es 2 verschiedene Mütter: eine gute, die mit ihm Mutter-Baby spielt, und eine böse, die es ärgerlich zurückstößt – also 2 verschiedene Frauen! Auch andere Traumata werden hier bis 3 Lj. wirksam. Folge ist die **Spaltung**: sich selbst und andere nur als gut oder böse sehen können, aber zwischen sich (Subjekt) und der Umwelt (Objekte) relativ stabil unterscheiden können.

Empfehlung: Mischung der Spaltung (heute greifen Sie mich an, das macht mich etwas ärgerlich (ängstlich, traurig, mulmig). Gestern kamen wir besser klar.- Oder: Sie beschimpfen mich und gleichzeitig wollen Sie Hilfe von mir – wie soll das funktionieren?)

Neurose-Niveau: Wenn alles gut geht, wird ab 4. Lj. die **Ambivalenz** (jeder Mensch hat gute und böse Seiten) als sichere Wahrnehmung von sich und anderen erlernt. Sicheres Gefühl der eigenen Identität möglich, auch konstantere Wahrnehmung der Objekte (auch ganzheitliche Vorstellungen von den Objekten, auch wenn die Objekte nicht anwesend sind).

„Frühe Störungen“ und projektive Identifizierung (P.I.)

Von frühen Störungen hören Sie öfter. Gemeint sind damit Menschen, die bestimmte **Ich-Funktionen** (z.B. Frustrationstoleranz, Wahrnehmen differenzierter Gefühle bei sich, Antizipieren der Wirkung eigenen Verhaltens auf andere) nur ungenügend entwickeln konnten.

Auch **Objekt-Beziehungen** sind bei ihnen defizitär: sie können kaum klären, wieviel Sicherheitsabstand zu einer (guten) Nähe gehört (Nähe-Distanz-Regulierung); sie können averbales Verhalten anderer ungenügend dekodieren und verstehen; sie spüren Nähe und Vertrautheit oft nur bei aggressivem Umgang; sie können andere Menschen oft nicht vollständig wahrnehmen und deshalb keine richtige „Gegenüber-Beziehung“ machen; sie können sich andere Menschen oft nicht ausreichend per Erinnerung vorstellen, wenn diese nicht anwesend sind (Fähigkeit der Objektkonstanz).

In der Arzt-Patient-Beziehung sind **4 Formen der projektiven Identifizierung (P.I.)** wichtig bei diesen Menschen, unterschieden durch die jeweilige Motivation:

P.I. vom Übertragungstyp: je nach Reife der Persönlichkeit übertragen wir kindliche Erfahrungen auf andere Menschen. **Beispiel:** Sie gehen in der Dämmerung durch eine Straße, von Ferne kommt ein großer dunkler Mann entgegen. Bei der **reifen Projektion** denken Sie, dass er gefährlich wirkt, bekommen Angst und ziehen sich zurück. Sie können dabei nicht erkennen, dass Sie eigene aggressive Phantasien übertragen und vor diesen Angst bekommen und dass dies objektiv falsch sein könnte (könnte ja ein harmloser Priester sein), - jedenfalls schützen Sie sich. Bei der **P.I.** beginnt es genauso, Sie gehen aber auf den Mann zu und beschimpfen ihn, dass er Ihnen etwas tun will und böse ist. Dies bewirkt bei ihm sehr schnell, dass er tatsächlich so wird, wie Ihre Projektion lautet, nämlich gefährlich. Sie „irren“ sich also nicht! Der tiefere Sinn dieser Aktion ist, dass Sie damit vertraute Beziehung wiederherstellen, in der Sie sich auskennen (aggressive Muster in der Primärfamilie).

P.I. vom Konfliktentlastungstyp: hier können Menschen ihre chaotischen inneren Konflikte zu einem äußeren Konflikt zwischen anderen Personen machen: eine lächelnde junge verwahrloste Frau sitzt dabei, wie die Schar der Betreuer aus verschiedenen Berufen übereinander herfällt und sich gegenseitig beschimpft über den richtigen Weg für die Frau.

P.I. vom kommunikativen Typ: hier berichten Menschen dem Arzt von Problemen und stellen sofort Übereinstimmung in den Gefühlen und Gedanken her, wodurch „gute Verständigung“ entsteht. Wenn der Arzt seinen Mitarbeiterinnen oder zu Hause davon erzählt, sind die anderen betroffen, daß er nur aus der Sicht des Patienten berichten kann, in dessen Haut steckt und keine eigene Sichtweise hinkriegt. Virus im Kopf.

P.I. vom Abgrenzungstyp: diese Menschen haben Angst vor Verschmelzung mit anderen und lösen beim Arzt das Gefühl aus, dass beide sich fremd sind, keine Beziehung da ist und dem Arzt nichts anderes dazu einfällt, wie Kontakt gemacht werden könnte – und somit der Abstand erhalten bleibt.

Alle P.I. verhindern, dass der Patient die Realität richtig wahrnehmen kann, weil er die Umgebung rasch so beeinflusst und verändert (was er nicht weiß), daß diese real seinen inneren Vorstellungen entsprechend reagiert. Im Alltag sind deshalb präpsychotische und Borderline-Patienten so unbeliebt und anstrengend, weil sie ihre gespaltene Wahrnehmung (nur gut oder nur böse) bei anderen implantieren. Es ist für die Patienten lebenswichtig, dass sie die Realität, also die Verhaltensweisen der Umgebung so verändern, dass sie der eigenen gestörten Wahrnehmung entspricht. Nur so können sie zurecht kommen. Wenn alles oder vieles nicht stimmt, was man wahrnimmt, könnte man sonst verrückt werden.

Stichworte zum Thema Angst

Allgemeines

Angst dient dem Überleben: in unserem „Reptiliengehirn“ (den ältesten Teilen des Gehirns) sind bestimmte Ängste gespeichert: die Angst vor Spinnen (der häufigsten Angst überhaupt), vor Raschel-, Knack- und unklaren Geräuschen. Unsere Steinzeitvorfahren lernten so zu überleben und gaben diese Erfahrungen genetisch weiter. Wer dies nicht beachtete, wurde nicht unser Vorfahr.

Die Affekte sind in Art und Stärke im wesentlichen angeboren: Freude, Trauer, Wut, Ekel, Überraschung, Furcht. Das Affektsystem ist aus dem Instinktsystem entstanden durch etwas zusätzlich Neues: durch die **biologische Entkoppelung von Handlungsankündigung** (sozialer Signalanteil des Affekts) **von der Handlungsausführung** (motivationaler Anteil) **entsteht der soziale und motivationale Freiraum für intelligentes soziales Problemlösungsverhalten.**

Auch im weiteren Aufwachsen des Menschen ist Angst ein gelerntes Verhalten: Jede bedrohliche Situation setzt ein Angstsignal mit dem Wunsch, sich als Subjekt von dem Objekt zu entfernen. Man ist danach nicht mehr der, der man vorher war – man kann nur lernen, wie man kompetent damit umgeht.

Neuere neurophysiologische Befunde weisen daraufhin, **dass die Amygdala über Angst, Vertrauen usw. in msec entscheidet, bevor die kognitiven Strukturen reagieren.** Die Amygdala meldet auch als Frühwarnsystem, dass **Nähe bedrohlich wird (meist bei 5-7 m Abstand!)**. – Und dass Handlungen motorisch schon im Gehirn entstehen, bevor sie bewusst sind – ein weites Feld für den „freien Willen“.

Wichtige Ängste, die durch Interaktionen mit Beziehungspersonen in ihrer Ausgestaltung gelernt werden

1. Angst, weil ich nicht zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden kann: kommen die Stimmen von außen oder denke ich sie in mir? (schizophrene Psychose, erste Lebensmonate).
2. Angst, weil ich nur in der bedrohlichen Verschmelzung verbindliche Nähe und Beziehung spüre (schizoid, präpsychotisches Niveau, bis 1 ½ Jahre).
3. Angst, sich, andere und die Umwelt nur als gut oder böse sehen zu können, nicht vollständig zu erkennen (borderline-Persönlichkeit, ab 1 ½ Jahre bis etwa 3. Lebensjahr).
(1.-3. erleben die Umwelt prinzipiell als willkürlich bedrohliche Objekte)
4. Angst, nicht wichtig, wertvoll, einzigartig und liebenswert gesehen zu werden: Angst vor Entwertung, Bedeutungslosigkeit (narzißtische Störung, 1. Lebensjahr).
5. Angst vor Verlust, Verlassensein, Einsamkeit (depressive Entwicklung, 1.-2. Lebensjahr).
6. Angst mit magischen Inhalten von Bedrohung und vor eigenen aggressiven Impulsen, vor Chaos und Neuem (Trotzphase 2./3. Lebensjahr, zwanghafte Störungen, Eltern fürchten, dass das Kind unordentlich, schmutzig, unkontrolliert ist; Kind fühlt sich böse, Strafangst).
7. Angst, nie selbst beurteilen zu können, ob eine Gefahr besteht. Ein anderer muss dies signalisieren, Angst vor Autonomie und Verantwortung (äußeres steuerndes Objekt bei phobischen Entwicklungen, Trotzphase 2./3. Lebensjahr; Eltern fürchten, dass dem Kind etwas zustößt, Unfall Krankheit, Tod).
8. Angst vor allen Festlegungen, auch auf die eigene Geschlechtsrolle („hysterische“ Entwicklung, ödipale Phase, 3./4. Lebensjahr.)

Biologisch und sozial bedingt und bekannt sind folgende Ängste:

- 8-Monats-Fremdeln
- in der Wiederannäherungsphase mit 18 Monaten (rasch auf den Arm, um Sicherheit zu tanken, rasch wieder runter – als Vorbereitung auf die Trotzphase mit magischen Ängsten)
- Schwellenängste (Eintritt in Kindergarten, Schule, Ausbildung, ins Leben)
- Angst bei der Identitätssuche z.B. Pubertät
- Angst vor Fremdem (Fremdenfeindlichkeit und -hass sind aggressive **Entwertungsbe-griffe**, die den ernstnehmenden Zugang zu der Angst des anderen unmöglich machen und meist eine ähnliche Struktur haben wie das **Denken** der sog. Fremdenfeinde, nämlich Angst und daraus Aggression und Entwertung)
- in Nähebeziehungen (Ehe, Familie usw.) wird tendenziell gewählt und wiederholt das Beziehungsmuster, das in der Primärfamilie vorherrschend war und an dem man „familiale“ Vertrautheit wiedererkennt. Andere Beziehungsformen erkennt man selten als „richtige“ Beziehung, bei denen „es funkt“.

- Angst vor Scheitern: Krankheit, Tod, beruflich, privat usw.. Diese Angst wird sehr gesteuert von den o.g. Entwicklungsphasen: ob ich Angst als Versagen im Leistungsbereich mit Bestrafung, im Machtkampf, in der Selbstwertbalance, als Schuldgefühl, als Verlustangst, als Selbstauflösung in der Symbiose, als Verlust von Kontrolle oder verrückt zu werden usw. empfinde.

Wer keine Angst („Signalangst“) hat, lebt gefährlich, denn dann ist keine Risikoabschätzung möglich!

Zuviel Angst macht dumm, denn das behindert die Erkundung der angstmachenden Situation!

Angst kriegt Kinder: ich vermeide dann zunehmend auch Situationen, die vorher noch klappten.

Notizen zu eigenen Ängsten:

Psychiatrische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis

• Alkoholabusus/-abhängigkeit	9,3 - 10,2 %
• Depression	6,1 - 11,2 %
• Generalisierte Angststörung	7,9 - 9,0 %
• Neurasthenie	7,4 - 7,7 %
• Panikstörung + Agoraphobie	2,4 - 3,3 %
• Somatisierungsstörung	1,2 - 1,3 %
• Irgendeine dieser Störungen	25,2 - 30,6 %

Klassifikation der Angststörungen

- Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie
- Generalisierte Angststörung
- Soziale Phobie
- Spezifische Phobie
- Zwangsstörung
- Angst und depressive Störung, gemischt

Agoraphobie (Angst vor dem Angstanfall mit Hilflosigkeit, oder kein Fluchtweg)

- Menschenmenge
- Allein, außerhalb des Hauses
- Zug, Bus, Auto fahren
- Brücken, Höhen

Generalisierte Angststörung

- Körperliche Symptome: Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Schwindel, Oberbauchbeschwerden u.a..
- Angst, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen
- Angst nicht attackenförmig, sondern Dauerzustand
- Frei flottierende Angst
- Nicht situationsgebunden
- Ständig Besorgnis und Vorahnungen (z.B. dass Verwandten etwas zustoßen könnte)

Soziale Phobie (Angst vor Entwertung)

- Angst in (kleinen) Menschengruppen
- In der Schule an die Tafel gehen
- Im Mittelpunkt stehen
- Mit Vorgesetzten sprechen
- Kontakt mit dem anderen Geschlecht

Häufigste Therapiestrategien bei Angsterkrankungen

- Gar nichts machen
- Alkohol
- Medikamente
- Psychotherapie

Wirksame Behandlungen bei Panikstörungen und Agoraphobie

- **Verhaltenstherapie** mit Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen; am besten wirkt Reiz-Überflutung (flooding), bei Agoraphobie das Expositionstraining: immer weiter rausgehen. (Systematische Desensibilisierung: weniger wirksam als Exposition)
- Kognitive Verhaltenstherapie: mit Kognitiver Umstrukturierung:

Negative Gedanken: „Ich werde gleich ohnmächtig, und keiner wird mir helfen.“

Positive Gedanken: „Das ist nur eine Panikattacke, und sie wird in ein paar Minuten vorbei sein.“

- **Psychoanalytische Therapie**: eine negative Studie
- **Autogenes Training, progressive Muskel-Relaxation, Biofeedback, Hypnose**: keine Studien
- **Distanzierungstechniken**, z.B. 54321

- **Medikamente:**

- Trizyklische Antidepressiva
- Serotoninwiederaufnahmehemmer
- MAO-Hemmer
- Benzodiazepine
- Neuroleptika; wirksam bei Angst, aber keine DSM-III-R-Studien
- Betablocker: widersprüchliche Studien
- Pflanzliche Präparate: keine Studien

Psychotraumatologie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

die Behandlung psychotraumatischer Belastungssyndrome, PTBS, 1987 entwickelt von Frau Dr. Francine Shapiro, Palo Alto, USA

Literatur: Fischer, G., P. Riedesser: **Lehrbuch der Psychotraumatologie**, Ernst Reinhardt Verlag 1999
Hofmann, Arne: **EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome**, Thieme Verlag 1999
Zeitschrift „Persönlichkeitsstörungen“: **Traumazentrierte Psychotherapie I (3/97) und II (2/98)**, Schattauer
Egle/Hoffmann/Joraschky: **Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung**, Schattauer 2000
Reddemann, Luise: **Imagination als Heilsame Kraft – zur Behandlung von Traumafolgen**, Pfeiffer Verlag 2001,
Psychodyn. Imaginative Traumatherapie, Pfeiffer 2004; **Trauma**, Trias 2005; 1000 Meilen beginnen mit dem 1. Schritt.
- **Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie**, Leben Lernen, Klett-Cotta 2008
Butollo, W.: **Leben nach dem Trauma**, Pfeiffer-Verlag
Hüther, G.: **Biologie der Angst**, Vandenhoeck&Ruprecht Verlag
Zielke, M, Meermann, R., Hackhausen, W.: **Das Ende der Geborgenheit**, Pabst Verlag 2003
Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“: **Der verletzte Mensch**, Heft 2/2003, Psychiatrie-Verlag Bonn

Im ICD-10 (International Classification of Diseases) steht unter Kapitel V (F) „Psychische und Verhaltensstörungen“:

F 43.0 akute Belastungsreaktion (erst „Betäubung“, Einschränkung von Bewusstsein und Aufmerksamkeit, Unfähigkeit der Reizverarbeitung und Desorientiertheit; dann Rückzug oder Unruhe und Überaktivität, Fluchtreaktion. Vegetative Angstsymptome. Teilweise Amnesie für diese Zeit. Abklingen in Stunden oder bis 3 Tagen). **Therapie:** möglichst in normaler Umgebung, auch Arbeitsplatz, weitermachen, „**Abzittern**“ ermöglichen: Umgebung über die wechselnden Verhaltensweisen informieren (Weinen, Verstummen, Reden, Angst, Gereiztheit usw.), nicht sedieren, da hoher Erregungspegel für die Verarbeitung benötigt wird! Nicht die Traumasituation „durcharbeiten“!!!

F 43.1 posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (s. u.)

F 62.0 andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (Jahrzehnte chronifiziert)

Die Psychotraumatologie befaßt sich mit den Folgen seelischer **Traumatisierungen durch extreme Belastungssituationen**: gewalttätige Angriffe, lebensbedrohliche Verkehrsunfälle, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, Krieg, Gefangenschaft, Folter, lange Mißhandlungen als Kind. Ein Teil der Opfer verarbeitet diese Erlebnisse ohne professionelle Hilfe, andere nicht.

Verschiedene **Kriterien** werden für die **Diagnose F 43.1, PTBS**, gefordert:

A: die Belastung muß außergewöhnlich sein (s. Beispiele oben)

B: Flashbacks als **fragmentierte** Erinnerung, die immer wieder, auch in Träumen, oft konstanten **Alpträumen**, auftaucht, als ob das Trauma jetzt gerade wieder geschehe. Häufig auch durch **Trigger** ausgelöst: **visuelle** Eindrücke (Ort des Überfalls bzw. ähnliche Orte), **Geräusche** (Knall nach Schussverletzungen), **Gerüche** (Zigarette nach Rettung aus brennendem Haus), **taktile** Eindrücke (Berührung nach Überfall), **Gefühle** (fröhliche Autofahrt vor Unfall).

C: Angstausbreitung und Vermeidungsverhalten, bezogen auf Gegenstände und Situationen, die an das Trauma erinnern (Autos nach Unfall, Schmutz nach „schmutziger“ Vergewaltigung).

D: öfter traumatische Amnesie für das Trauma, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Überwachheit, Schreckhaftigkeit, öfter Konzentrationsstörungen. Oft Angst und Depression dabei, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabusus nicht selten zur Dämpfung der Ängste und Bilder.

Einsetzen der PTBS Wochen bis Monate nach dem Trauma. Verlauf und Dauer wechselnd.

Neurophysiologisch bewirkt das Trauma ein Entkopplung wichtiger Funktionsbereiche der beiden Hirnhemisphären: die linke (Worte, analytische Verarbeitung usw.) und die rechte (nonverbal, emotional usw., in der die fragmentierten Traumainformationen gespeichert sind) Hirnhälfte arbeiten gewissermaßen nicht zusammen, die Informationen bleiben stecken und können nicht verarbeitet werden.

Deshalb **zielt EMDR auf eine Aktivierung der Hirnhälften durch Reizung ab**: der Therapeut bewegt eine Hand bogenförmig nach beiden Seiten, Patient folgt mit den Augen. Dies wird auf Verträglichkeit abgestimmt. Auch wechselweises Klopfen auf die Knie des Patienten (bei Missbrauchsoffern in deren geöffnete Hände tippen), Schnipsen vor den Ohren, optisch laufende Lichter von rechts nach links und umgekehrt möglich. Dabei Traumabilder vorstellen.

Kontaktaufnahme zu Traumapatienten (=PTBS), wenn Sie keine Traumatherapie-Ausbildung haben

- **Verhalten:** Sie müssen in **Mimik und Gestik sichtbar** sein, **klare Äußerungen** (kein Pokerface, kein Schweigen als „guter Zuhörer“); **Sie sichern die Beziehung!**
- **Mögliche Fragen bei der Vermutung eines Traumas (oder entsprechenden Hinweisen):**

„Haben Sie Gewalt gegen sich erfahren?“

(Falls ja:) „Wie stark schätzen Sie die Gewalt ein auf einer Skala von 1-10, wenn 10 am stärksten ist?“ (Falls Angabe dazu, nicht weiter fragen nach wer, wann, wie usw.!)

Oder

„Haben Sie sexuelle Gewalt gegen sich erfahren?“ (Falls ja:) „Wie alt waren Sie da?“ (Falls Angabe dazu, nicht weiter fragen nach wer, wann, wie usw.!)

- **Traumatische Situationen nicht weiter erfragen, insbesondere wegen der Gefahr der Re-Traumatisierung durch die Schilderung! Kein Debriefing!**

Sondern immer die Pat. bremsen bei der Traumaschilderung und auf den notwendigen Selbstschutz hinweisen, und den Vorschlag machen, dass Pat., wenn er unbedingt darüber reden will, über sich in der 3. Person reden soll, z.B. als Reportage über sich in der Situation (screen-Technik, TV-Video-Tresor-Technik).

Bei Missbrauch zusätzlich besondere Gefahr durch das „Täter-Introjekt“: Missbrauch ist meist mit schweren Drohungen gekoppelt – wenn du mich verrätst, bringe ich dich um ... **Die Exploration kann dann akute Suizidalität auslösen durch den „inneren Befehl“.**

Dann **Stabilisierungstechniken** besprechen, mit denen sich Pat. selbst helfen können: **„Ich möchte Ihnen etwas zeigen, womit Sie sich selbst sofort helfen können, wenn Ihre Beschwerden und Ängste anwachsen. Wenn Sie wollen, können Sie das dann jederzeit benutzen.“**

1. **Risikolos ist der Vorschlag 54321:** „Ich möchte Ihnen eine Übung zeigen, die einfach ist und mit der Sie sich auf der Stelle selbst helfen können, wenn es Ihnen nicht gut geht. Interessiert Sie das?“ Dann selbst einen Gegenstand genau beschreiben und dann vorschlagen: „Bitte beschreiben Sie nun weitere Gegenstände ... s. 54321-Übung als Distanzierungstechnik a.a.O.“
2. **Eine andere Möglichkeit ist der Sichere Ort:** „Die meisten Menschen kennen von früher einen Ort, wo sie sich sicher fühlten, manchmal auch nur in der Phantasie. Können Sie sich auch an einen eigenen sicheren Ort erinnern?“ (Warten! – Falls Angabe eines Ortes:) „Was können Sie da sehen Wie ist das Licht Was können Sie da hören ... Was können Sie da riechen Wer ist noch da ... Wie geht es Ihnen jetzt mit dem sicheren Ort Gut, Sie können jederzeit, wenn Sie wollen, Ihren sicheren Ort aufsuchen. Es ist auch hilfreich, den sicheren Ort öfter zu üben.“
3. **Pendeln zwischen negativen und gegenteiligen Kognitionen:** Wenn Pat. z.B. sagt, dass er ein wertloser Versager, (ein Stück Dreck) ist:
„Ich möchte Ihnen etwas zeigen, womit Sie sich selbst helfen können bei diesen schwierigen Gedanken. Ist Ihnen das recht? - Wenn Sie denken, Sie sind ein wertloser Versager (ein Stück Dreck), wie geht es Ihrem Körper dabei? (Pat. sagt etwas dazu, Sie wiederholen das wörtlich:) Gut, Ihr Körper fühlt sich dabei ... - Wie könnte jetzt das Gegenteil lauten von dem Gedanken, ich bin ein wertloser Versager (ein Stück Dreck)? (warten! Keine Vorschläge machen! Pat. sagt z.B. ich bin liebenswert oder mutig oder frei...) Gut, und wie geht es Ihrem Körper dabei? ...(Pat. gibt meist eine Besserung an:) Gut, wenn Sie also (Gegenteil) denken, geht es Ihrem Körper ... - Ich schlage vor, dass Sie versuchen zu pendeln zwischen diesen Gedanken, mal so, mal so, wie Sie wollen – und dabei beachten, was Ihr Körper dazu sagt. Sie sind Herr in Ihrem Körper.“
4. **Inneres Kind:** (Nach Einleitung s.o.) „Stellen Sie sich vor, Ihre Beschwerden und Ängste sind wie ein Kind in oder bei Ihnen. Was könnten Sie als erwachsene Frau für dieses Kind tun? ... (Pat. sagt etwas, meist sehr vorsichtig) - Gut, wie geht es dem Kind dabei? (Pat. sagt etwas) - Ja, und wie geht es Ihnen

als erwachsener Frau dabei? (Pat. sagt etwas) - Gut, ich schlage vor, dass Sie gelegentlich nach dem Kind sehen und gucken, was Sie tun könnten, - wenn Sie wollen.“

Dann Traumatherapie bei Spezialisten suchen, nicht selbst experimentieren.

Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

Bei selbstverletzendem Verhalten (z.B. Ritzen an den Armen) besprechen, dass Pat. eine wichtige Lösung, einen guten Weg gefunden hat, um unerträgliche Spannungen sofort zu bessern, wach und klar zu werden. („Selbstverletzung als Selbstfürsorge.“)

Für die Gespräche sei es günstig, wenn möglichst ungefährliche Selbstverletzungen ausgewählt werden. Eventuell könnten auch andere Schmerzreize helfen, z.B. Eis-Gel auf den Arm legen oder Eiswürfel in die Hände nehmen – als Versuch.

Besonders in der Klinik, aber auch zu Hause, Verletzungen nicht durch andere kontrollieren und besonders beachten, sonst wird dies verstärkt. Deshalb vereinbaren, dass Pat. sich selbst meldet bei Selbstverletzungen, wenn dies dem Pat. sinnvoll erscheint, um Verbandsmaterial zu bekommen. Pat. könne auch sagen, ob jemand die Wunde beurteilen soll wegen möglicher chirurgischer Wundversorgung. Dies wird jeweils ohne Mahnungen, Kritik oder Betroffenheit angeboten! **Der Pat. soll das Gefühl der Selbstverfügbarkeit und der Kontrolle über die Situation immer behalten können.**

Die Aufmerksamkeit wird also nicht dem selbstverletzenden Verhalten, sondern alternativ einer ganzheitlichen Körperpflege gewidmet.

Sexualität:

Literatur:

- Buddeberg, Claus: **Sexualberatung**, Enke Verlag 1996; gut zu lesen, ausführliche Hinweise zur Anamnese-Erhebung
- Barbach, Lonnie Garfield: **For Yourself**, die Erfüllung weiblicher Sexualität, Ullstein Taschenbuch 1995; Standardbuch mit konkreten Informationen über den weiblichen Körper und alles weitere aus der amerikanischen Frauengruppenarbeit – und eine genaue Anleitung zur Selbstbefriedigung. Die Kompetenz zur Lust des eigenen Körpers ist eine Voraussetzung zu befriedigenden Beziehungen.
- Siewert, Renate und Horst: **So lieben Männer**, einiges was Sie schon immer über die Sexualität des Mannes wissen wollten, Quintessenz-Sachbuch 1992; das andere Lager, fundiert und anschaulich beschrieben.
- Zilbergeld, Bernie: **Die neue Sexualität der Männer**, was Sie schon immer über Männer, Sex und Lust wissen wollten, DGVT-Verlag Tübingen 1994; vom Verhaltenstherapieverlag mit zahlreichen Übungen!

Wissenschaftlich nimmt das Interesse an männlichen Sexualstörungen zu, bes. die Erektionsschwäche; weibliche Schwierigkeiten treten im Interesse zurück. Gleichzeitig wird eine verstärkte Klärung somatischer Ursachen betrieben. Die Psychogenese wird zur Ausschlußdiagnose: wenn Skat-Injektion hilft, dann ist es psychisch bedingt. Meist ist dabei mit den Partnerinnen nicht gesprochen worden. **Anamnestisch gilt, daß nächtliche Erektionen oder Erektionen beim morgendlichen Erwachen, bei Masturbation und bei anderen Partnerinnen als ausreichend für die Annahme einer seelischen Störung gelten. Auch bei Diabetes und arteriogenen Störungen wird die Erektionsschwäche sehr unterschiedlich verarbeitet.**

Zitat: Untersucht nicht den Penis, sondern die Männlichkeit! Männer wollen keinen steifen Penis, um ihre Socken darauf zu trocknen; sie wollen die Erektion als natürlichen Ausdruck ihrer Männlichkeit, die sich dadurch bestimmt, heterosexuellen Geschlechtsverkehr haben zu können.

Männer wurden vor allem mit 4 somatischen Methoden behandelt: gefäßchirurgische Peniseingriffe, Implantationen von Penisprothesen, mechanische Hilfen wie Vakuumpumpen, Penisringe, Autoinjektionstherapie „Skat“ (NW bei Papaverin u.a. 4 % Priapismus, 14 % prolongierte Erektion über 4 Stunden; Prostaglandin E1 10x teurer und hat in 10-30 % nachorgiastische Schmerzen zur Folge) – und inzwischen Viagra, Cialis, Levitra, dazu MUSE usw.. – Arzt als mächtiger Potenzgeber! Die Akzeptanz der früheren Hilfen für Männer war bei Frauen gering, bei Viagra usw. schon eher.

Bei weiblichen Sexualstörungen nahm die „Lustlosigkeit“ zu. Sie heißt oft nichts anderes, als dass die Frau keine Lust auf das hat, was, wann und wie der Mann will. Und: Frauen müssen trennen lernen zwischen der Akzeptanz der eigenen Geschlechtszugehörigkeit und gleichzeitiger Nichtakzeptanz der traditionellen Geschlechtsrolle.

In der Medizin ist noch üblich eine auf Genitalfunktionen zentrierte Sichtweise sexueller Probleme mit vereinfachender und verfälschender Parallelisierung der Sexualstörungen von Männern und Frauen: Erregungsstörungen der Frau als Pendant der Erektionsstörungen, Orgasmusstörungen als Pendant der Ejakulationsstörungen.

Sexuelle Kontakte mit PatientInnen:

Seit April 98 ist dies mit Einführung des neuen § 174 c StGB erstmals als Verbrechen strafbar! Die dem Bundestag vorgelegten Gutachten gaben massive Hinweise auf Missbrauch, auch im Bereich der Psychotherapie.

Trotz des erheblichen Strafmaßes (bis 5 Jahre Gefängnis) ist dieser Paragraph bei vielen ÄrztInnen und TherapeutInnen, auch den anderen Berufsgruppen, unbekannt geblieben.

Ab 2 Jahre Haftstrafe werden in der Regel die Approbation entzogen und die Beamtenrechte verwirkt (mit Nachversicherung bei der BfA statt Pensionsansprüchen).

Bisher kam es statt zu Anzeigen eher zu Erpressungen durch die Partner, z.B. regelmäßige Zahlungen gefordert von den Behandlern.

Darin verstrickte KollegInnen haben teilweise deutliche Realitätsverluste: gehört zur Therapie, zur Befreiung, ist freie Entscheidung und wahre Liebe unter Erwachsenen ...

Sex Arzt-Patient: Seit April 98 ist dies erstmals strafbar! § 174 c StGB: Sexueller Mißbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses:

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Mißbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur **psychotherapeutischen Behandlung** anvertraut ist, unter Mißbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt.

(3) **Der Versuch ist strafbar.**

Psychiatrischer Notfall und Schwerpunkte:

G. Rudolf: Therapieschemata Psychiatrie, Urban&Schwarzenberg
Manuel Rupp: Notfall Seele, Thieme Verlag

Bei akuter **schizophrener Psychose** fest und ruhig vorgehen, nicht diskutieren, ggf. Diazepam 10 mg und 2 Amp. Haloperidol i.v. (in getrennten Spritzen!), falls nicht möglich: i.m.. Sonst bei Schizophrenie „genügend langweilig“ verhalten, um eine geringe affektive Zufuhr von außen zu erreichen: nach dem Vulnerabilitäts-Streß-Konzept verstärkt sich der Rückzug in die Psychose durch ängstlich-traurig-ärgerliche Emotionen der Umgebung (high expressed emotions). HEE-Familien entsprechend informieren, dass die „genügende Langeweile“ am besten hilft.
S.u. Zwangseinweisung.

Akute **Depression**: Tranquilizer 3x1 Lorazepam 2,5 mg (gegen Angst für einige Tage), dazu dämpfendes Antidepressivum 1-1-3 Amitriptylin 25 mg (sediert, Stimmungsaufhellung nach 1-2 Wochen mit Verschwinden der Sedierung – Pat. so informieren!) und bei Hypotonie mit 1-1-- Dihydroergotamin behandeln. Pat. soll viel schlafen („Pause machen, plumpsen lassen“), nicht „aktiv“ gegen die Müdigkeit kämpfen, keinen Wecker! NW: **trockener Mund** (Kaugummi, Zitronenbonbons, ggf. Glandosane aromatisiert verordnen), **Obstipation** (Leinsamen, Weizenkleie mit viel Flüssigkeit u.a.), morgendliche **Hypotonie** s.o., leichte **Mydriasis** = unschärfer Sehen (Kontraindikation: Engwinkelglaukom). Amitriptylin auch bei chron. Schmerzen gut! – Bei Suizidalität s.u. Zwangseinweisung.
DD: echte Trauer bei Verlust: nur über die Person sprechen, die verloren ging, wie sie war, was schön war. **Traurig ist man, weil etwas Schönes, Wichtiges vorbei ist! Depressiv ist man, weil man nicht weiß, was man verloren hat.**

Zwangseinweisung: am besten vom örtlichen Ärzteverein einladen zur Info: Amtsrichter, Ordnungsamt, Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamts, Oberarzt der psychiatrischen Aufnahmeklinik. Dabei genau das formale Vorgehen, auch mit Formblättern, die Wünsche des Richters (sehr unterschiedlich!) und der Klinik erläutern lassen!
Merke: **Einweisung nach PsychKG nur wegen unmittelbar bevorstehender Fremd- oder Selbstgefahr, die durch Tatsachen (Zeugenaussagen, Schriftstücke wie Abschiedsbrief) bewiesen werden muß!** Die Annahme, dass in nächster Zeit etwas passieren kann oder nur Hinweis auf zurückliegende Tötlichkeiten reichen nicht aus!
Einweisung nach dem **Betreuungsgesetz über Betreuer und Vormundschaftsgericht nur wegen Selbstgefahr möglich!**
– Einrichtung einer Betreuung per Fax an das Amtsgericht möglich!

Sucht: 3 häufigste Strukturen: narzißtische Störungen, borderline-Persönlichkeit, depressive Struktur.
Alkohol-/Drogen-abusus **komorbid bei PTBS, ADS, sozialer Phobie und Schizophrenie.**
Evtl. an örtliche Suchtberatungsstelle weiterleiten (Arzt sollte dort einmal persönlich vorsprechen zum Kennenlernen!).
Alternative: GOG! Häufig: unverbindliche Beziehung oder suchende Beziehung, Komplimente wichtig. Einsicht hilft nicht, auch Ursachenforschung und Vorhaltungen nicht.
Ausnahmen vom Trinken im Detail besprechen, s. GOG-Konzept der Wahlfreiheit, andere Gewohnheiten wählen können. - Dies ist den offiziellen Suchtkonzepten, auch der Selbsthilfegruppen, diametral entgegengesetzt: kein Kampf gegen die Sucht, sondern die **Erkundung des Verhaltens bei Abstinenz als immer wählbare Ausnahme und „Rückfallmanagement“ mit der Kompetenz, im Rückfall auf verschiedene Weise aufzuhören.** Dabei kurze Entgiftung machen.
Oft von Suchtberatern angesprochen: Konzept des Co-Alkoholismus: Partner versucht es im Guten (A. kriegt deshalb Schuldgefühle, muss mehr trinken) oder im Bösen, Scheidungsdrohung (A. bekommt Verlassenheitsängste, muss mehr trinken), Beziehung engt sich ein auf Kampf um die Sucht.
Noch eine Hypothese: A. trinkt auch für Partner (dessen unbewusste Suchttendenzen) mit.
Täglich sterben in BRD 200 Menschen an den Folgen des Alkohols, aber 400 an den Folgen des Rauchens, ca. 20 an Drogen.

Demenz und Alterspsychose: aus dem Psychiatrieverlag Böhm-Kassette besorgen: B. ist berühmter Krankenpfleger in Wien, der die Altenbetreuung revolutioniert hat. S. Infos in diesem Hefter.
Die ersten 25 Lebensjahre beinhalten die Sozialtechniken, die wir als Verwirrte später nutzen können: Lieblingsgerichte, Volkslieder, unsere Spitznamen, Duschen oder Baden, Kochen usw. sind entscheidende Informationen, um mit Verwirrten und Dementen vernünftig umzugehen! Viel Flüssigkeit, Sedieren und Schlaf mit Distraneurin!

Alte einsame Witwen mit „**Kontaktmangelparanoid**“ sind häufig, haben als Realitätserweiterung gegen die Einsamkeit Wahnsysteme mit Beziehungscharakter entwickelt: Nachbarn bestrahlen sie, treiben Obszönes usw. – Mit Haloperidol werden sie normaler, aber depressiv, da sie jetzt erst richtig merken, dass sie überflüssig sind.
Einbindung in Gruppen mit ähnlichen Menschen sehr effektiv! Am besten jeden Dienstag nachmittags 4 Stunden Kaffeetrinken, jahreszeitliche Basteleien und Lieder singen in einer Langzeitgruppe, Jahrein-jahraus, so entsteht Zugehörigkeit statt Einsamkeit. Keine therapeutischen Gespräche, sondern Normalität.

Anmerkungen zu Psychopharmaka

Neuroleptika

Sie werden hinsichtlich ihrer antipsychotischen Wirksamkeit als hoch- bis niedrigpotent eingestuft.

Hochpotent: *Haloperidol* – bei akuten psychotischen Unruhezuständen (Schizophrenien) einsetzbar. 2 Ampullen i.v., – falls nicht möglich i.m. Eventuell zusätzlich Diazepam.

Wichtigste NW: extrapyramidale Störungen als **Frühdyskinesien:** reversibel, Behandlung mit *Akineton*, und/oder als **Spätdyskinesien:** Monate nach Behandlungsbeginn auftretend, manchmal noch nach Behandlungsende. **Irreversibel, deshalb genaue Beobachtung! Sonst Haftungsrisiko!**

Niedrigpotent: *Neurocil, Taxilan, Truxal, Atosil*. Machen müde und ruhig. Kaum antipsychotische Wirkungen. *Truxal* und *Melleril* bewährt bei Suchtpatienten. - **Wichtigste NW: Hypotonie**

Imap: wurde als „Beruhigungsmittel („Depot-Valium“), das nicht süchtig macht“ eingeführt. Nicht ganz so hochpotent. Falls überhaupt indiziert, muss die Dosierung (alle 7 Tage, nur über einige Wochen geben) strikt eingehalten werden wegen der Gefahr der **Spätdyskinesien. Irreversibel, deshalb genaue Beobachtung! Sonst Haftungsrisiko!**

Bei Schizophrenen mit starken Ängsten kann **ergänzend zum Neuroleptikum** das Benzodiazepin *Tavor* gegeben werden. Sie werden davon nicht süchtig, ähnlich wie bei Alkohol; oft ist jedoch dabei die neuroleptische Medikation zu niedrig oder das Mittel nicht so wirksam!

Cave: Ein Antidepressivum kann bei einem latent Schizophrenen akut eine Psychose auslösen, deshalb nur im Rahmen einer „Zwei-Zügel-Therapie“ mit einem Neuroleptikum zusammen geben.

Neuere (und erheblich teurere) Neuroleptika sind *Risperdal* (NW: ESP) und *Zyprexa* (NW: BB-Veränderungen, Hyperglykämie mit Todesfällen, Fettstoffwechselentgleisung). Sie haben die Erwartungen (keine Nebenwirkungen) nicht erfüllt. Inzwischen etliche neue Mittel dazu. Das Spektrum der NW ist vielfältig und unübersichtlich! Subjektiv kommen Patienten oft mit den neueren Neuroleptika besser klar, weshalb die Kliniken über Rückgang bei Aufnahmezahlen berichten. Die „Drehtür-Patienten“ jedoch sind schlechter versorgt, weil sie die Medikamente nach Entlassung nicht nehmen und wieder aufgenommen werden müssen. Sie kamen und kommen mit Depot-Präparaten besser zurecht. Von den neueren hat nur *Risperdal* eine Depot-Anwendung entwickelt.

Antidepressiva

Diagnosestellung: zwischen Trauer (etwas Schönes, Wichtiges verloren) und Depression (wissen nicht, was sie verloren haben) unterscheiden. Zwei-Fragen-Screening hat hohe Sensitivität: **Verlust von Lebensfreude und fehlende Zukunftsperspektive.**

Trizyklische: *Amitriptylin* (Anfangsdosis 50 mg retardiert abends), *Doxepin* und *Trimipramin* wirken sofort dämpfend gegen die innere Unruhe und Ängste und (nach 1-3 Wochen) stimmungsaufhellend. Die initial einsetzende Müdigkeit ist ein einfaches Zeichen für ausreichende Dosierung. Patient kann wieder durchschlafen, ist am Tag angenehm müde und soll nicht gegen die Müdigkeit ankämpfen, morgens keinen Wecker stellen.

NW: Trockener Mund, da Speicheldrüse weniger produziert (Zitronenbonbons, Kaugummi, ggf. Glandosane aromatisiert), **Hypotonie** (mit Dihydroergotamin behandeln – morgens nach Erwachen 40 Trpf.), **Obstipation** (Leinsamen, Lactulose, Weizenkleie, reichlich Flüssigkeit), **Mydriasis** (unscharfes Sehen).

Kontraindikation: Engwinkelglaukom (Weitwinkelglaukom kaum)

Amitriptylin wird auch als Co-Analgetikum eingesetzt.

Mianserin = *Tolvin* hat weniger subjektive NW.

Maprotilin = *Ludomil* auch bei Engwinkelglaukom, NW: stärkere Krampfbereitschaft, Erythema bullosum.

Sulpirid = *Dogmatil* hat eine vorwiegend antriebssteigernde Wirkung. Nicht nach 16.00 Uhr geben. Geeignet auch bei Schwindel und Reisekrankheit. NW: Prolaktin-Sekretion erhöht

Neuere (und teure) Antidepressiva: SSRI wie Cipramil, Gladem, auch SSRNI wie Trevilor sedieren nicht.

NW besonders anfangs Unruhe, Kribbeln, Magenschmerzen. Deshalb ggf. anfangs Benzodiazepine dazu.

Antidepressive Wirkung nach 1-3 Wochen. – Mirtazapin als SSRNI macht auch initial Müdigkeit mit Schlafverbesserung.

Benzodiazepine: Wegen des hohen Abhängigkeitspotentials nicht über längere Zeit verordnen. Bei Älteren wichtigste NW der plötzliche Tonusverlust mit Sturz im Wachzustand.

Oxazepam bei älteren Patienten gut geeignet. Keine raschen Dosissteigerungen von Pat. gefordert, keine Metaboliten, Halbwertszeit 8 Std., Low-dosis-Abhängigkeit.

Bromazani: Patienten werden gelassener. Bei akuten Ängsten (Prüfungsangst) geeignet.

Tavor: hilft bei starken akuten Ängsten (auch bei Schizophrenie, s.o.)

Benzodiazepine bei Abhängigkeit sehr langsam ausschleichen wegen starker Entzugssymptome, Krampfbereitschaft!!!

AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität): Bei mehr Hyperaktivität und Impulsivität ist Methylphenidat, am besten als Retard-Präparat *CONCERTA*, indiziert (Dopamin-Regulierung), bei „Träumen“ mit Depressivität besser *STRATTERA* (Atomoxetin) als Antidepressivum (Noradrenalin-Regulierung)

Präsuizidales Syndrom (nach Prof. Erwin Ringel, Wien)

Äußere Einengung

(Krankheit, Verluste...)

- Realkonflikt klären, Kompliment GOG,
- Wege klären

Innere Einengung

(Kraftloser, Antrieb und Stimmung schlechter)

- Beschwerden anhören, Kompliment GOG
- Ausnahmen, Ziele, 1. Schritt GOG

Wendung der Aggression gegen sich

(mit mir ist nichts mehr los, schaffe nichts, bin nichts wert...)

- Hand zwischen strenges Über-Ich und Ich halten:
- Ich sehe, dass Sie sehr hart gegen sich sind, auf sich rumtrampeln, richtig brutal gegen sich sind, - das ist viel zu hart, viel zu streng; das finde ich schade, traurig, wenn Sie sich so beschimpfen! Das ist nicht nötig.

Phase der Suizidphantasien

(ich nehme Tabletten, Strick ..., die anderen sind schuld, oder sind befreit von mir ..)

- Wenn es jemandem so schlecht geht wie Ihnen,
- dann ist es normal, dass man es kaum aushält,
- nicht mehr aufwachen möchte, sich das Leben nehmen möchte.
- Wie ist das bei Ihnen?
- Danach: ich möchte mich für das Vertrauen bedanken, das Sie mir geschenkt haben. Wir stehen das durch dick und dünn durch!

Ruhe nach dem Sturm

(ich bringe mich um und schreibe noch Abschiedsbriefe oder rede mit anderen vernünftig, gute Abschiedsrunde, ich bin ruhig, weil es vorbei ist..)

- Ich merke, dass Sie jetzt so freundlich mit mir reden
- und es mir leicht machen;
- aber mir wird zunehmend mulmig und ängstlich dabei. Ich glaube, dass Sie Schluss machen wollen! Ich möchte nicht, dass Sie verloren gehen! Bitte erzählen Sie mir von Ihren Gedanken.

Checkliste für Partner von AD(H)S-Betroffenen (nach Claus u.a.: ADS, das Erwachsenen-Buch)

Zentrales Problem bei ADHS ist die **Aufmerksamkeitsstörung**. - **Impulsivität** und **Hyperaktivität** können unterschiedlich beigemischt sein. Die folgenden Fragen mischen alles, so dass nicht alles zutreffen wird.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____ Mein Partner/meine Partnerin	Schweregrad (bitte ankreuzen) 0 -trifft nicht zu 1 -leicht ausgeprägt (kommt gel. vor) 2 -mittel ausgeprägt (kommt oft vor) 3 -schwer ausgeprägt (kommt fast immer vor)
1. kann nicht zuhören; wird dann unruhig oder wirkt abwesend	0 – 1 – 2 – 3
2. ist unorganisiert und kann nicht vorausplanen	0 – 1 – 2 – 3
3. hält sich nicht an Abmachungen	0 – 1 – 2 – 3
4. verliert sich – z.B. beim Aufräumen – in Details, hat keinen Blick für das Wesentliche	0 – 1 – 2 – 3
5. hat ständig zu wenig Zeit für mich oder die Familie; verliert Zeit bei ineffizienter Arbeit	0 – 1 – 2 – 3
6. ist schnell begeisterungsfähig, hält aber nicht durch	0 – 1 – 2 – 3
7. ist schnell reizbar, auch bei Kleinigkeiten; danach tut es ihm/ihr schnell leid	0 – 1 – 2 – 3
8. scheint mit den Gedanken häufig abwesend, starrt ins Leere	0 – 1 – 2 – 3
9. hat keinen Überblick, verliert den „roten Faden“	0 – 1 – 2 – 3
10. kann Hände oder Füße nicht ruhig halten	0 – 1 – 2 – 3
11. scheint meine momentane Stimmung nicht einschätzen zu können; dann merkt er/sie nicht, wenn ich kurz vor dem Platzen bin oder einfach Ruhe brauche	0 – 1 – 2 – 3
12. platzt in Gespräche, merkt es häufig nicht	0 – 1 – 2 – 3
13. kann nicht ruhig genießen	0 – 1 – 2 – 3
14. merkt nicht, dass er/sie zu anderen Menschen manchmal unerwartet schroff und unhöflich ist	0 – 1 – 2 – 3
15. macht sich häufig unnötige Sorgen, kann dann nicht abschalten	0 – 1 – 2 – 3
16. wechselt die Stimmung unvorhersehbar und häufig, auch bei geringen Anlässen	0 – 1 – 2 – 3
17. hat keine Ordnung und lässt alles da liegen, wo er/sie sich zuletzt damit beschäftigt hat, z.B. Kleidung, Werkzeug, Schlüssel	0 – 1 – 2 – 3
18. hat über seine/ihre Finanzen keinen Überblick	0 – 1 – 2 – 3
19. ist empfindlich und schnell beleidigt, aber nicht nachtragend	0 – 1 – 2 – 3
20. schiebt Routineaufgaben (Steuer, Weihnachtsgrüße) vor sich her; diese Aufgaben übernehme ich dann häufig	0 – 1 – 2 – 3
21. fährt zu schnell und risikoreich	0 – 1 – 2 – 3
22. ist schnell ausgepowert und gestresst	0 – 1 – 2 – 3
23. kann sich an Einzelheiten gut erinnern, verliert aber das „Ganze“ aus den Augen	0 – 1 – 2 – 3
24. kommt phasenweise mit extrem wenig Schlaf aus, braucht oft Erholungsphasen	0 – 1 – 2 – 3
25. sieht viele Dinge nur aus eigener Sicht, kann sich nicht gut in andere hineinversetzen	0 – 1 – 2 – 3
26. ist an seiner/ihrer Arbeitsstelle eigentlich unterqualifiziert	0 – 1 – 2 – 3
27. ist zerstreut und vergesslich, findet manchmal Dinge an den unmöglichsten Stellen wieder (Handy im Kühlschrank)	0 – 1 – 2 – 3
28. ist ungeschickt, wirft z.B. Gläser um oder stößt sich	0 – 1 – 2 – 3
29. ist immer da gerne gesehen, wo „etwas los“ ist	0 – 1 – 2 – 3
30. ist im Urlaub ständig unterwegs, braucht „action“	0 – 1 – 2 – 3
31. Zieht sich in Gesellschaften, Familienfeiern zurück, wenn alle reden, - wird ihm zuviel	0 – 1 – 2 – 3
32. Trinkt bei Feiern rasch Alkohol, weil er dann ruhiger wird	0 – 1 – 2 – 3
33. Bei Stress kiff er schnell, um sich „wegzubeamen“	0 – 1 – 2 – 3
34. Redet bei Feiern plötzlich laut dazwischen, was befremdlich wirkt, was er nicht merkt	0 – 1 – 2 – 3
35. kann viele Stunden am Computer sitzen und Zeit verlieren, die bei anderen Aufgaben dann fehlt	0 – 1 – 2 – 3
36. mag keinen small talk	0 – 1 – 2 – 3
37. hat in seiner Wohnung ein Chaos („Messie“) und findet nichts wieder	0 – 1 – 2 – 3
38. regt sich über Ungerechtigkeiten fürchterlich auf	0 – 1 – 2 – 3
39. muss mehrere Dinge gleichzeitig machen	0 – 1 – 2 – 3
40. ist nach Kontakten, Gesellschaften erschöpft und „zu“ im Kopf	0 – 1 – 2 – 3
41. hat immer wieder Ängste vor Versagen und Entwertung, auch Depressionen	0 – 1 – 2 – 3

*Bitte sagen Sie jeden Tag Ihrem Partner, Ihrer Partnerin, was sich schon geändert hat durch die Medikation. Damit lernt er/sie besonders gut, wie die soziale Kompetenz sich verbessert – als wichtige Information für das Gehirn, das neue Erfahrungen nach etwa 4 Wochen speichern kann: **Das Ich entsteht durch das Du, also durch das feedback von außen! - Bei Ärger:***

- **ADHS-Betroffene nicht ansehen! – Können sonst nicht zuhören.**
- **Stimme senken, ruhig sprechen**
- **Kurz und knapp sprechen**
- **Keine Diskussion, kein Streit**

Info zur AD(H)S-Medikation bei Erwachsenen

Die Sache ist ganz einfach: alle AD(H)S-Medikamente mit Methylphenidat („Ritalin“) sind nur für Kinder/Jugendliche zugelassen, bis die letzten vom Bundes-Gesundheitsministerium geforderten Studien fertig sind und ausreichend für eine Zulassung erscheinen. Die Kassen sind daher - auch nach einem Urteil des Bundessozialgerichts - nicht zur Kostenübernahme verpflichtet.

Wenn Ärzte diese Mittel bei Kassenpatienten trotzdem verordnen (Betäubungsmittelrezept) und dies über den Apotheker an die Kasse gelangt, fordert diese sehr häufig das Geld zurück als Regress gegen den Arzt. Dieser soll also Geld bezahlen, das der Apotheker verdient hat. Strafbare ist dies für den Arzt nicht, da er berechtigt ist, im Wege des "off-label-use" zu verordnen; dabei geht die Haftung vom Hersteller auf den Arzt über.

Der einfachste Weg ist die Verordnung vom Arzt auf einem Privat-Betäubungsmittel-Rezept, das der Patient in der Apotheke selbst einlöst (rasche Verfallsfrist des Rezeptes!) und bezahlt - und nicht bei der Kasse einreicht.

Zum Testen und Eindosieren ist sinnvoll ein Rezept über Methylphenidat HEXAL 10mg, 50 Tabletten etwa 20 EUR. Man beginnt mit 3x1, also je 1 alle 3 Stunden nach dem Aufwachen; wenn spät nachmittags noch viel los ist, dann eine 4. Tablette. Falls wenig Effekt ist, dann Dosis erhöhen. Dabei sollten gezielt Situationen aufgesucht werden, in denen mehrere Leute gleichzeitig reden (Familienfeiern, Partys, Bahnhof, Kaufhaus, Schule ...), da dann erkennbar wird, ob die **Dosis wirkt und ausreicht, so dass man sich - ohne Anstrengung - nur auf eine Situation, einen Sprecher konzentrieren kann.**

Bei AD(H)S ist als **erbliche Neurotransmitterstörung**

- **Dopamin** vermindert (alle Worte im Raum sind gleich wichtig, was Chaos im Kopf erzeugt; das Gehirn kann nicht automatisch zwischen wichtig und unwichtig unterscheiden!),
- auch **Noradrenalin** ist vermindert (man ist dann schnell erschöpft)

Diagnostischer Hinweis: die Wirkung tritt nach 20-30 Minuten ein: **wenn jemand sich mit den Tabletten nur munterer fühlt, aufgedreht, hat er kein ADHS.** Bei ADHS wird das Chaos innen und außen plötzlich strukturiert auf wichtige Gedanken und Worte: **man wird klar im Kopf, kann zuhören und behalten.**

Dies sieht bei unruhigen Kindern manchmal aus wie "Ruhigstellen", Sedieren, ist es aber nicht: die Kinder können erstmals leicht lernen, zuhören, Stimmenchaos sortieren usw.

Wenn die Behandlung anschlägt und die richtige Dosis gefunden ist, geht man in aller Regel auf Langzeit-Präparate über, die länger und gleichmäßiger wirken.

Alles andere können Sie nachlesen, z.B. auf meiner website www.schimansky-netz.eu unter Literatur und dort bei ADHS über die links zur Bundesärztekammer. - **Inzwischen hat das Bundes-Gesundheitsministerium die ADHS-Problematik voll aufgenommen und bietet die Internetseite www.adhs.info an, die von renommierten ForscherInnen gestaltet wird und für Laien und Profis solide Informationen gibt, auch Testbögen, Beurteilung von Studien und Kommentare zu dem Glaubenskrieg im Internet zur Verfügung stellt.** - Der Bundesgesundheitsausschuss hat verfügt, dass **Kinder/Jugendliche nach DSM IV**, nicht mehr nach ICD 10, diagnostiziert werden sollen, da damit breitere Dimensionen erfasst werden. Auch sollen **möglichst nur noch Spezialisten für Kinder/Jugendliche Methylphenidat verordnen. 5-7 % der Kinder haben AD(H)S, ca. 4 % noch als junge Erwachsene!** Von diesen Erwachsenen versucht die Hälfte, das Chaos im Kopf durch **Alkohol oder Kiffen** zu mildern, viele haben - von klein an erlitten – eine **soziale Angst von Entwertungstyp**, andere werden **depressiv**. Leider gibt es immer noch viele Psychiater, Psychologen, Psychiatrische Kliniken und PsychotherapeutInnen, die ADHS als Modediagnose ablehnen, was viel Leid für die ADSlerInnen bedeutet. Das Neue gefährdet das Alte: „das haben wir immer so gemacht“. – Ähnliches geschah mit der Entdeckung von Helicobacter, was psychosomatische Theorien über die Psychosomatik des Magens ins Rutschen brachte.

Fragebogen für LehrerInnen

I. *Einleitende Fragen zu „schwierigen/unbeschulbaren“ Schülern*

- Gibt oder gab es in den von Ihnen unterrichteten Klassen einzelne Schüler, die Sie als besonders schwierig empfunden haben?
- Haben Sie von solchen Schülern in anderen Klassen bereits gehört, sowohl an diesem als auch an anderen Berufskollegs?
- Waren darunter Schüler, die Sie als „unbeschulbar“ einstufen würden?

II. *Fragen zu Ihren Erfahrungen mit ADHS-spezifischen Verhaltensmustern bei diesen Schülern: Hyperaktivität, Aufmerksamkeit, Stören im Unterricht, Leistung, Sozialverhalten*

- Fielen diese Schüler dadurch auf, dass sie apathisch zu dösen schienen, abwesend wirkten, ins Leere starrten?
- Fiel es diesen Schülern schwer, Aufgaben so zu erfüllen, wie sie erklärt worden waren?
- Machten diese Schüler viele Sorgfaltsfehler und achteten nicht auf Details?
- Konnten diese Schüler sich an Einzelheiten erinnern, aber das „Ganze“ nicht im Auge behalten?
- Wirkten diese Schüler zerstreut, vergesslich, ließen Dinge irgendwo liegen, konnten keine Ordnung halten?
- Vergaßen diese Schüler oft Absprachen, Termine?
- Waren diese Schüler rasch durch Umgebungsreize abgelenkt?

- Gab es dabei Schüler, die große Mühe hatten, dem Unterricht zu folgen, nicht zuhören konnten und unruhig wurden, nicht stillsitzen konnten?
- Konnten diese Schüler Hände und Füße nicht stillhalten?
- Wirkten diese Schüler ungeschickt, stießen Gegenstände um, verletzten sich?
- Konnten sich diese Schüler schlecht leise beschäftigen, machten immer „Lärm“?

- Hatten diese Schüler plötzliche Stimmungswechsel, auch bei geringen Anlässen?
- Unterbrachen diese Schüler andere und störten diese, wenn sie etwas taten?
- Konnten diese Schüler nicht abwarten, bis andere ausgesprochen hatten und fielen diesen ins Wort?
- Redeten diese Schüler viel, auch wenn keiner zuhören wollte?

- Zeigten sich diese Schüler bei Ermahnungen oder Maßregelungen resistent, empört und uneinsichtig?
- Hatten Sie bei diesen Schülern den Eindruck, dass sie trotz schlechter Leistungen durchaus intelligent und fähig sind und unter ihren Möglichkeiten bleiben?
- Waren diese Schüler eher isoliert in der Klassengemeinschaft?

III. *Fragen zu eigenen Vorkenntnissen über ADHS und über Lösungsmöglichkeiten*

- Was bedeutet die Abkürzung ADHS?
- War Ihnen bekannt, dass es sich um eine erbliche neuronale Störung handelt, die bei etwa 50-60 % der betroffenen Kinder auch im Erwachsenenalter weiter besteht? (insgesamt 5-6 % der Kinder haben ADHS oder ADS)
- Kennen Sie Therapieansätze unabhängig von Medikamenten?
- Kennen Sie Einrichtungen, die Schülern mit ADHS helfen?
- Kennen Sie Unterrichtsmethoden oder schulische Maßnahmen, die bei ADHS helfen können?

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Was kann ich als Lehrer tun?

- Wenn der Verdacht aufkommt, dass ein Kind aufmerksamkeitsgestört, hyperaktiv, hypoaktiv sein könnte, sind folgende Schritte sinnvoll:
 - Differenzierte Beobachtung und Beschreibung des Verhaltens
 - Gibt es aktuelle kritische Ereignisse, die Ursache des Verhaltens sein können?
 - Wann treten die Aufmerksamkeitsstörungen auf, zu welcher Tageszeit, an welchen Wochentagen, in welchen Unterrichtsfächern, bei welchen Unterrichtsformen oder Personen?
 - Aufzeichnung dieser Beobachtungen, um mögliche Veränderungen oder Verläufe zu dokumentieren
 - Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, besonders auch SKG, wenn das Kind dort vorher schon gewesen ist (die Beobachtungsmöglichkeiten sind im SKG sicher besser und ausführlicher zu bewerkstelligen als in großen Klassenverbänden), um bereits vorliegende Informationen zu erhalten
 - Kontakt zu Eltern, um herauszufinden, ob die Probleme des Kindes auch zu Hause auftreten oder sich auf die Schule beschränken
 - Die Eltern fragen, ob sie eine Erklärung für das Verhalten des Kindes haben
 - **Achtung:** Lehrer sollten sich nicht zu einer Diagnose hinreißen lassen, sondern bei einer Beschreibung der beobachteten Einzelheiten bleiben. Eine Diagnose erfordert stets eine umfassende Untersuchung. Diese ist nicht Aufgabe der Schule!

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Was kann ich als Lehrer tun?

- An wen sollen sich Eltern dann wenden, welche Hilfestellungen kann ich geben?
 - Informationen über Selbsthilfegruppen und Ansprechpartner in der Nähe:
 - z.B. Magarethe Gatzen, Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind, Gütersloh, Tel.: 05241/40730
 - Gerhard Birth, ebenfalls AÜK, Rheda-Wiedenbrück, Tel.: 05242/982000
 - Hinweise auf Informationsmaterial zu ADHS geben (Literatur, Internet) siehe Anhang des handouts.
 - Die sachgerechte Diagnose über eine Aufmerksamkeitsstörung liegt in der Verantwortung von Fachleuten:
 - Kinder- und Jugendärzte (auch hier sollte mittlerweile ein vernünftiger Informationsstand erreicht sein!)
Kinder- und Jugendpsychiater in Zusammenarbeit mit Psychologen
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm
 - soz.- pädiatrisches Zentrum Bethel
 - ADHS-Institut in Bielefeld
 - Mit den genannten Personen und Einrichtungen zum Wohle des Kindes kooperieren.

Bitte denken Sie daran: Vielleicht sind Sie die erste Person, die um Rat oder Auskunft gebeten wird.

Möglicherweise hängt es von Ihnen ab, dass ein oft langer Irrweg mit fatalen Folgen für das Kind vermieden werden kann!

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Was kann ich als Lehrer tun?

- **Was kann ich als Lehrer zur Diagnostik beitragen?**
 - Die **Beobachtungen** der LehrerInnen können Anlass zu einer Untersuchung des Kindes sein. Darüber hinaus können LehrerInnen wichtige zusätzliche **Hinweise** über die Ausprägung der Symptomatik geben. Kinder mit ADHS zeigen in einer Untersuchungs- und Testsituation, in der sie mit einem Berater alleine sind, die Verhaltensauffälligkeiten meist nicht in dem Maße, wie sie tagtäglich in der Schule zu beobachten sind. Häufig sind sie sogar in der Testsituation ausgesprochen gut. (Das Kind genießt zuweilen die exklusive Aufmerksamkeit.)
 - Möglichst **differenzierte Aufzeichnung** über das Verhalten des Kindes, sowie die Bearbeitung eines dafür vorgesehenen **Arbeitsbogens** (siehe Anhang)
 - **Überprüfung** der Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen, kurzfristige **Rückmeldung** an Eltern
 - **Wichtig:** Alle medizinischen und therapeutischen Maßnahmen sollen dem Kind helfen, seine Verhaltensproblematik besser steuern zu können, sich besser in das schulische Umfeld zu integrieren und nicht zuletzt an Lebensqualität zu gewinnen (Erfolgserebnisse, soziale Akzeptiertheit usw.) Ohne die **zwingend notwendige und gebotene Mitarbeit der LehrerInnen** lässt sich ein Therapieerfolg nicht einschätzen!

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Professionalisierung

- **Machen Sie sich schlau!**
 - Wenn Sie diese Folie sehen, dann haben Sie schon den ersten Schritt getan. Sie Informieren sich!
- **Halten Sie Kontakt!**
 - Der Kontakt zu Eltern und anderen mitbehandelnden Personen und Institutionen ist nicht nur für das Kind und seine Familie wichtig, sondern auch für Sie!
 - Der Kontakt zu den Eltern sollte nicht vorwurfsvoll sein, sondern kooperativ gestaltet werden. In der Regel sind beide Parteien aufeinander angewiesen und verfolgen das gleiche Ziel. Hinzu kommt, dass Eltern ohnehin schon extrem belastet sind, denn das Kind wird sicher nicht nur in der Schule auffallen.
- **Lassen Sie sich helfen!**
 - Ein AD(H)S-Kind in der Klasse ist eine echte Herausforderung. Mit den, auf eine andere Zielgruppe zugeschnittenen, pädagogischen Maßnahmen kommen Sie nur bedingt weiter. Besprechen Sie mit den Eltern, den Ärzten und Therapeuten eine gemeinsame Therapie und lassen Sie sich von diesen Personen Tipps geben.
 - Hilfreich sind kollegiale Konsultationen und möglicherweise auch gegenseitige Unterrichtshospitationen. Dies nützt nicht nur dem Kind, sondern entlastet auch Sie selbst. Diese Konsultationen sind jedoch nur dann hilfreich, wenn Ihr Gegenüber auch informiert ist. Deshalb liegt es auch in Ihrem ureigenen Interesse, dass entsprechende Informationsveranstaltungen und Fortbildungen zu diesem Thema wahrgenommen werden.
 - Schaffen Sie Literatur für die Schule an. Stellen Sie diese aber bitte nicht nur ins Regal.

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Grundsätzliches

Lob

- Lob ist der Schlüssel zu ADHS-Kindern, zum einen, weil sie eigentlich nur getadelt und ermahnt werden und deswegen regelrecht hungern nach guten Worten. Ein weiterer wichtiger Aspekt des Lobens besteht darin, dass Lob gute und starke Gefühle hervorruft, durch die das limbische System angeregt wird. Bei Anregung dieses Hirnbereichs, in dem unsere Gefühle "gemacht" oder verstärkt werden, können die Kinder ihre Aufmerksamkeitsstörung zumindest teilweise kompensieren und werden konzentrierter und zugänglicher.

Personenvariable

- Kinder mit ADHS reagieren extrem sensibel auf die s.g. Personenvariable.
- Sie spüren sofort, ob jemand sie mag und ob ihnen jemand gewachsen ist.
- ADHS Kinder testen an jedem Setting ihre Grenzen aus.

Liebevoll „stur“

Das, was für andere Kinder schon an Gängelung grenzt ist für ADHS-Kinder notwendige Orientierung.

Mit Zureden ist bei Kindern mit ADHS wenig zu erreichen, eher schon mit deutlichen kurzen und klar formulierten Aufträgen und dem begleitenden und beobachtenden Beharren auf deren Erledigung.

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Grundsätzliches

Bitte nicht persönlich nehmen

Verbale Attacken sind selten wirklich persönlich gemeint. Eher sind es ungesteuerte Unmutsäußerungen. Daher gelassen und direktiv das Kind unterbrechen, wenn nötig, es aus dem Raum entfernen (Auszeit). Hier ist Souveränität gefragt.

Sie sind der Kapitän an Bord

Spielen Sie nicht das Spiel des Kindes. Lassen Sie sich nicht auf endlose Diskussionen ein und versuchen Sie auch nicht alles immer wieder bis ins kleinste Detail zu erklären. Sie sind der Kapitän und das Kind ist der Schiffsjunge. Wenn Sie Nein sagen, dann heißt das auch Nein, ohne wenn und aber. Bleiben Sie dabei aber möglichst ruhig und gelassen. Wenn das Kind spürt, dass sie es **trotz allem** akzeptieren, wird es in der Regel Ihre Anweisungen befolgen.

Nur nicht nachtragend sein

Niemand ist ein Übermensch, auch Sie nicht. Also wird es früher oder später zu Situationen kommen, wo alle Gelassenheit von Ihnen weicht und Sie froh sind, dieses Kind nur noch von hinten sehen zu müssen.

Ok, lassen Sie im Lehrerzimmer oder in einer stillen Kammer Ihre Wut raus. Versuchen Sie dann aber, die nächste Stunde wieder vorbehaltlos zu starten.

Ein ADHS-Kind ist in der Regel nicht nachtragend. Sie sollten es auch nicht sein. Nur so schaffen Sie es, eine positive Beziehung zu einem solchen Kind aufzubauen und zu erhalten.

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Grundsätzliches

Das rosa Buch

Möglicherweise tritt doch mal der Fall ein, wo es Ihnen schwer fällt, das Kind in einem positiven Licht zu sehen. Dann könnte sich das s.g. rosa Buch als hilfreich erweisen. Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und schreiben Sie alles positive zu diesem Kind auf. Befragen Sie auch die KollegInnen.

Niemand, weder das forderndste Kind noch der schlechteste Lehrer hat nur negative Eigenschaften. Sie müssen nur die positiven Merkmale suchen. Allein diese Handlung hilft Ihnen dabei, Ihre Einstellung zu dem Kind zu korrigieren.

Außerdem ist das Kind krank! Es hat ein Recht auf Ihre Hilfe und ist dringendst darauf angewiesen.



AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Praktisches

Rituale

Es ist eine Bauernweisheit, dass Rituale Kindern die Orientierung erleichtern. Dies trifft im besonderen Maße auf AD(H)S-Kinder zu.

Strukturen transparent machen

Kleinigkeiten können helfen, dass sich AD(H)S-Kinder besser zurechtfinden. Hier einige Beispiele:

Hängen Sie eine Uhr mit Zeiger auf. AD(H)S-Kindern mangelt es am Zeitverständnis. Sie leben im Hier und Jetzt. Durch eine Uhr mit Zeiger, visualisieren Sie die Zeit. Sie wird für diese Kinder berechenbar.

Nutzen Sie eine Tafelhälfte für die Visualisierung des Unterrichtsablauf. Damit wird es diesen Kindern möglich einzuordnen, in welcher Unterrichtsphase sie sich gerade befinden.

Zeit für Bewegung

Gift für alle AD(H)S-Kinder ist das lange ruhige Sitzen während des Unterrichts. Planen Sie entsprechende Bewegungspausen oder Bewegungsspiele/-Aufgaben in Ihren Unterricht mit ein.

Verteilen Sie Aufgaben wie Tafelputzen oder Getränke holen an solche Kinder

Ignorieren Sie häufige Gänge zum Papierkorb, sofern es den Unterricht nicht zu sehr stört.

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Praktisches

Wenn es mal Streit gibt

Wenn es irgendwo Streit gibt, dann sind AD(H)S-Kinder meist nicht weit. Doch oft trägt der Schein! Nicht immer ist dieses Kind Schuld an dem Streit. Da sie in der Regel sehr sensibel sind und einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn besitzen, haben sie vielleicht nur versucht den Streit zu schlichten und sind dabei zwischen die Fronten geraten.

Auch wissen die Mitschüler häufig sehr genau, „auf welche Knöpfe“ sie bei einem AD(H)S-Kind drücken müssen, um es zu provozieren. Seien Sie deshalb zurückhaltend mit Schuldzuweisungen.

Wenn nichts mehr geht

Früher oder später wird die Situation eintreten, wo nichts mehr geht. Dann hilft nur noch die Auszeit. Sprechen Sie ein solches Vorgehen mit den Eltern ab. Dadurch geben Sie dem Kind die Möglichkeit seinen „überdrehten Motor“ wieder auf normale Touren herunter zu fahren. Wenn Sie das Kind wieder in den Unterricht holen, verhalten Sie sich so, als wenn nichts gewesen wäre. Der Versuch die Situation in diesem Moment nachzuarbeiten, führt nur dazu, das sein „Motor“ wieder aufdreht.

Sagen Sie deutlich, welches Verhalten Sie wünschen

Wenn Sie ein AD(H)S-Kind dazu bewegen wollen etwas zu tun, dann sagen Sie deutlich welches Verhalten Sie wünschen.

Nicht: „Nicht wieder so rumschmieren.“

Besser ist: „Versuch auf den Linien zu bleiben.“

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Praktisches

Schau mir in die Augen Kleiner

Wenn Sie mit einem AD(H)S-Kind reden, dann versichern Sie sich seiner Aufmerksamkeit durch Blickkontakt und/oder leichter Berührung, z.B. Hand auf Schulter legen (wenn das Kind das zulässt).

Zeit für die Hausaufgaben

- Schreiben Sie die Hausaufgaben klar und übersichtlich an die Tafel.
- Geben Sie ausreichend Zeit, die Hausaufgaben abzuschreiben. Kurz vor dem Klingel zu sagen: „... und hier noch die Hausaufgaben.“ ist der sicherste Weg, dass ein AD(H)S-Kind die Hälfte nicht mitbekommt.
- Führen Sie ein Hausaufgabenbuch. Kontrollieren Sie die Eintragungen.

Graphomotorik

- Oft haben AD(H)S-Kinder große Schwierigkeiten mit dem Schreiben. Aufgrund motorischer Einschränkungen ist Schreiben für sie ein echter Kraftakt, der sie schnell ermüdet. Sie kritzeln nicht aus Unlust, sondern aus Unvermögen. Deshalb sind sie in der Regel bei der Ausführung schriftlicher Aufgaben sehr „sparsam“. Mündlich haben sie oft sehr viel mehr zu bieten. „Ach wären diese Kinder doch mit einem Diktafon auf die Welt gekommen!“ (Cordula Neuhaus). Bewerten Sie schriftliche Leistungen entsprechend!

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Praktisches

Beim Sport und auf dem Pausenhof

- AD(H)S-Kinder können nicht toben. Je mehr Freiraum sie haben, desto mehr nutzen sie diesen aus. Moderiertes Toben ist hier viel besser. So haben auch Sie die Situation besser unter Kontrolle und müssen nachher nicht die Scherben aufkehren. Entsprechende Spielangebote in den Pausen sind hierbei sehr hilfreich.
- Ein AD(H)S-Kind kann nicht so schnell runterschalten wie andere Kinder. Typisches Beispiel aus dem Sportunterricht:
Alle Kinder sind beim freien Spiel. Dann will der Lehrer, dass sich die Kinder in der Mitte der Turnhalle versammeln. Während alle schon im Mittelkreis sitzen, hampelt das AD(H)S-Kind noch rum als hätte es nichts mitbekommen. Besser ist es in solchen Situationen, den nächsten Schritt langsam einzuleiten. Geben Sie dem AD(H)S-Kind eine Aufgabe, bei dem es sehr viel Kraft einsetzen muss (propiozeptive Reize). Durch die hohe Muskelanspannung fährt der „Motor“ runter. (Ist z.B. das Prinzip bei der Muskelentspannung nach Jakobsen)
- In diesem Zusammenhang überlegen Sie, ob Sie bei solchen Kindern nicht das Kaugummi während des Unterrichts zulassen können. Der Kaureiz hat dieselbe Wirkung.

Gehört das AD(H)S-Kind überhaupt auf unsere Schule

- In der Regel JA!
- AD(H)S hat nichts mit verminderter Intelligenz zu tun. Diese Kinder sind nicht dumm. Bei entsprechender Förderung können diese Kinder alles schaffen was andere Kinder auch schaffen, manchmal sogar mehr.
- Diese Überlegung ist zunächst auch der falsche Ansatz. Nicht schauen, was können andere für das Kind tun, sondern überlegen was kann ICH für das Kind tun. Und das was Sie tun können ist eine ganze Menge! Seien Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst.

AD(H)S – Aufmerksamkeits-Defizit Störung

Umgang mit dem AD(H)S-Kind im Unterricht - Praktisches

Wer soll das alles leisten?

- Natürlich Sie!
- Unbestritten sind AD(H)S-Kinder für alle eine Herausforderung (nicht Problem). Wenn Sie sich aber die Tipps und Ratschläge genau anschauen, dann werden Sie feststellen, dass Sie vieles von dem hier Vorgestellten schon machen, vielleicht nur nicht in der nötigen Konsequenz.
- Vieles gehört ohnehin zu Ihrem professionellen pädagogischen Handwerkszeug.
- Vieles tut nicht nur AD(H)S-Kindern gut. Sie werden merken, dass auch andere Kinder davon profitieren.

In der Ruhe liegt die Kraft



Wie lerne ich am besten?

Jeder Mensch hat seine eigenen Lerntechniken entwickelt, mit denen er am besten zurecht kommt. Im Unterricht ist es günstig, wenn dies mit den Lehrern/Lehrerinnen besprochen wird, damit diese sich darauf einstellen können.

Auf der nachfolgenden Liste finden Sie verschiedene Möglichkeiten, die vorkommen. Keine ist davon die beste oder richtige Methode: wichtig ist nur, was sich am besten bei Ihnen bewährt hat. – **Mich interessieren Ihre Antworten. Sie können diese aber auch für sich behalten, wenn Sie nicht darüber sprechen wollen. - Es ist auch für Sie wichtig, besser zu erkennen, wie Sie am besten aufnehmen und behalten können.**

0 durch Zuhören im Unterricht

0 durch Mitschreiben des Gesprochenen

0 durch Tafelanschriften bzw. flipcharts, Pinnwände

0 durch Abschreiben von der Tafel

0 durch ein Lehrbuch

0 durch Abschreiben des Lehrbuchtextes

0 durch eigene Kurzfassungen aus dem Lehrbuch

0 durch Papiere, die für die Stunde von Lehrer/Lehrerin verteilt werden

0 am besten allein zu Hause mit Ruhe

0 am besten zu Hause mit Musik

0 am besten zu Hause mit Fernsehen

0 am besten zu Hause mit Bewegung

0 am besten mit anderen zusammen, z.B. Lerngruppe

0 durch Nachhilfe

0 am besten unter Druck vor Prüfungen

0 am besten regelmäßig

0 durch gute Nachhilfe

Zusatzfragen auf dem 2. Blatt: www.schimansky-netz.eu unter Literatur unter ADHS der „Bochumer Suchtest“

bei etwa 2-4 % der Erwachsenen bestehen Lernstörungen dadurch, dass sie stark in ihrer Aufmerksamkeit gestört werden, wenn andere dazwischen reden, in der Klasse, Uni, Arbeitsplatz Lärm ist usw.

Hierzu können Sie den Suchtest runterladen, der Ihnen Aufschluss darüber gibt, ob eine solche Aufmerksamkeitsstörung AD(H)S bei Ihnen vorliegt, die man gut behandeln kann.

Außenfilter-Test bei AD(H)S (Stand 17.08.2013) und Links über www.schimansky-netz.eu

3 Personen setzen sich fächerförmig nah, 50-100 cm, vor die Testperson, bei der geklärt werden soll, ob AD(H)S vorliegt. Alle 3 haben die Aufgabe, gleichzeitig laut von einem der letzten Urlaube zu erzählen. Die Testperson hat die Aufgabe, nur die Person gegenüber in der Mitte zu hören und deren Urlaubsgeschichte zu behalten. (Ohne ADHS schaffen wir das ohne Anstrengung beim „Party-talk“.) Nach einigen Minuten wird abgebrochen, ggf. auch eher, wenn es der Testperson rasch zuviel wird. **Einige ADSler hören sofort nur Wortbrei, Lärm, andere halten etwas durch und dann geht nichts mehr, wieder andere können alle 3 Geschichten einige Zeit lang mitkriegen, dann geht nichts mehr.** Falls das Filtern, also nur die Person in der Mitte hören, nicht gelingt, wird Methylphenidat 10 mg mit Wasser gegeben; bei Hyperaktiven 20 mg. - **Nach 1 Stunde wird der Test genauso wiederholt.** Wenn AD(H)S vorliegt, sitzt die Testperson ruhig und entspannt da, hört nur das Gegenüber in der Mitte, kann dessen Geschichte wiedergeben - und hat die anderen nicht gehört. – Der häufigste Kommentar ist dann: „Das ist eine ganz andere Welt“.

Diesen **Außenfilter-Test bei AD(H)S** habe ich vor Jahren aus den praktischen Erfahrungen heraus entwickelt, um eine rasche Diagnostik bei Erwachsenen zu ermöglichen. Die bisherige Diagnostik bei Erwachsenen basiert neben Anamnese und Verhaltensbeobachtung auf **Fragebogen**, die Sie von der website des Bundesgesundheitsministeriums runterladen können: www.adhs.info oder direkt www.zentrales-adhs-netz.de und **Computeraufgaben**. Auf meiner website sehen Sie unter Literatur bei ADS den **Bochumer Sreening-Test** von OA Dr. Marc Edel, dessen Auswertung auf meine Bitte hin sehr vereinfacht wurde, da die meisten KollegInnen nichts mit Cut-off-Anwendungen usw. anfangen konnten. Mein Link auf meiner website zu den Artikeln der **Bundesärztekammer** führt Sie auch zu den dort beschriebenen Testverfahren.

Die Diagnose bei Erwachsenen wird immer noch von vielen Psychiatern, Psychotherapeuten und auch Kliniken nicht gestellt, z.T. immer noch als Mode-Diagnose bezeichnet und abgelehnt - trotz der wissenschaftlichen Leitlinien (ab 2003!). Zudem ist der ICD10 zu eng und starr für die AD(H)S-Diagnostik, weshalb der Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA, vorschlug, dass Kinder und Jugendliche nur noch nach **DSM IV** getestet werden sollen, da dessen Kriterien die Realität besser abbilden.

Für Erwachsene sind nun ähnliche Regularien vorgeschrieben, verbunden mit der Kassen-Zulassung von Medikinet adult als erstem Methylphenidat-Präparat, für das ab 15.7.2011 nur noch Rezeptgebühr zu zahlen ist. Bis dahin war nur off-label-Verordnung möglich.

Mit Geltung ab 13.06.2013 hat der A-GB verfügt: (für Medikinet adult):

„bei Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren mit Hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADS / ADHS), sofern die Erkrankung bereits im Kindesalter bestand, im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

- Die Diagnose erfolgt angelehnt an **DSM-IV Kriterien oder Richtlinien in ICD-10** und basiert auf einer **vollständigen Anamnese und Untersuchung** des Patienten.
- Diese schließen ein **strukturiertes Interview mit dem Patienten zur Erfassung der aktuellen Symptome, inkl. Selbstbeurteilungsskalen** ein.
- Die **retrospektive Erfassung des Vorbestehens einer ADHS im Kindesalter muss anhand eines validierten Instrumentes (Wender-Utha-Rating-Scale-Kurzform (WURS-k) erfolgen.**
- Die **Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen verordnet** (Fachärzte für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztliche Psychotherapeuten gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie) und unter dessen Aufsicht angewendet werden.
- In therapeutisch begründeten Fällen können bei fortgesetzter Behandlung in einer Übergangsphase bis maximal zur Vollendung des 21. Lebensjahres Verordnungen auch von Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden.
- In **Ausnahmefällen dürfen auch Hausärztinnen/Hausärzte Folgeverordnungen** vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt.
- Der **Einsatz von Stimulantien ist im Verlauf besonders zu dokumentieren, insbesondere die Dauertherapie über 12 Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollten.**“

Die Pharma-Firma Medice, Iserlohn, bietet für Ärzte auf Anforderung kostenlos Mappen mit den geforderten Testverfahren an (IDA und WURS-k): kostenlos Tel. 0 800 434 75 32

Diagnostische Kriterien der ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung nach: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994) Letzte Aktualisierung dieser Seite: 02.12.2008

Die Klassifikationssysteme psychischer Störungen definieren das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom als eine Störung mit Beginn im Kleinkindalter, der Kindheit und Adoleszenz.

Für eine ADHS-Diagnose nach DSM IV **müssen** entweder [A1](#) und/oder [A2](#) sowie [B](#), [C](#), [D](#) & [E](#) zutreffen.

A1 Unaufmerksamkeit

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergesslich

A2 Hyperaktivität und Impulsivität

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig "auf Achse" oder handelt oftmals, als wäre er/sie "getrieben"
- redet häufig übermäßig viel

Impulsivität

- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zuende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

B

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf

C

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause)

D

Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein

E

Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)

Subtypen:

- **TYP 1:** Wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.00) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus
- **TYP 2:** Wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.0 (ICD-10 F98.8) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend Unaufmerksamer Typus
- **TYP 3:** Wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus
- Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt ADHS-Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird "teilremittiert" spezifiziert.

Ich interessiere ich mich seit langem dafür, wie ÄrztInnen an der Front (Praxis und Klinik) rasch etwas klären können. Hier hat sich der **Außenfilter**-Test bewährt, da er ein Grundproblem der ADS-ler sofort deutlich macht: **ADSler können gesprochene Worte im Raum nicht filtern und begrenzen auf 1 Person**, da das Gehirn auf Grund des genetisch bedingten zu raschen Dopaminabbaus im synaptischen Spalt nicht **zwischen wichtig und unwichtig automatisch entscheiden** kann mit der Folge, dass alle Worte im Raum gleich wichtig sind und verstanden werden müssen. Die Folge ist Chaos im Kopf.

Den defizitären **Innenfilter** (alle Gedanken, Assoziationen usw. sind gleich wichtig und führen zum Verzetteln und "Vergessen") können die ADSler gut beschreiben. Sie können z.B. kein Buch zuende lesen, besonders langweilige Texte. Lernen können sie meist nur nachts, - auch wegen der geringeren Außenreize.

Methylphenidat ist auch ein **Diagnostikum**:

Menschen ohne ADHS mit normaler Dopaminzufuhr im synaptischen Spalt werden wenig spüren, evtl. Blutdruckanstieg. – Bei Gesunden verbessert es übrigens nachweisbar das Lernen und Behalten nicht!!!

Es putscht nicht so auf wie andere Weckamine (Speed), weshalb es kaum Suchtpotential hat.

ADSLer dagegen werden dadurch ruhig und klar im Kopf, weil der zu rasche Dopamin-Abbau normalisiert wird und so - je nach Dosis - genügend Dopamin zugeführt wird. Manche ADSler merken nichts oder kaum etwas, fühlen sich sogar müde - sie sind dann unterdosiert.

Meine Empfehlung ist also, als ÄrztInnen bei Verdacht auf AD(H)S diesen Außenfiltertest auszuprobieren, da Sie oft keine Profis finden, die sich rasch damit beschäftigen. – Dann kann rascher die Überweisung zu einem Psychiater erfolgen, der nach den B-GA Richtlinien vom 13.6.13 die Diagnostik macht. Die Lebensqualität Betroffener ändert sich schlagartig, wenn sie die geeignete Dosierung bekommen. – Erste wissenschaftliche Prüfungen des Tests laufen.

Etwa 5-7 (8) % der Kinder haben nach DSM IV AD(H)S, etwa 4 (5) % der Erwachsenen behalten die Symptomatik bei, oft verkannt wegen der komorbiden Störungsbilder:

- Die Hälfte, also etwa 2 % der jungen Erwachsenen trinken **Alkohol** und/oder **kiffen**, um den Kopf zuzumachen, nicht weil sie süchtig sind.
- Andere haben durch die von Kindheit an häufigen Kritiken, die sich auf Zappeligkeit, Vergessen, Fehler und Nichtzuhören beziehen, eine **soziale Phobie vom Bewertungstyp (Angst vor Entwertung)** entwickelt mit **Selbstwertproblemen**: sie können das Verhalten nicht ändern trotz Anstrengung und können es sich selbst nicht erklären.
- Schließlich gibt es **depressive Bilder** auf Grund der erschöpften Energiespeicher (Noradrenalin), die der üblichen Depression sehr ähnlich sind. - Bei **AD(H)S sind Dopamin und Nordadrenalin** (durch die ständige Mühe, sich zu konzentrieren) vermindert, bei der **Depression sind Serotonin und auch Noradrenalin** (kein Antrieb mehr) vermindert. Die Antidepressiva Mirtazapin und Venlafaxin wirken auf die beiden letzteren. Sie werden öfter gegeben, weil die Regresse der Krankenkassen bei der Verordnung von Methylphenidat massiv zugenommen hatten, lösen aber die Dopamin-gesteuerte Konzentrationsproblematik kaum.

ADHSlerinnen

- **trinken oft viel Kaffee, weil sie dann ruhig werden und auch einschlafen können**
- **rauchen oft viel**
- **trinken oft Alkohol**
- **als Jugendliche kiffen sie oft**

Deshalb fragen Sie alle ADHSlerinnen nach Rauchen, Kaffee, Alkoholgebrauch, Kiffen und prüfen Sie alle Raucher, Kaffeetrinker, Alkoholtrinker und Kiffer auf ADHS.

Sie sollten immer auch zusammen überlegen, von welchem Elternteil es vererbt wurde und welchem Kind es weitervererbt wurde. – Eltern mit unbehandeltem ADHS haben große Probleme mit ihren ADHS-Kindern, aber auch mit den Kindern ohne ADHS.

Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10. Dezember 2008 – Kinder:

3.5.2 Hyperkinetische Störungen und Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität

Ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten liegt keine Teilhabebeeinträchtigung vor.

Bei sozialen Anpassungsschwierigkeiten

– ohne Auswirkung auf die Integrationsfähigkeit beträgt der GdS 10 – 20.

– mit Auswirkungen auf die Integrationsfähigkeit in mehreren Lebensbereichen (wie zum Beispiel Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) oder wenn die Betroffenen einer über das dem jeweiligen Alter entsprechende Maß hinausgehenden Beaufsichtigung bedürfen, beträgt der GdS 30 – 40.

– mit Auswirkungen, die die Integration in Lebensbereiche nicht ohne umfassende Unterstützung oder umfassende Beaufsichtigung ermöglichen, beträgt der GdS 50 – 70.

– mit Auswirkungen, die die Integration in Lebensbereiche auch mit umfassender Unterstützung nicht ermöglichen, beträgt der GdS 80 – 100. – Dann steht da einfach so:

„Ab dem Alter von 25 Jahren beträgt der GdS „regelhaft“ nicht mehr als 50.“ !!!

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):
Methylphenidat auch für Erwachsene: BfArM erweitert Zulassung
<http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Presse/mitteil2011/pm02-2011.html>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:

**Hinweise zur Mitnahme von Betäubungsmitteln
bei Auslandsreisen**

<http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reisen-inhalt.html?nn=1010386>

Reisen in die Staaten des Schengener Abkommens

(zur Zeit: Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn)

**Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln
(Artikel 75 Schengener Durchführungsabkommen):**

http://www.bfarm.de/SharedDocs/1_Downloads/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reise_scheng_formular.pdf;jsessionid=2EEC9A8947ACE9797DD879F582F47ECE.1_cid103?_blob=publicationFile

**Reisen in andere Länder
außerhalb des Schengen-Raumes**

Empfehlung der Bundesopiumstelle:

**Leitfaden für Reisende
des Internationalen Suchtstoffkontrollamtes:**
(International Narcotics Control Board, INCB)

International guidelines for national regulations concerning
travellers under treatment with internationally controlled drugs

http://www.incb.org/incb/en/psychotropic-substances/travellers_guidelines.html

**Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln
behandelt werden und mit diesen verreisen**

http://www.bfarm.de/SharedDocs/1_Downloads/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reise_andere_formular.pdf?_blob=publicationFile

Zusammenstellung von Informationen des
Internationalen Suchtstoffkontrollamtes (INCB) über

Einreiseformalitäten der einzelnen Staaten
<http://www.incb.org/incb/en/publications/Guidelines.html>

Hinweise zur Gruppenarbeit für Hausärzte (Dr. Schimansky)

Für viele unbekannt ist die **Ziffer 20 GOÄ: Beratung in der Gruppe bei chronischen Krankheiten**; je 50 Minuten Dauer; bis 12 Teilnehmer; mit Steigerungsbetrag 2,3 je Teilnehmer 16,09 EUR. Wird von Privatversicherungen erstattet, nicht von Krankenkassen.

Keine besondere Qualifikation erforderlich, jeder approbierte Arzt kann dies abrechnen.

Alle **Krankheitsbilder** (somatisch, psychisch): z.B. Schmerzpatienten, Diabetiker, Hypertoniker, Asthmatiker, Angst- und laut Bundesärztekammer auch psychiatrische Pat.

Keine methodische Vorgabe: Sie können Vorträge halten, Gruppendiskussion fördern (was meinen die anderen dazu? Wer hat welche günstigen Erfahrungen gemacht? Frage 3 aus GOG), auch sonst alles, was den Teilnehmern nützt. - Sie können auch sehr gut das PET dabei machen.

Hinweise zur **Gruppenzusammenstellung**:

Geschlechtermischung 50:50 am besten, entspannt und belebt. Leiterin/Leiter zählt mit!

12 Teilnehmer sind günstig, kleine Gruppen sind „heißer“ – keiner kann sich zurückziehen.

Keine singuläre Minorität! Also nicht nur 1 alten oder jungen Patienten dabei, oder nur 1 Ausländer, nur 1 mit deutlich anderem Dialekt, nur 1 Alkoholiker. Auch andere Diagnosen sollten mehrfach vertreten sein. Man braucht mindestens 2, um sich solidarisieren zu können.

Suchtkranke nicht mit anderen Patienten mischen, in Krisen schwer steuerbar.

Ob die **Patienten zusammenpassen**, hängt einmal von der Thematik ab und wie sie vermittelt wird (Vortrag über gesunde Lebensführung, Krankheitsbilder usw. kann breite Streuung der Patienten ansprechen), bei Gruppenarbeit im engeren Sinne jedoch von den Beziehungsmustern der Teilnehmer: am besten können Sie dies rasch erkennen, wenn Sie sich vorstellen, wen Sie zusammen zu einem **Abendessen** einladen würden und wer neben wem sitzen sollte.

Sie sollten aus der anfangs geschlossenen Gruppe nahtlos eine **halboffene Gruppe** machen, in die also immer wieder neue Pat. kommen. Diese Gruppen laufen leichter, weil sie eine Gruppengeschichte mit Erfolgen und Vertrautheit transportieren.

Gruppendynamik: in Gruppen entwickelt sich ein Führer (alpha), Mitläufer, Normenhüter, Adjutanten (gammas), Fachleute, ja-aber-Kommentatoren (betas), Gegner von alpha, Sündenbock (omega). – Leiter muß omega stützen, um den Mut in der Gruppe zu fördern, sich frei äußern zu können!

Muster für ein Infoblatt mit Vertrag

Gruppenberatung bei chronischen Krankheiten, Ziffer 20 GOÄ; keine Leistung der Krankenkassen
Ich habe Ihnen eine Gruppenbehandlung vorgeschlagen, weil diese in vielen Fällen wirksamer ist als die Einzelberatung. Ich leite die Gruppe. In der Gruppenberatung lernen Sie mit anderen zusammen, wie Sie Ihre Beschwerden bessern können durch einen besseren Umgang mit der Krankheit. Sie bekommen dazu Informationen von mir und von den Gruppenmitgliedern. Ihre aktive Mitarbeit ist wichtig.

Es besteht Schweigepflicht für die Teilnehmer nach außen.

Ort: Praxis

Zeit: alle 14 Tage Montag, 19.00-19.50 Uhr, s. gesonderte Terminliste

Kosten: 16,09 EUR je Sitzung. Sie bekommen eine Rechnung (nach GOÄ vorgeschrieben!).

Teilnahmedauer: vereinbart werden vorerst 10 Sitzungen, Verlängerung möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Dr.....

Einverständniserklärung: Ich nehme an der Gruppe teil und akzeptiere die Bedingungen.

Datum..... Unterschrift.....Name, Vorname.....

Anschrift.....

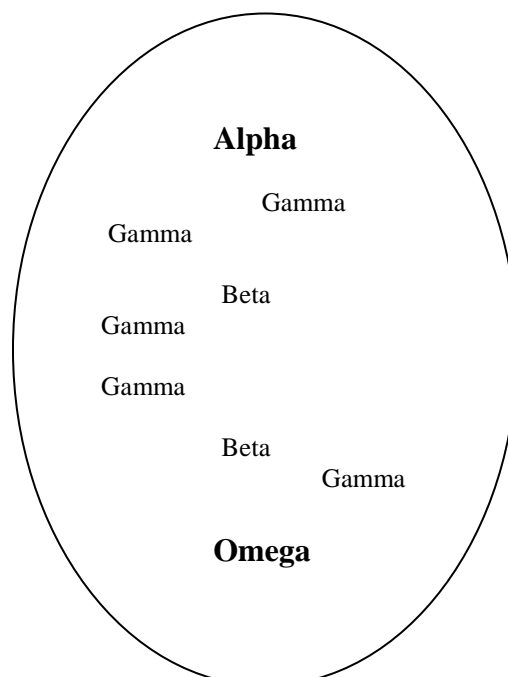
Soziodynamische Funktionsverteilung in Gruppen (Schindler/Heigl-Evers)

Folgende Positionen lassen sich in Gruppen unterscheiden:

- **Alpha:** Führer, Anführer, Repräsentant der Gruppenaktion und des Gruppenwillens
- **Gamma:** mit 3 Möglichkeiten
 1. **Adjutant: identifikatorisch-partizipierende Rolle**
 2. Mitglied oder Mitläufer: Bereitschaft oder Tendenz, eine vorgegebene Teilaktivität zu einem sozial-sinnvollen Ganzen zu vervollständigen
 3. **Inquisitor oder Normenhüter: Über-Ich-Position, kritisch-überwachend**
- **Beta:** Beteiligung mit Einschränkung, ja – aber, Fachmann
- **Omega:** Gegner von Alpha, Sündenbock, kann aber Alpha entthronen und dessen Stelle einnehmen.

Bei der Zusammenstellung von Gruppen z.B. in Arbeitsfeldern, Teams, Kleingruppenarbeit in Schulen, Wohngruppen in sozialtherapeutischen/psychiatrischen Bereichen ist die Beachtung der Rollenqualitäten der einzelnen eine Hilfe für ein besseres Funktionieren der Gruppe.

In Gesprächsgruppen ist die wichtigste Aufgabe des Leiters: Omega zu stützen (ich finde es gut, daß Sie es wagen, gegen den Strom zu schwimmen, eine eigene Meinung zu vertreten gegen alle, dazu gehört Mut ...). Dadurch erhöht sich der Freiheitsgrad in der Gruppe, so daß andere auch eher eine eigene Meinung wagen. – Die Gefahr ist sonst, daß der Leiter die Ausstoßungstendenz von Gruppenteilnehmern gegenüber Omega übernimmt oder dies selbst als Auftrag an die Gruppe signalisiert (meist a verbal).



Personal Effectiveness Training (PET) nach Liberman: (für Gruppen mit hoher Fluktuation, in denen keine Kohäsion entsteht als Voraussetzung für Gruppentherapie! Ohne Hausaufgaben!)

Alle kleinen und großen Schwierigkeiten können hier bearbeitet werden - mit raschem Transfer des im Rollenspiel Gelernten in den Alltag. Dies Gruppenverfahren macht kaum Angst und stärkt rasch das Selbstwertgefühl, da nur **positives feedback** zugelassen wird unter besonderer Beachtung des **averbalen Verhaltens** (das in unserer Kommunikation oft wirksamer ist als Worte!).

Diese Methode ist hier noch relativ unbekannt, hochstrukturiert und für Kolleginnen/Kollegen sehr geeignet, die gern handeln und straffe Regie führen und rasche Fortschritte mögen.

Ablauf: (ich verwende die maskuline Oberfläche unserer Muttersprache)

Trocken-Rollenspiel:

Dabei fragt der Leiter freundlich, ob ein **Rollenspielwunsch** besteht für eine unklare Situation. Dann wird ein Rollenspiel gewählt (nicht lange fackeln): der Teilnehmer mit dem Rollenspielvorschlag fängt an, über die Situation zu berichten, - der Leiter steht dabei auf und holt den Patienten „auf die Bühne“, organisiert mit ihm die Szenerie (wo; wie es da aussieht, z.B. wie die Möbel stehen; welche Mitspieler welche Rollen spielen; was diese genau sagen müssen und wie sie sich verhalten sollen.). Die Mitspieler werden dann über ihre Rollen instruiert, das Rollenspiel läuft und wird vom Leiter nach 1-5 Minuten gestoppt, wenn das Verhaltensmuster und der Situationsdruck plastisch geworden sind. (Rollenspielsituationen vorher nie „zuende“ erzählen lassen, Spiele nie „zuende“ spielen lassen! Sonst ist die Luft raus.)

Dann folgt sofort die **1. Feedback-Runde:** Leiter fragt: „Was hat Herr X (also der Protagonist, der das Rollenspiel vorschlug und spielte) **schon gut** gemacht?“ – mit munter-forderndem Ton. Dabei wird gezielt nach dem **averbalen** Verhalten gefragt („Fernsehen ohne Ton“: Oberkörper, Arme, Beine, Gesicht), da häufig nur allgemeine Beschreibungen gegeben werden: er wirkte sicher, freundliche Ausstrahlung ... Der Leiter fragt deshalb genau nach, woran das sichtbar wurde, wie er das gemacht hat (mit Mund, Augen, Oberkörper, Händen usw.). **Jede Diskussion und jede Kritik wird schon im Ansatz unterbunden, da sie das Lernen für den Protagonisten blockiert!**

Dann folgt eine **2. Feedback-Runde:** Leiter fragt: „Was könnte Herr X noch **zusätzlich** oder **anders** (nicht „besser“!!!) machen?“ – **mit Schwerpunkt auf averbalem Verhalten.** Herr X wird dabei aufgefordert, sich die Vorschläge auf der Zunge zergehen zu lassen, dann 1 oder 2 Vorschläge auszuwählen, die ihm gefallen. Wenn er die Auswahl getroffen hat, sucht er einen Teilnehmer als Modell aus, der in unveränderter Spielsituation die Zusatzvorschläge vorspielt im

Modellspiel. Der Leiter steht mit Herrn X dabei so, daß das Modell gut beobachtet werden kann und souffliert ihm das averbale „neue“ Verhalten suggestiv zu.

Dann folgt ohne Diskussion sofort das **Testspiel**, in dem Herr X das Modell nachspielt. Leiter souffliert wieder neben ihm das Änderungsverhalten aus dem Modellspiel, wenn Herr X es nicht realisiert.

Dann folgt die **3. Feedback-Runde:** Leiter fragt: „Was war **besser** als im 1. Spiel?“ **erst an die Runde**, zuletzt an Herrn X. Hier ist regelmäßig allseitige optimistische Stimmung spürbar. Der Leiter bedankt sich bei allen Spielern und fasst für den Protagonisten zusammen, wie die Veränderungen der Körpersprache sich günstig auswirkten und dass er dies in künftigen Situationen ausprobieren sollte. Je Rollenspielsequenz sind ca. 15 Minuten sinnvoll, in 60 Minuten also 3-4 Protagonisten möglich. Am Ende der Gruppensitzung **verabschiedet** sich der Leiter mit **positivem feedback:** war heute mutig, intensive Mitarbeit, gute Stimmung, gute Fortschritte, Leiter ist gespannt, wie es weiter geht, tschüs, gute Heimfahrt.

Abrechnung für Psychiater/Nervenärzte/Psychotherapeuten: (Ziffer 20 für alle Ärzte möglich!)

Ziffer 20 GOÄ: Gruppenberatung bei chronischen Krankheiten, bis 12 TN, min. 50 Minuten, **16,09 EUR**

Ziffer A 888 GOÄ (analog 887): Psychiatrische Gruppenbehandlung, 3-8 TN, min. 50 Minuten, **26,81 EUR**

Frühere Ziffer 827 EBM: Psychiatrische Gruppenbehandlung, 3-8 TN, min. 50 Minuten, **250 Punkte**

Günstig sind 60 Minuten, alle 1-2 Wochen, Geschlechtermischung; ansonsten wegen der hohen Struktur keine strengeren Kriterien; kaum Kontraindikationen, besonders geeignet für Psychotiker! Ziffer 20 günstig wegen der größeren TN-Zahl, die Rückzug ermöglicht (kleine Gruppen sind „heißer“). Halboffene Gruppen sind günstiger als geschlossene Gruppen, leben ewig! Feste Rituale für Neue und bei Abschieden wichtig!

Personifizieren:

- Stellen Sie sich vor, Ihre Probleme stehen vor Ihnen als Mann oder Frau
- Geben Sie ihm/ihr einen Vornamen, z.B. Karl/Iris
- Denken Sie sich einen weit entfernten schönen Ort auf der Welt aus, wo diese Person gut leben könnte
- Nun sprechen Sie mit der Person mit folgenden Sätzen, langsam und eindringlich:
- Karl/Iris, ich möchte dass Du weit weg gehst von mir nach (schöner Ort)!
- ich möchte, dass es Dir dort sehr gut geht und dass es mir dabei auch sehr gut geht!
- ich möchte, dass es uns beiden sehr gut geht!
- zusammen schaffen wir das nicht, deshalb musst Du weit weg, damit es uns beiden gut geht!
- Ab heute bin ich Herr (Herrin) in meinem Körper und habe es auch vor zu bleiben! Wir gehören nicht mehr zusammen!
- bei Rückfällen: Karl/Iris, da bist du ja wieder! Moment, wir haben eine Vereinbarung, damit es dir und mir geht: (dann weiter mit dem schönen Ort)

Sie erreichen dabei 3 Dinge:

1. Sie stellen eine Gegenüberbeziehung her mit einer Person, mit der Sie verhandeln können
2. Sie stellen Distanz her durch das Wegschicken an einen schönen Ort
3. Sie wertschätzen diese Person (und damit Ihre ungeliebten Seiten) dadurch, dass es dieser sehr gut gehen soll! Und Ihnen selbst auch!

Sozialatom: nach Morenos Soziogramm und **mit Zukunftsprojektion**

Für Menschen, die orientierungslos nicht durchblicken, ungeübt sind im Erkennen und Beschreiben von sozialem Umfeld oder auf Metaebenen reden (durch Bildung und Ausbildung).

Sie bitten diesen Menschen an einen Tisch in der Gruppenmitte, im Einzelgespräch auch am Schreibtisch oder sonstigem Tisch möglich.

Sie legen Münzen zwischen 1 Cent und 2 EUR, jeweils mehrere davon, auf den Tisch.

Sie sagen: Ich möchte, dass Sie sich und die Menschen in Ihrer Umgebung, die für Sie wichtig sind, in Werten als Münzen und in den Abständen legen, wie es zur Zeit ist. Sie können den ganzen Tisch dazu benutzen. Fangen Sie mit sich selbst an! Wieviel sind Sie wert?

Mensch legt sich als eine Münze, dann den nächsten aus seiner Umgebung.

Sie fragen stets: **ist der Wert im Vergleich zu Ihnen so richtig, o.k.? Ist der Abstand nah oder weit genug, o.k.?** -

Wenn weitere dazukommen: Sind die Menschen in den Abständen zueinander und zu Ihnen so richtig gelegt? Stimmen die Werte der Menschen im Vergleich?

Wenn alles fertig ist, fragen Sie, wie der Mensch das selbst beurteilt, wenn es in einer Gruppe gemacht wird, die Gruppe fragen.

Dann sagen Sie: **wenn jetzt alle Probleme gelöst wären, wie sähe das Ganze dann aus?**

Mensch legt seine Lösungen mit anderen Münzen daneben, wieder mit genauem Befragen.

Schließlich können Sie fragen, **was könnte der allererste Schritt in diese Richtung, vom ersten Bild zum zweiten Bild sein?** (möglich ist dabei nur die Änderung eines **Abstandes** durch Münzenverschiebung oder Änderung eines **Wertes**)

Autogenes Training

Bequeme Rückenlage oder Lehnstuhl mit Armlehnen

Augen schließen

Ruhige Stimme vorstellen **beim Ausatmen**, die folgende Formeln spricht:

1. 6x: „Ich bin ganz **ruhig**“
2. (bei Rechtshändigkeit rechter, bei Linkshändigkeit linker Arm) 6x: „Mein rechter Arm ist **schwer, angenehm schwer**“ (wenn sich die Schwere rasch ausbreitet: „Arme und Beine sind schwer, angenehm schwer“)
3. 6x: „Mein rechter Arm ist **warm, strömend warm**“ (bei Ausbreitung: „Arme und Beine sind strömend warm“)
4. 6x: „Meine **Stirn ist angenehm kühl, mein Kopf ist frei und leicht**“

1.-4. mehrfach wiederholen, etwa 5-15 Minuten lang,

Beenden mit 3 Aktionen:

1. Innere Formel „Arme fest!“, dabei Arme kräftig nach vorn stoßen
2. Innere Formel „Tief atmen!“, dabei tief einatmen und normal weiteratmen
3. Augen auf!

3x täglich üben! Zusätzlich bei Unruhe, Schlafstörungen, bei Kopfschmerzen und Kopfschmerzfrühsymptomen sofort einsetzen!

Die ersten 25 Lebensjahre prägen die sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch die Alltagsgewohnheiten, und sind im Langzeitgedächtnis aktivierbar! Erwin Böhm: Verwirrt nicht die Verwirrten, Psychiatrie-Verlag Bonn, **Wie gut kenne ich meine KlientInnen?** (beide Geschlechter sind gemeint)

Wie heißt mein(e) Lieblingsklient(in)?	Wen hat er im Krieg verloren?
Wie war sein Spitzname?	
In welcher Prägungszeit wuchs er auf?	Welches Lieblingsphoto hat er?
Was erregte ihn negativ? Früher: Heute:	Wer und was waren seine Großeltern?
Was erregte ihn positiv? Früher: Heute:	Was bedeuteten ihm seine Großeltern?
Lebte er aus niederen Trieben heraus? Oder aus höheren?	Von wem hat er was fürs Leben gelernt?
Welche Religion war in seiner Heimat üblich?	Welche Lebensweisheiten will er uns mitgeben?
Was hat er von seinen Eltern mitbekommen?	Was will er noch erleben? Welche Zukunftsaufgaben hat er noch?
Wer oder was war für ihn prägend?	Was glaubt er versäumt zu haben?
Wie viele Freunde hatte er? Wo oder zu wem fühlte er sich zugehörig?	Was kann er und ich nicht?
Wie war seine Laufbahn (beruflich, sportlich, privat)?	War er risikofreudig?
Wie war die Laufbahn in der Familie?	Welchem Verein wollte er angehören?
Wo hatte er seine Alphaposition? Wo seine Omegaposition?	Was machte er bei Angst? Bei Trauer? Bei Ärger?
Mochte er eher Nähe oder lieber allein sein?	Wo war er zu Hause?
Wo lag seine sportliche Begabung?	Wie sieht sein Heimatort aus?
Machte er Hausmusik?	Welche Redewendungen hat er?
Wie versorgte er sich in Notzeiten?	Welche Sprichwörter verwendet er?
Welche Gewohnheiten hat er beim Essen? Beim Schlafen?	Erzähle eine Geschichte aus seinem Leben :
Was war sein Leibgericht? Was mochte er gar nicht?	Zu welcher Seite stand er immer aus dem Bett auf? Wie waren seine Toilettengewohnheiten? Duschte er lieber oder badete er?

Das Psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Böhm

- eine kurze Vorstellung des Modells -

Die Zahl der desorientierten und verwirrten alten Menschen nimmt mit steigender Lebenserwartung ständig zu. Die Pflegesituation im Krankenhaus und Altenheim aber auch in der häuslichen Pflege wird für die Pflegenden und Angehörigen immer komplexer und anspruchsvoller.

Professor Erwin Böhm, Begründer des psychobiographischen Pflegemodells, hat einen ganzheitlichen Ansatz für die Pflege und Betreuung dieser Zielgruppe geschaffen.

Sein Modell fördert ein vertieftes Pflegeverständnis durch die intensive Auseinandersetzung mit der Biographie der Betroffenen durch sein Pflegemodell. Insgesamt wird die Professionalität und Kreativität der Pflege gefördert. Der Umgang mit den alten Menschen wird dadurch zielgerichteter und differenzierter.

Pflegemodelle allgemein

Pflegemodelle sind Denkkonzepte, wie man sich die Gesamtheit der Pflege vorstellt.

Ein Pflegemodell ist die Beschreibung der Pflegewirklichkeit, bzw. die Vorstellung, wie Pflege gut überlegt, geplant durchgeführt werden soll. Von Modell spricht man nur, wenn die Theorie eines Modells, die Praxis der Pflege und die Pflegedokumentation übereinstimmen.

Der Vorteil eines Modells besteht darin, dass es klare Richtlinien gibt und dadurch alle am selben Strang ziehen. Das heißt, jeder Mitarbeiter orientiert sich an den Zielen einer Station oder an den Zielen der Einrichtung.

Gebräuchliche Pflegemodelle sind in erster Linie für psychisch „Gesunde“ und für somatisch „Kranke“.

Das Böhm Modell ist das einzige für psychisch „Kranke“ aus dem psychogeriatrischen Formenkreis.

Das Pflegemodell nach Böhm ist eigentlich kein Modell im klassischen Sinne, Modelle sind meist sehr statisch und lassen eine Weiterentwicklung kaum zu. Es hat vielmehr eine Dynamik, das von seinen Erfahrungswerten lebt.

Das Modell muss sich auch weiterentwickeln, weil sich die Menschen, der Zeitgeist, die Traditionen und Gebräuche ja auch weiterentwickeln.

Ziele des Modells

Wir würden viele verhaltensauffällige alte Menschen besser verstehen, wenn wir wüssten, was sie wirklich meinen und was sie bewegt!

Wir müssen Menschen verstehen lernen und dieses Verstehen in die Pflege miteinbeziehen.

Die Selbstständigkeit, die soziale Kompetenz der Senioren soll so lange wie möglich erhalten bzw. gefördert werden. Unter Selbstständigkeit ist aber nicht vorrangig der Körper gemeint, sondern der Geist und die Psyche, also selbstständig denken, fühlen und natürlich selbst entscheiden oder mitentscheiden dürfen.

Pflegeziel ist die Wiederbelebung der Altersseele!

Ein Mensch, der keine Lust mehr zum Leben hat, der hat auch keine Lust mehr seine Beine zu bewegen. „***Vor den Beinen muss die Seele bewegt werden***“.

Viele Verhaltensauffälligkeiten unserer Patienten müssen als biographisch bedingt und nicht in erster Linie als dementielle Veränderungen gesehen werden.

Wir müssen Ziele finden, die zum Aufleben, also zur Vigilanzsteigerung beitragen. Vigilanzsteigerung ist einer der wesentlichen Impulse bei Patienten im Rückzug.

Pflegeziel ist aber auch die Belebung der Pflegenden durch fachliches Niveau!

Damit erreichen wir eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit des Personals und damit eine Senkung der Krankenstände. Auf Stationen und in Heimen die nach dem Böhm Modell arbeiten ist das „Burn-Out-Syndrom“ gänzlich unbekannt!

Mit Böhm`s Pflegemodell erreichen wir eine Kostensenkung (Senkung der Materialkosten, der Psychopharmaka usw...) bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung.

„Wir wollen ein Aufleben und kein Aufheben gewährleisten“.

Wie können wir alte Menschen besser verstehen lernen?

Man geht davon aus, dass das Altern ein regredierender Prozess der Seele/Psyche ist.

Der Mensch fällt, wenn der geistige Abbau beginnt, zurück in Prägungsphänomene der ersten 25 – 30 Lebensjahre. Für die Pflege heißt das ⇒ **alles, was die Prägung eines Menschen mit sich gebracht hat, wird mit zunehmenden Alter und Abbau wieder mehr von Bedeutung und Wichtigkeit!**

Wollen wir alte Menschen im Verhalten, beim Handeln und beim Erzählen verstehen, müssen wir uns überlegen; was hat den Menschen geprägt? Was erlebte der Mensch in seiner Kinder- und Jugendzeit? Aus welchem Da-Heim, aus welcher Heimerde kommt er? Was war und ist sein Normalitätsprinzip (was ist und war “Normal“ für ihn)?

Wir müssen den psychobiographischen Hintergrund des Lebens erforschen und beachten.

Viele Verhaltensmuster lassen sich so erklären, und wir können Betagte besser verstehen.

Moderne psychogeriatrische Pflege muss vor allem am Gefühlsleben des alten Menschen orientiert sein. **Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt uralte Gewohnheiten und die sehr persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind** (in der Fachsprache spricht man hier von sogenannten Copings oder Lebensbewältigungsstrategien).

Problematiken der allgemeinen Pflegemodelle im Kontext zum Böhm-Modell

Leider ist die „**Warm – satt – sauber – Pflege**“ immer noch vielerorts die einzig existierende Pflegeform. In dieser Pflegeform nimmt man den progredienten Verlauf als gegeben hin, man konzentriert sich primär auf die ATLS, also auf die Aktivitäten des täglichen Lebens.

Dadurch entspricht die Pflegediagnose der ärztlichen.

Man pflegt z.B. Morbus Alzheimer, senile Demenzen usw. und fixiert somit das Abhängigkeitsverhältnis des Patienten ⇒ **Folge : Die prophezeite Diagnose wird unterstützt, das Befinden verschlechtert sich.**

Ein weiteres Problem liegt darin, dass meist **wir** den Betagten zeigen wollen, wie das Leben mit 80 Jahren funktioniert. Das endet fast immer mit der Übernahme der täglichen Verrichtungen durch die Pflegeperson. **Warum?** Die junge Pflegeperson hat gemäß ihrer eigenen Biographie und Prägung ihre eigene Vorstellung, wie man sich wäscht, sich anzieht, sich beschäftigt. Hier prallen die Vorstellungen des Betagten und die der Pflegenden oft gegenpolig aufeinander. Ist ja auch zu verstehen: die Betagten sind die Muskel- und Brotarbeitergeneration, und wir die Freizeitgeneration und Mundarbeitergesellschaft.

Natürlich gewinnt meist die Pflegeperson, und die meisten Patienten stellen sich darauf ein, wie es die Pflegenden haben möchten.

Eine große Problematik stellt auch die Nichtbeachtung der Adaptionzeit dar.

◆ *Die Adaptionzeit ist die Zeit von der Aufforderung zu einer Handlung bis zur Reaktion darauf. Man kann auch sagen, die Adaptionzeit ist die Zeit, die wir brauchen, um einen Reiz wahrzunehmen und um darauf zu reagieren* ◆

Die Betreuungsperson handelt meist nach ihrer eigenen Adaptionzeit.

Also ergibt sich das Problem, dass wir den Betagten oftmals einfach zu wenig Zeit geben und ihnen Tätigkeiten abnehmen, nur weil wir schon bereit wären.

Alte, verhaltensauffällige Menschen fallen besonders bei Stress und Belastungssituationen ins Tertiär- und Kollektivgedächtnis zurück

Das heißt dann: je mehr das Tertiär- und Kollektivgedächtnis überwiegt, desto mehr ist das Neugedächtnis eingeschränkt. Gerade bei einem Umgebungswechsel oder einer Übersiedelung ins Altenheim kann so eine Belastungssituation entstehen und stellt für den Betagten sehr oft eine enorme Überforderung dar. Sie können sich die neue Umgebung nicht merken, sie nicht akzeptieren, fallen weiter zurück, regredieren, denn **früher war man DAHEIM und nicht im HEIM!**

Sie können sich hier nicht identifizieren, müssen sich auf einmal mit einem wildfremden Menschen ein kleines Zimmer teilen, es ist nichts mehr da, was man von früher her kennt.

Wenn ich aber nicht weiß, wo ich bin und was ich da überhaupt soll, dann kann ich mich auch nicht richtig benehmen, weil ich die Situation ja gar nicht erfasse!

Aktivierende Pflege und reaktivierende Pflege

Aktivierende Pflege ist ein Pflegeansatz, der, integriert in der Grund- und Behandlungspflege, versucht, weitgehendst die Eigenständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit zu erhalten.

Es betrifft daher in der Umsetzung die Einstellungshaltung der Pflegeperson.

Reaktivierende Pflege nach Böhm ist ein Impuls zur Wiederbelebung der Altersseele. Dieser Impuls ergibt sich nach der Interpretation der singulären thymopsychischen Biographie.

Reaktivierende Pflege heißt aber auch wieder aufrufen, was einmal aktive Funktion war.

Wir sollten nur gewohnte Abläufe und bekannte Handlungen von unseren Patienten verlangen. Reaktivierende Pflege ist nicht die Durchführung einer aktivierenden Pflegemethode, die nur auf einem ideologischen Focus beruht (weil es so war, soll es wieder so sein, oder weil er einmal sein Bett gemacht hat, soll er es wieder selber machen); reaktivierende Pflege ist vielmehr die fachspezifische Pflegeforschung, die in erster Linie vor jeder somatischen Mobilisation und Aktivierungspflege, die Reanimation der Seele setzt.

Die Erreichbarkeitsstufen, auch Interaktionsstufen genannt

Wie ich anfangs erwähnt habe, verläuft das Altern regredierend. Das heißt ein Mensch, der von der Regression betroffen ist, fällt weiter in seinem Verhalten in eine frühere Entwicklungsstufe zurück. Diese Stufen nennt man Erreichbarkeitsstufen oder Interaktionsstufen.

Böhm unterscheidet in seinem Modell 7 Erreichbarkeitsstufen, in denen ein Mensch sich befinden kann. Für die Begleitung eines Verhaltensauffälligen ist es nun sehr wichtig, die Stufen klar zuzuordnen ⇒ **um den Menschen auch psychisch zu erreichen, ⇒ um ihn besser zu verstehen, ⇒ um Regression zu verhindern, ⇒ um entsprechende Fördermaßnahmen in der Pflege und Betreuung anbieten zu können, ⇒ um bei pathologischen Abbauprozessen, wenigsten symptomlindernd pflegen zu können und natürlich um ⇒ reaktivierend eingreifen zu können.**

Mit einem „Einstufungsraster“ dem sogenannten *Interaktionsbogen* wird eine durchschnittliche Erreichbarkeit ermittelt.

In diesem Raster finden wir folgende Rubriken :

Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit.

Ein kurzer Überblick der 7 Erreichbarkeitsstufen

Stufe 1

Sozialisation

Entspricht der Erwachsenen - Stufe. Man versteht unter Sozialisation auch ein lebenslanges Lernen, um sich den Normen in der Gesellschaft anpassen zu können.

Will man in dieser Stufe die Betagten verstehen, ist es notwendig, dass die Pflegenden über die regionale Geschichtsprägung von damals Bescheid wissen. Sonst glaubt man nämlich, dieser Mensch muss als Erwachsener doch fähig sein, alles so zu machen, wie ich es verlange.

In der Stufe 1 befinden sich Menschen, die noch ein kognitives Gespräch zulassen. Wir unterscheiden die **primäre Sozialisation** – durch das Milieu, die Familie und die nähere Umgebung geprägt. Weiter die **sekundäre Sozialisation** geprägt durch den Kindergarten, der Schule, durch gleichaltrige Kollegen und Freunde, aber auch das so wichtige Daheim – Gefühl wird hier geprägt.

Zuletzt noch die **tertiäre Sozialisation**, etwas später geprägt durch unsere Berufskollegen, Vorgesetzten usw.

Die Kommunikation bei Klienten in dieser Stufe findet vorwiegend auf der Inhalts- und Bezugsebene statt.

Sind Patienten auf Stufe 1 nicht zu erreichen, kann man versuchen auf der nächsten tieferen Ebene (St.2) einen Kontakt herzustellen.

Stufe 2

Mutterwitz

Entspricht der Entwicklungsstufe der Jugendlichen. Hier wird alles aktuell, was sich ein Jugendlicher zum Unterschied von einem Erwachsenen zumutet.

Durch die Prägungsforschung können wir hier Patienten besser verstehen und begleiten.

Unter Mutterwitz versteht man auch jene Form des Volkstums, nach der man spricht „wie einem der Schnabel gewachsen ist“. Hier wird auch der sog. Humor als therapeutischer Moment eingesetzt. Aber auch reden und angesprochen werden mit Dialekt ist hier sehr wichtig.

Solange jemand in Stufe 1 oder 2 ist, versteht er unser Wort. Wir können ihn mittels aktivierender Pflege erreichen. Wenn er noch dementer wird, fällt er in eine tiefere Stufe der Erinnerung, hier kann man nur noch mit reaktivierender Pflege die Seele wiederbeleben.

Stufe 3

Seelische, soziale Grundbedürfnisse

Hier ist die singuläre Biographie von Bedeutung, um den Menschen zu verstehen.

Eine Person in Stufe 3 wird im Handeln schon vieles abgelegt haben, was man sonst von Erwachsenen erwartet. In dieser Stufe ist es sehr wichtig zu wissen das jeder Mensch seine wichtigen Bedürfnisse im Leben gehabt hat und natürlich noch hat, eine nicht Befriedigung der Bedürfnisse und von uns nicht erkannte Bedürfnisse des Klienten können zu einer akuten Verschlechterung, sogar zu einer akuten Verwirrtheit führen. Die Impulssetzung muss so gestaltet werden, dass der Patient weder geistig, noch körperlich überfordert wird, sonst droht ein Abrutschen in tiefere Stufen.

Stufe 4

Prägungen

Verhaltensweisen sind oft in eng umrissenen, zeitlichen Abschnitten erworben.

Prägungen sind erlernte, sich wiederholende, eingespielte Verhaltensnormen, es sind Rituale, die uns Sicherheit geben. Geprägt sind vor allem unsere Eigenarten, unsere Macken, Rituale (Rituale werden in Grenzsituationen oftmals wieder ausgespielt), vieles, was wir als Kind erlebten und erlernten.

Stufe 5

Triebe

Triebe, Triebwünsche, aber auch Tagträume und unsere Phantasien sind wohl die Kräfte die uns am stärksten bewegen! Bei allen Anforderungen an die Person in dieser Stufe, muss man sich vor Augen halten, was man einem Kind in diesem Alter zumuten kann. Aber auch das „Fördern“ durch „Fordern“ ist hier wichtig. Die Mitgestaltung bei den Pflegeverrichtungen ist auch deshalb so wichtig, weil der Mensch dann lebt. Er muss reagieren. Durch die Reaktion kann ich als Pfleger sehr gut überprüfen, ob die Anforderung stufengerecht war oder nicht.

Stufe 6

Intuition

Entspricht der Stufe des Säuglings zum Kleinkind.

In dieser Stufe spielen Märchen, Aberglaube, religiöse Bilder usw. eine große Rolle.

Intuition ist die Fähigkeit, sich in Menschen und Situationen hinein zu versetzen.

Stufe 7

Urkommunikation

Entspricht der Stufe des Säuglings.

Die emotionale Erreichbarkeit muss auf die Stufe des Säuglings abgestimmt sein.

Auch die körperlichen Möglichkeiten sind auf diese beschränkt.

Dinge, die ein Mensch in seinem Leben nie richtig beherrscht hat, gehen als erstes verloren. Was Schwerpunkt war, bleibt länger erhalten!

Biographie Erhebung

Es ist wichtig nicht eine dative Biographie zu erheben, sondern eine **thymopsychische Biographie**.

◆ Erklärung „Thymopsychie“ ◆

= jener Anteil der Seele, der vorwiegend mit den Gefühlen zu tun hat. Gerade der thymopsychische Anteil ist es, der im Böhm - Modell verwendet wird. Die Thymopsychie ist zuständig für Stimmung, Befindlichkeit, Triebe, Gefühlsausbrüche.

◆ Erklärung „Noopsychie“ ◆

= rationaler, kognitiver Anteil, daher auch alle Gedächtnisleistungen.

Die Noopsychie ist zuständig für das Sensorium (also für das Urteilsvermögen), für die Intelligenz und für das Denken.

Die thymopsychische Biographie besteht vorwiegend aus Geschichten des Lebens (Stories), Folkloresituationen und denen sich daraus ergebenden Copings (Verhaltensmustern, Lebensbewältigungsstrategien).

Das Hauptwerkzeug zur Eruiierung einer Biographie ist natürlich das Gespräch, bei dem wir lernen müssen, auf der jeweiligen Erreichbarkeitsstufe des Klienten zu kommunizieren.

Vor jedem Gespräch ist es wichtig den Klienten zu „wecken“, also eine Reizanflutung/Vigilanzsteigerung zu betreiben (seelische Reanimation).

Klienten erzählen erst dann etwas Emotionales, wenn sie in Emotion sind.

„Wenn das Herz voll ist, geht der Mund über“.

Fragen heißt vor allem, dass man sich für den anderen interessiert!

Für das Modell sind folgende Fragen besonders wichtig :

Wann und wo ist eine Person geboren?

Wo hat diese Person die Jugendzeit verbracht?

Die Herkunftsfamilie mit Größe, Gefüge, Atmosphäre.

Die Geschwisterreihe.

Der Beruf der Prägungszeit.

Die Schicht, das Milieu, aus der die Person kommt.

Hobbies.

Emotionale Ereignisse der Prägungszeit, was war besonders schön, was besonders schlimm?

Die eigene Ehe der Person.

Eigene Kinder.

Lebensschicksale.

Es gibt viele Punkte zu beachten, wenn man eine Biographie erheben will. In der Ausbildung/Weiterbildung zum Praxisanwender/leiter für das Pflegemodell nach Böhm ist die Biographieerhebung (Kurs4, oder Grund- und Aufbaukurs in der neuen Variante) ein wesentlicher Bestandteil.

Nachwort

Dies ist nur ein sehr kleiner Ausschnitt aus dem psychobiographischen Pflegemodell nach Prof. Erwin Böhm und bei weitem natürlich nicht vollständig.

Wer mehr über das Modell und seine Auswirkung auf den Umgang mit älteren Menschen erfahren will, kann eine Weiterbildung zum Praxisanleiter/anwender nach dem psychobiographischen Pflegemodell nach Böhm absolvieren, oder seine Grundkenntnisse bei einem Vortrag oder einer Schulung über das Modell vertiefen.

Wenden sie sich hierfür an : **Markus Prell Fürther Str.337 D- 90429 Nürnberg Tel. 0171/1736945**

oder : **ENPP Regionalvertretung Süd - Rosi Martschin**

Tel. 09128/502365

Anmerkung

Prof. Erwin Böhm ist der Begründer der psychobiographischen Pflegelehre und der sich daraus ergebenden „re-aktivierenden- und symptom-spezifischen Pflege“.

Er begründete ferner die heute bereits weit verbreitete „Übergangspflege“ im geriatrischen und psychogeriatrischen Bereich.

Prof. Erwin Böhm ist einer der bedeutendsten zeitgenössischen Pflegeforscher für psychogeriatrische Pflege.

Sein Modell wird im In- und Ausland vielfach anerkannt und nachempfunden.

Er ist Autor zahlreicher Fachbücher und Träger mehrerer Auszeichnungen, die ihm für seine großen Verdienste in der Kranken- und Altenpflege verliehen wurden.

Literaturliste

- Erwin Böhm - Krankenpflege, Brücke in den Alltag – Psychiatrie Verlag 1985
- Erwin Böhm - Verwirrt nicht die Verwirrten – Psychiatrie Verlag 1988
- Erwin Böhm - Alte verstehen – Psychiatrie Verlag 1991
- Erwin Böhm - Ist heute Montag oder Dezember ?- Psychiatrie Verlag 1992
- Erwin Böhm - Pflegediagnose nach Böhm – Recom 1994
- Erwin Böhm - Psychobiographisches Pflegemodell Grundlagen- Maudrich 1999
- Erwin Böhm - Psychobiographisches Pflegemodell Arbeitsbuch- Maudrich 1999
- Erwin Böhm - Pschyr –Rempler „Medi-zynische Böhm-Merkungen“ Maudrich 2000

Markus Prell – Altenpfleger, PDL, Praxisanleiter und zertifizierter Lehrer für das psychobiographische Pflegemodell nach Böhm.

E-mail : info@prell-mosch.de

Homepage: www.prell-mosch.de

Psychosomatische Überlegungen zur Grundversorgung und Alternative Medizin

Schulmediziner reagieren bei AM oft skeptisch oder ablehnend, weil sie keine Ahnung haben und AM ihnen nicht geheuer ist. Patienten nutzen diese jedoch in großem Umfange bei Heilpraktikern, in VHS-Kursen usw., aber auch bei Hausärzten, die sich damit beschäftigen.

Sie müssen Bescheid wissen, um mitreden zu können, wenn Patienten Sie darauf ansprechen und auch fragen, was Sie davon halten. Sie können es auch selbst probieren. Etliche Patienten werden interessiert sein.

1. Kinesiologie (= „Bewegungswissenschaft“) bzw. **Touch for health:** ist der Marktführer der AM bei zahlreichen paramedizinischen Berufen und Laien. Hier lernen Sie den **Muskeldrücktest** kennen als „Monitor“ für die einfache Diagnostik von körperlichen und seelischen Störungen, auch Unverträglichkeit von Medikamenten (bekömmlich, nicht bekömmlich). Sogar in der Beziehungsdiagnostik verwendet: beim Test an den Partner denken (riskant wegen rascher Bewertung mit Entscheidungscrash!).

Ablauf: Pat. soll den rechten oder linken Arm seitlich waagrecht halten. Sie sagen: „Achtung, halten Sie jetzt bitte den Arm, - ich drücke jetzt!“ Sie drücken von oben mit mäßiger Kraft auf den Arm, testen so die körpereigene Kraft des Pat. als Ausgangswert. Dann können Sie Diagnostik treiben: sie drücken leicht mit Ihrer anderen Hand auf Organe (NNH, HWS, Thymusdrüse bei Infekten, andere innere Organe usw.) und drücken auf den Arm. Wenn er deutlich absinkt („schwach“), kann eine Störung vorliegen.

Pat. kann Medikamente in die andere Hand nehmen, Sie drücken wieder, bei „schwach“ Hinweis auf Unverträglichkeit. Auch bei Müttern können Sie dies für die Kinder testen!

Beispiel: bei Kindern Thymusdrüsentest, bei „schwach“ Stärkung durch Klopfen auf die Thymusdrüse; dabei die Kinder fragen: „Was machen Gorillas im Zoo, wenn man Sie ärgert?“ Die Kinder klopfen auf die Brust, dann wird der Armtest stärker und sie sind motiviert, öfter zu klopfen. Sie werden dann widerstandsfähiger gegen Infekte.

2. Chakren (indisch „Rad“): Es sollen 7 Energiezentren sein (dazu Nebenchakren), die eine wichtige Rolle als Energieüberträger Seele-Körper spielen, also psychosomatisch wirken. Sie liegen mehr außerhalb des Körpers perlschnurartig aufgereiht vom Damm als Wurzelchakra, unter dem Nabel als Milzchakra, über dem Nabel als Sonnengeflecht, Brustbeinspitze als Herzchakra, Halschakra, Nasenwurzel als das sog. 3 Auge, Scheitelchakra. Ihnen sind Farben und Satzformeln zugeordnet. – Hierbei wieder Muskeldrücktest, die eigene andere Hand 10 cm Abstand vom Körper über die Chakren halten und drücken. Bei „schwach“ kann Pat. hier in Selbstanwendung durch die Vorstellung der Farben und die Wiederholung der Sätze eine Stärkung seines seelischen Zustandes bewirken.

- **Wurzelchakra:** in Höhe des Schambeins. **Farbvorstellung:** strahlendes Rubinrot. **Satz:** Ich stehe mit beiden Beinen fest auf dem Boden! **Ton C.**
- **Milzchakra:** unterhalb des Nabels. **Farbvorstellung:** Orange. **Satz:** Ich bin furchtlos, habe genügend Kraft für heute und finde Freude im Tag! **Ton D.**
- **Sonnengeflecht:** Oberbauch. **Farbvorstellung:** Goldgelb. **Satz:** Ich bin liebenswert und kann andere lieben. **Ton E**
- **Herzchakra:** in Höhe Brustbeinspitze. **Farbvorstellung:** strahlendes Grün. **Satz:** Ich habe den Mut einer Löwin (eines Löwen)! **Ton F**
- **Brustbein:** **Farbvorstellung:** Dunkelgrün. **Satz:** Ich kann geben und nehmen, alles ist im Fluß! (Nebenchakra)

- **Halschakra: Farbvorstellung:** strahlendes Blau. **Satz:** Ich habe den festen Willen und das Durchsetzungsvermögen, das zu tun, was nötig ist! **Ton G**
 - **Nasenzwiesel:** (Corpus pineale). **Farbvorstellung:** Indigo (Rotblau). **Satz:** Ich habe das Vorstellungsvermögen, mich so zu sehen, wie ich sein kann! **Ton A**
 - **Scheitelchakra: Farbvorstellung:** Violett. **Satz:** Ich habe den festen Glauben, ich schaffe es! **Ton H**
3. **Osteopathie:** In den USA und anderen Ländern verbreitet, bei uns fast unbekannt. Es handelt sich um eine Subsummierung von Methoden aus dem manuellen Bereich, die sehr **behutsam**, aber effektiv sind. Im Kontrast dazu stehen z.B. forcierte chiropraktische Techniken, „Einrenken“. – Da jedes Trauma Spuren hinterläßt, orientiert sich die Osteopathie daran, wann sich der Patient wohlfühlte und wann sich was wie änderte. **Diagnostisch** gibt einen guten Überblick der **Gang** des Patienten über einige Meter: achten auf Asymmetrie, Körperhaltung, Mitschwingen der Arme. Durch den o.g. **Muskeldrücktest** der Kinesiologie wird die Diagnostik wesentlich vereinfacht bei der Testung von Muskeln, Gelenken, Organen usw.. Nach der Diagnose legen Sie beide **Hände auf das gestörte Gebiet** und darunter und versuchen, **nur durch Denken** – ohne Druck oder andere Manipulationen – zu spüren, wie das **Gewebe des Patienten antwortet**. Nach etwa 1-2 Minuten spüren Sie, daß das Gewebe unter Ihren Fingern weicher wird, als würde es „**wegschwimmen**“. Dieser Bewegung behutsam nachgehen und dem Gewebe „folgen“, bis es ruhig wird (**still point**). Dann kommt eine ganz andere Bewegung, unter den Händen spürbar, als würde sich das Gewebe hin und her winden (**unwinding**). Dann wieder Ruhephase mit dem Gefühl, das Gewebe will behutsam die Hände **wegdrängen**. Dies läßt sich am ganzen Körper anwenden. Einige **Anwendungen:**
- **Recoil-Technik im Thoraxbereich:** besonders im **Costosternalbereich** und im Übergang vom knorpeligen zum knöchernen Anteil der Rippen legen Sie die **Hände übereinander** auf die schmerzende Stelle, drücken mäßig und folgen dem Gewebe, das auch hier wieder nach einer Weile sanft hin und her „**schwimmt**“. Nach etwa 1-2 Minuten ziehen Sie beim Einatmen des Patienten „wie **schreckhaft**“ beide **Hände weg** („**Heißer-Herdplatten-Griff**“). Dies hat zur Folge, daß die costo-sternalen bzw. costo-vertebralen Verbindungen wieder in ihre richtige funktionelle Stellung geraten können. – Auch Schmerzen im Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenksbereich so zu lindern. Der **Tennisellenbogen**, auch ohne Tennis und bei Rechtshändern auch links zu finden, ist mit dem Heißer-Herdplatten-Griff etwa in Höhe der 4./5. Rippe links parasternal gut zu behandeln. – Bei **Tinnitus** kann dies in Höhe der 3./4. Rippe versucht werden.
 - **Fluid-wave-Technik:** zur Selbsthilfe bei **NNH-Entzündungen** legen Sie 3 Finger so auf Stirn und Nasenbereich, daß der Zeigefinger auf der Glabella ruht, Daumen und Mittelfinger bds. auf dem Nasenbein liegen. Den Zeigefinger der anderen Hand legen Sie auf die Protuberanz des Occiputs und denken sich, ohne Druck auszuüben, eine **Kraft**, die wie eine **Welle** vom Zeigefinger hinten durch den Kopf nach vorn zwischen die 3 Finger fließt, bis Sie das Gefühl haben, daß es zwischen den 3 Fingern **warm** wird.
 - **Fluid-wave-Technik bei cervicalem Schwindel und Blockaden im Nackenbereich:** wie oben 3 Finger im Stirn-Nasenbereich, etwas enger stellen, 2 Finger der anderen Hand bei cervicalem Schwindel quer unter das Occiput legen (oder auf die blockierte oder schmerzhafteste Stelle im Nackenbereich) und leicht spreizen. Die Kraft-Welle lassen Sie nun von den Fingern vorne nach hinten zwischen die gespreizten Finger fließen, ohne Druck, - mehr denken als ausführen! Die Übung ist beendet, wenn die Welle angekommen ist. 3-4x täglich wiederholen bis zur Beschwerdefreiheit. Sie (und Patienten) fragen sich dann, was anders geworden ist – im gesamten Körper! Sie achten dann besser auf Ihren Körper.

- **Thermodiagnostik:** Hand 10 cm quer über den Körper führen, dabei auf Temperaturunterschiede oder auf unterschiedliche Empfindungen in der Hand achten: bei Unterschieden kann Störung vorliegen.
4. **Zilgrei:** (Adriana Zillo, Yoga-Lehrerin; Dr. Hans Greissing, Chiropraktiker) eine kombinierte Atem- und Haltungstherapie. Bessert Schmerzen, löst Verkrampfungen oder Blockaden und korrigiert Haltungsfehler.

Literatur:

- Stiftung Warentest: Alternative Medizin
- Dr. John Diamond: Die heilende Kraft der Emotionen, Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg
- A. Zillo, Greissing, H.: Neue Hoffnung: Zilgrei, Mosaik Verlag, München
- John F. Thie: Gesund durch Berühren, Sphinx Verlag, Basel
- C.W. Leadbeater: Die Chakras, Verlag Hermann Bauer, Freiburg
- M.-L. Stangl: Die Welt der Chakren, Verlag Econ
- T. Liem, Tsolodimos, C.: Die sanfte Lösung von Blockaden, Verlag Ariston

Behandlung des Zwerchfells nach Unfällen, Angst- und Schreckreaktionen.

Man hat festgestellt und es lässt sich auch immer wieder nachweisen, dass es nach Schrecksituationen und Unfällen anschließend zu Atembeschwerden, Beschwerden im Schultergürtel und im Beckenbereich kommen kann.

Die gängige Behandlung ist vor allem aus der Osteopathie-Technik abgeleitet.

Man fordert den Patienten auf, mit beiden Händen den Brustkorb zu fassen, tief einzuatmen, Mund schließen, Luft anhalten und kräftig, bis zur Ausatmung, den Brustkorb zusammendrücken. Das ist die Behandlung des **vorderen Zwerchfellabschnittes**.

Der **hintere Zwerchfellabschnitt:** Mit den Fingerspitzen senkrecht in die Magengrube drücken und dabei „Hecheln wie ein Hund in der Hitze“ bis „der Hund Laut gibt“. Damit sind beide Zwerchfellabschnitte „entspannt“ und die Atmung kann sich dadurch bessern, Verspannungen im Schultergürtel und im Beckenbereich können dadurch gelindert werden.

Das Diaphragma = Scheidewand / Zwerchfell, wurde von den Griechen als Sitz der Seele angesehen. Die Seele war sozusagen bzw. ist das Verbindungsstück zwischen Körper und Geist. Seit Jahrtausenden ist also diese Verbindung Pneuma-Psyche und Soma, - also Geist, Seele und Körper bekannt und somit das Zwerchfell (Diaphragma) der zentrale Punkt für das Leben, d.h. für die Atmung.

In vielen Atemtechniken ist dieses Organ, also diese Scheidewand, ein wichtiger Bestandteil von Übungen.

Auch bei sehr stark erregten Patienten ist eine Möglichkeit der Beruhigung über das ruhige, tiefe Bauchatmen gegeben. So sollten wir auch bei Traumapatienten mit Flashbacks über die Atemtechnik, aber auch gleichzeitig über die Behandlung des Zwerchfells

nachdenken als sinnvolle anfängliche Methode, - neben den Stabilisierungstechniken wie der „sicherer-Ort“-Übung .

Diskussion: „Was heißt psychosomatische Grundversorgung?“

Wie könnten wir eigentlich wirklich die Verbindung zwischen Psyche und Soma herstellen? Indem wir eine körperliche Übung für die muskuläre Entspannung des Zwerchfells durchführen zur Verbesserung der Atmung und Entspannung im Schultergürtel und Beckenbereich. Da wir wissen, dass **Ängste (und auch alle sonstigen Gefühle) nur körperlich fühlbar sind** durch Anspannung, Schwitzen, Kribbeln, Schmerzen, Darmkrämpfe usw., haben wir mit diesen Übungen schon eine gute Voraussetzung zur Entängstigung im Blick.

Da wir uns auch zur Regel gemacht haben, bei den Einzelnen und in Gruppen das Trauma selbst nicht direkt anzusprechen, weil es sich als sehr ungünstig erwiesen hat (Gefahr der „Re-Traumatisierung“), wäre diese Übung in Verbindung mit anderen Stabilisierungstechniken eine gute Voraussetzung für eine rasche Stabilisierung der Patienten und ggf. für spätere Fortführungen durch weitere Therapeuten.

Einzeltherapien aus dem somatischen Bereich

1. Kiefergelenksbeschwerden bzw. Subluxation

Beschwerden im Kiefergelenksbereich können oft heftigste Schmerzen einseitig auslösen, die lokal oft wie Ohrenscherzen wirken oder ausstrahlen und Schulterbeschwerden verursachen bzw. unilateral und paravertebrale Schmerzen auslösen können bis in den Hüftbereich.

Therapievorschlag: Den Mittelfinger auf der schmerzhaften Seite in den äußeren Gehörgang einführen und dabei einen leichten Zug nach dorsal ausüben, dabei an der anderen Hand den kleinen Finger abspitzen und mit dem kleinen Finger an der buccalen Seite der Molaren in Richtung Mittelfinger (Gehörgang) zielen. Langsam einschmelzen, bis es zu einem Stillstand kommt. Dann den Unterkiefer zu der befallenen Seite schieben, dadurch erweitert sich das Gewebe und man kann ca. 0,5 – 1 cm weiterschieben (schmelzen). Tief durchatmen, - damit ist die Übung beendet.

Dadurch sind oft Schmerzen aus diesem Bereich wie Schulterbeschwerden, paravertebrale Beschwerden und Hüftgelenksbeschwerden schlagartig zu beheben.

2. Mastoiditis

Relativ unbekannter Focus für chronische Erkrankungen, besonders bei immer wiederkehrenden Erkältungserkrankungen, Konjunktividen, Hautausschlägen im Gesicht einseitig, immer wiederkehrenden Lymphknoten, Verdickung am Hals einseitig, sowie unklaren flächenhaften Schmerzen paravertebral, teilweise sogar immer wiederkehrend ohne erkennbare Ursache.

Diagnostizierbar durch „Klopftechnik“ in dem man mit der Mittelfingerkuppe kräftig auf die beiden Mastbeine klopft und einen Schall-Unterschied feststellt: **Hellerer Klang, wenn sich Flüssigkeit in den Zellen angesammelt hat. Dunkler, wo es wahrscheinlich frei ist.**

Wenn man die Halsseite bds. abtastet, ist auf der befallenen Seite das Gewebe zumeist fester, druckschmerzhafter und Lymphknoten evtl. tastbar. Weitere Möglichkeit durch **Muskeldrucktest** oder **Thermodiagnostik**.

Therapievorschlag: Mit der „Taschenlampen-Technik“: beide Hände mit je drei Fingern beidseits am Mastbein aufsetzen, unmittelbar hinter den Ohren, und sich vorstellen, dass ein Lichtstrahl zwischen beiden Händen leuchtet, bis man das Gefühl von Wärme verspürt. Währenddessen im Mund z. B. 4 Bryonia D6 Globuli im Mund zergehen lassen. Laut Rückmeldung von Patienten und Kollegen ist das oft die effektivste Methode, besonders als Selbsthilfe.

3. Herpes labialis, Herpes zoster

Beim großflächigen Zoster hat sich die Anwendung von **Zinkpaste** als sehr gut herausgestellt. Die Zinkpaste trocknet die Effloreszenzen aus und wird nicht abgespült, sondern immer wieder neu aufgetragen, bis die Haut abgeheilt ist. Zu den entsprechenden allopathischen Mitteln gibt man noch zum Beispiel **3x15 Tropfen Seidelbast als Mezerum Homacord**. Bei evtl. später noch auftretenden **Narbenschmerzen** hat sich als sehr gut erwiesen, Akupunkturnadel oder Nadeln Gr. 17 in die Narbenfläche einzustechen und 10-15 Min verbleiben zu lassen.

Sozialtechnische Infos, Stand 3.2012, **laufende Änderungen, deshalb ohne Gewähr**, www.schimansky-netz.eu
Dr. H.-C. Schimansky, 58239 Schwerte, Tel. 02304-97337-7, Fax -9, E-Mail: hanschristoph.schimansky@gmail.com

- *Besorgen Sie sich bei der **Firma betapharm** Arzneimittel GmbH die betaListe, ein Lexikon für Sozialfragen, oder über Registrierung Internet www.betapharm.de oder Telefon 0800-7488100, für Fragen gibt es eine Hotline betafon (01805-2382366) – alles kostenlos für ÄrztInnen.*
- *Bei **Firma Medice** bekommen sie kostenlos Testbögen für die vorgeschriebenen ADHS-Tests: Tel. 08004347532*

alle sozialen Leistungen fließen nur ab Antragstellung, nicht rückwirkend:

- Arbeitslosengeld I und II, Sozialgeld, Grundsicherung bei niedriger Dauer- oder Altersrente, für Krankengeld (in der Regel).
- Rente wird rückwirkend gewährt ab Eintritt der Erwerbsminderung mit bestimmten Fristen, dabei Verrechnung mit anderen gezahlten Sozialleistungen.
- **Arbeitslos melden ist gesetzliche Verpflichtung schon bei Kündigung, nicht erst bei Ende des Arbeitsverhältnisses!!**
- **Selbst kündigen, einem Auflösungsvertrag zustimmen oder keinen Widerspruch einlegen gegen die Kündigung löst meist Sperrfrist (bis 3 Monate) beim Arbeitslosengeld aus, deshalb rechtzeitig vorher Arbeitsamt fragen, z.B. bei unzumutbaren Tätigkeiten. Auch, um evtl. Anrechnung einer Abfindung vorzuklären!**

Zuverdienst erlaubt?

- bei **Arbeitsunfähigkeit** (AU) nicht. Nur bei stufenweiser Wiedereingliederung Arbeit erlaubt trotz weiterer AU!
- bei **Arbeitslosigkeit** ja: ein Teil wird nicht angerechnet, gestaffelte Anrechnung, z.B. 1-EURO-Jobs, 450,- EURO-Jobs.
- bei **voller Erwerbsminderungs-Rente**: z.Zt. ab 1.1.2013 450,- EUR (West) als Arbeitnehmer, nicht als Selbständiger. Bei **50%-Erwerbsminderungsrente große Unterschiede beim Zuverdienst, - individuell errechnen lassen vom Rententräger, kann günstiger sein als Vollrente +400 EUR!**

„Aussteuerung“: bei **Arbeitsunfähigkeit** besteht **innerhalb der Blockzeit von 3 Jahren** für die gleiche Diagnose **Anspruch auf 18 Monate Krankengeld, wobei die Lohnfortzahlung mit eingerechnet wird:** dann entfallen alle Geldleistungen, auch die Sozialversicherung (= Kranken-, Renten-, Arbeitslosenversicherung).

Krankenversicherung auf eigene Kosten freiwillig weiter möglich. Die Krankenkasse schreibt meist vor der Aussteuerung, dass Pat. innerhalb von **10 Wochen Reha-Antrag** stellen muss, sonst falle Krankengeld weg (Mitwirkungspflicht der Pat.!).

Reha- und Rentenantrag gelten gleich, wobei Reha vor Rente geht; Rentengutachter soll in jedem Falle beides prüfen. Falls Gutachter dann Berentung befürwortet, trotzdem zusätzlich Rentenantragsformulare erforderlich.

Wenn Aussteuerung erfolgt bei weiterbestehender AU, zahlt das Arbeitsamt alles weiter („Nahtlosigkeitsregelung“), wenn

- 1. weiter AU bestätigt wird (da hierfür kein Formular vorhanden ist, Privatrezept ausstellen bzw. Arbeitsamt fragen) und**
- 2. Reha- oder Rentenantrag läuft und**
- 3. Aussteuerung erfolgte**

Achtung: bei **Erst-AU** und weiteren Bescheinigungen **nur die eine Diagnose angeben, die AU bedingt**, sonst wird für jede Diagnose eine eigene Blockzeit von 3 Jahren angelegt: z.B. bei ständiger Zusatzdiagnose „Diabetes“ bei neuen AU-Bescheinigungen kann dann irgendwann plötzlich Aussteuerung wegen Diabetes erfolgen, obwohl dieser nicht die AU bedingte!

Bei durchgehender AU nützen „taktische“ Diagnosewechsel nichts: gilt juristisch als gleiche Krankheit!

Auszahlungsschein:

Krankengeldzahlungen erfolgen nach Ablauf der Lohnfortzahlung von der Krankenkasse nach Vorlage des vom Arzt unterschriebenen Auszahlungsscheins (wird im Unterschied zur gelben AU-Bescheinigung immer rückwirkend bestätigt, **bei weiterer AU „ja“ ankreuzen**). Viele **Pat. sind per Arbeitsvertrag/Tarifvereinbarung verpflichtet, dies dem Arbeitgeber zu melden**, da dieser keinen Durchschlag mehr bekommt! Sie stoßen sonst gegen ihre arbeitsvertraglichen Verpflichtungen. Patienten darauf hinweisen, da Kündigungsgrund!

„Mißglückter Arbeitsversuch“: „Die Rechtsfigur des mißglückten Arbeitsversuchs ist seit Inkrafttreten des SGB V (1. 1. 1989) nicht mehr anzuwenden.“

Die Krankenversicherungspflicht ab 1.4.2007: Rückkehrrecht für Nichtversicherte! Ehemals gesetzlich Versicherte dürfen aber nur in die gesetzliche Krankenkasse, ehemals privat Versicherte dürfen nur in die Privatversicherung (in Standardversicherung; - ab 2009 in Basistarif; der Beitrag von 250 EUR kann halbiert werden, dazu Grundsicherung – aber erst Vermögen aufbrauchen)!

Wer ab 1.7.07 nicht krankenversichert war (z.B. familienversicherte Ehefrau nach Scheidung) und erst später eine Versicherung aufsuchte (Rückkehrrecht!), um Geld zu sparen, muss **alle Beiträge bis 1.7.07 rückwirkend zahlen!**

Rentantrag: Änderungen der Bestimmungen beachten, z.Zt. Rentenantrag wegen Erwerbsminderung möglich, wenn

1. **medizinisch Erwerbsminderung besteht und**
2. **60 Monate Pflichtversicherung vorliegen und**
3. **(seit 1984!) in den letzten 5 Jahren vor Rentenantragstellung 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt** wurden

Rettung für fehlende Versicherungs-Zeiten:

1. **Neu ab 1.1.2013: 450,-EURO-Jobs mit Verpflichtung zu (niedrigen) Rentenbeiträgen!**
2. **als Pflegebezugsperson für einen Pflegebedürftigen (Pflegestufe 1-3) mit Erwerb von Rentenzeiten über die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen; dort registrieren lassen!**
3. **Rückverlagerung des Eintritts der Erwerbsminderung in die Zeit der letzten Rentenbeiträge (also weniger als 2 Jahre zurückliegend!), wenn medizinisch begründbar; dadurch entsteht formal Anspruch! (s. auf der website www.schimansky-netz.eu unter Literatur Hinweise dazu für chronisch Kranke)**

Das Rentenrecht änderte sich grundlegend 2001: Hauptproblem ist der Wegfall des bis dahin gültigen Arbeitsmarktkriteriums (da verkappte Arbeitslosenhilfe!) bei Teilleistungsfähigkeit: das BSG hatte früher für Vollberentung entschieden, wenn medizinisch nur Teilleistung möglich und der Arbeitsmarkt dafür verschlossen ist.

Ab 2001 nur noch medizinische Kriterien nach Leistungsprofil auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – die Ärzte müssen also entscheiden, ob nur 1-2, 3-5 oder 6-8 Stunden täglich Arbeit möglich ist. Laut Gesetz

- 6-8 Stunden belastbar: keine Rente

- 3 bis unter 6 Stunden belastbar: Teilrente = 50 % der Vollrente (statistisch unterhalb der „Sozialhilfe“!);

Ausnahme: vor 1961 Geborene können nach altem Recht „Berufsunfähigkeitsrente“ beantragen: Dann darf der Rentengutachter nur den Beruf und artverwandte Tätigkeiten als Leistungsprofil prüfen, nicht den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dann Teilrente 50% (statt früher 70 % BU). Günstig, wenn sonst Rente ganz abgelehnt werden kann, wenn Verweisbarkeit auf allg. Arbeitsmarkt möglich ist.

- 0 bis unter 3 Stunden belastbar: volle Erwerbsminderungsrente

Neues Gesetz 2006: Altersrente mit 67 Jahren ab Geburtsjahr 1964 beschlossen; Anhebung um 1 Monat beginnt ab 2012 für die 1947 Geborenen, dann je Jahrgang einen Monat später, ab 1959 Geborene jeweils 2 Monate später.

- **Ausnahme:** mit 65 Jahren Altersrente bei 45 Beitragsjahren.
- **Frauen** können Rente beantragen mit 60 Jahren (s.o. aufsteigende Staffelung des Alters nach Geburtsjahr), wenn sie nach dem 40. Lj. über 10 Jahre gearbeitet haben.
- **Schwerbehinderte (also GdB ab 50%)** können mit 60 Jahren (Staffelung s.o.) Rente beantragen (Antrag etwa 4 Monate vorher einreichen), wenn sie 35 Pflichtversicherungsjahre nachweisen, daneben Sonderregelung s.u.

Kinderjahre (vor 1992 geborene Kinder 1 Jahr, ab 1992 3 Jahre je Kind) werden angerechnet. - Ehepartner können nach Geburt entscheiden, bei wessen Rentenversicherung die Kinder eingetragen werden, später nicht mehr! Kann günstig sein, wenn der Kindesvater aus anderen Tätigkeiten (z.B. Bundeswehr, Zivi) Rentenversicherungszeiten unter 5 Jahren hat, die Mutter als Beamtin Pension haben wird.

S. auch unten bei **Nachzahlungsrecht zu den Kinderzeiten durch Gesetz von 2009!**

In der **Rentenversicherung** werden an **Ausbildungsjahren** nur noch die 3 Jahre vom 17.-20. Lj. anerkannt. Studierende haben dadurch eine große Lücke. Diese evtl. als Anrechnungszeit nachversichern. In Renten-Beratungsstelle Vor- und Nachteile besprechen!

Wichtiges Problem bei niedrigen Renten: 2003 wurde für vorzeitig dauerberentete Menschen und Altersrentner mit niedrigen Renten die Grundsicherung Gesetz, nicht jedoch für Zeitrentner. Sie stockt die niedrige Rente auf: bei Rente unter 853 EUR prüfen lassen.

Deshalb sollte, wenn medizinisch begründbar, eine Dauerberentung durchgesetzt werden. – Nicht selten prüfen Rentengutachter nicht sorgfältig genug, ob die Prognose ungünstig ist und dies rechtfertigt. Gerade chronisch psychisch Kranke müssen dann als Zeitrentner ergänzende Sozialhilfe beantragen, was sie scheuen (ähnlich wie die „verschämten Altersarmen“, für die 2003 das Gesetz gemacht wurde) und fürchten die nächste fällige Begutachtung.

Besonders HausärztInnen sollten auch alte Menschen auf den Rechtsanspruch auf Grundsicherung hinweisen, der mit der Vorlage des Rentenbescheids sofort realisiert wird vom Grundsicherungsamt – aber nicht rückwirkend!

Also: Tel. beim Grundsicherungsamt melden und diesen Anruf bestätigen lassen als Antragsbeginn: Alle Sozialleistungen werden erst ab Antrag gewährt, nicht rückwirkend!

Reha-Antrag: wenn aus Krankheitsgründen die Erwerbsfähigkeit erheblich bedroht (oder gemindert) ist.

Gleiche **formale Voraussetzungen bei Vorversicherungszeiten wie bei Rentenantrag!**

Diverse Einschränkungen mit erhöhter Zuzahlung, nur alle 4 Jahre möglich (Ausnahme begründen), 3 Wochen Dauer usw.

– Dadurch stark rückläufige Antragszahl mit Gefährdung der Reha-Einrichtungen.

Falls Rententräger nicht zuständig (weil Pat. Rentner ist oder weil **Erwerbsfähigkeit durch die Reha-Maßnahme nicht wiederhergestellt** werden kann), ist die **Krankenkasse nachrangig zur Leistung verpflichtet**, wenn **Heilung, Besserung oder Linderung** nur mit Mitteln einer Reha-Klinik erzielt werden können. Pat. muss Formular bei der Kasse besorgen, dann ärztlichen Teil mit Begründung ausfüllen. Krankenkassen belegen lieber kasseneigene Kliniken.

Schwerbehindertenausweis: Schwerbehindert ist man ab 50 % GdB. Die gutachterlichen Bestimmungen sind 1996 und 2009 besonders für körperliche Leiden verschärft worden. Bisher Grundlage: **Anhaltspunkte für die gutachterliche Tätigkeit bei Schwerbehinderung; seit 1.1.2009: Versorgungsmedizinische Grundsätze, die GdB und GdS verknüpfen!** S. www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage_8.html bzw. www.bundesanzeiger-verlag.de
Zwischen 30 und 49 % GdB kann man vor erfolgter Kündigung beim Arbeitsamt Gleichstellungsantrag stellen zum Kündigungsschutz, beim Arbeitgeber gilt man dann als Schwerbehinderter, jedoch ohne mehr Urlaub und ohne Steuerpauschale.

Ab einem GdB von 50 % bekommt man einen Ausweis, hat neben dem **Kündigungsschutz** noch **5 Tage mehr Urlaub** im Jahr (Lehrer stattdessen Stundenzahlermäßigung bei gleichen Bezügen) und eine **Steuerpauschale**.

Der Kündigungsschutz besteht auch bei einer Zeitrente!

Wichtig: wie oben erwähnt, sind die GdB-Prozente für körperliche Behinderungen 1996 und 2009 verschlechtert worden. Bei psychischen Leiden ist auszuführen, ob leichte, mittelschwere oder schwere soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehen. Die Diagnose reicht also nicht für die Einschätzung, sondern die Erläuterung durch Beispiele, wie sich das Leiden als Behinderung auswirkt. Mittelschwer bewirkt 50-70 % GdB! Dazu Beispiele beschreiben: völliger sozialer Rückzug, im Beruf ständige Verwicklungen mit Rechthaberei, Entwertungen usw., aggressives Verhalten gegenüber der Umgebung usw.

Achtung neu 4.11.2011: bei ADHS wird ab 25 Lj. „regelmäßig“ ein GdB (GdS) von nicht mehr als 50 % anerkannt!

2005 wurden Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengelegt zu einer einheitlichen Grundsicherung für Arbeitssuchende, d.h. für **alle erwerbsfähigen MitbürgerInnen zwischen 15 und 65 Jahren**.

Wer arbeitslos wird, bekommt zunächst Arbeitslosengeld I, das aus der Arbeitslosenversicherung finanziert wird: 60 % des pauschalierten letzten Nettoarbeitslosentgeltes, 67 % mit Kind

Voraussetzungen: **mindestens 12 Monate in der letzten 3 Jahren versicherungspflichtig tätig gewesen und Arbeitslosmeldung und neue Beschäftigung suchend. Dauer max. 12 Monate, über 56 Jahre alt bis 18 Monate.**

Aktuelle Diskussion beachten.

Nach Ablauf des ALG I wird ALG II (Hartz IV) gezahlt (an die Angehörigen Sozialgeld).

Achtung: ab 2011 wurden bei Hartz IV oft keine Rentenbeiträge mehr gezahlt mit gravierenden Folgen für alle Reha- und Rentenanträge, Folge: falls zuletzt 2 Jahre keine Beiträge gezahlt wurden, werden Reha- und Rentenanträge trotz schwerster Leiden aus formalen Gründen abgelehnt (in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge erforderlich!)

Regelung ist wohl wieder geheilt worden mit Zahlung der Rentenbeiträge, nachfragen!

1. Voraussetzung: erwerbsfähig sein

Erwerbsfähig **nach Hartz IV ist, wer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt** mindestens 3 Stunden täglich arbeiten kann.

Nicht erwerbsfähig ist, **wer wegen Krankheit oder Behinderung gegenwärtig oder auf absehbare Zeit (ca. 6 Monate) außerstande ist, mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten.**

Für nicht erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger ändert sich nichts, weiter vom örtlichen Sozialamt betreut.

2. Voraussetzung: hilfebedürftig sein

Wer seinen Lebensunterhalt nicht decken kann und eigenes Einkommen und Vermögen unterhalb der Freigrenzen liegen: Freibetrag für Anschaffungen 750,- EUR, Grundfreibetrag je Lebensjahr 200,- EUR (mind. 4.100,- EUR, max. 13.000,- EUR), Altersvorsorge je Lebensjahr 200,- EUR (darf nicht vor Ruhestand verwertbar sein!). Zusätzlich unzumutbare und unwirtschaftliche Verwertung nicht zwingend, z.B. geringer Rückkaufwert einer Lebensversicherung. – Kein Rückgriff mehr auf Verwandte, außer bei minderjährigen Hilfsbedürftigen und Hilfebedürftigen unter 25. Lj. ohne abgeschlossene Erstausbildung. – Diskussion über Unterhalt beachten!

3. Zumutbare Arbeit annehmen müssen

Neues Insolvenzrecht/Restschuldbefreiung: seit 1999 gibt es das Gesetz über den „Privatkonkurs“, auch für Ärzte: nach einem durchgeregelten Verfahren wird derjenige von allen Schulden, auch Steuerschulden (nicht jedoch Geldbußen), nach 6 Jahren freigestellt, der in Zusammenarbeit mit entsprechenden Stellen, bes. Schuldnerberatungsstellen oder Verbraucherberatungsstellen, auch Steuerberater oder Rechtsanwalt, in den **6 Jahren „Wohlverhalten“** nachweist, also alles tut zur Schuldenminderung.

Erbrecht: in den nächsten Jahren wird viel vererbt. Dabei oft familiäres Leid bei einer „Einschränkung“ (s. GOG): Der überlebende Ehepartner sieht sich häufig mit **Pflichtteilsforderungen** der Kinder konfrontiert: Eheleute haben Häuschen gebaut, Mann stirbt, 3 Kinder fordern Geld von der Mutter. Das Haus ist inzwischen 300.000,-- EUR wert. Mutter erbt die Hälfte, die Kinder die andere Hälfte, jedes Kind also 50.000,-- EUR, davon ist der Pflichtteil die Hälfte, also je Kind 25.000,-- EUR. Dies gilt auch, wenn die Eheleute sich als Alleinerben eingesetzt haben (Berliner Testament)!!! Die Mutter muss 75.000,-- EUR Hypothek aufnehmen, kann die aus der Rente nicht bezahlen, also Hausverkauf, die Familie ist kaputt. „Erst sparen wir uns alles vom Munde ab für die Kinder und legen uns krumm für das Haus, nun soll ich alles nochmal bezahlen, Undank ist der Welt Lohn!“

Ausweg: zu Lebzeiten sollten Eheleute, jeder auf den anderen, eine **Risikolebensversicherung** abschließen in Höhe der zu erwartenden Pflichtteile, dann gibt's keinen Stress! – Es gibt Erbvertrag, lebenslänglichen Nießbrauch, Veräußerungsverbot im Grundbuch. **Der Pflichtteil wird am sichersten über eine Regelung mit Vorerbe und Nacherbe vermieden, wobei die Kinder erst nach dem Tode beider Eltern erben!! Unbedingt mit Rechtsanwalt klären! – Auch wenn Ihre Kinder noch klein sind!**

Altersversorgung für Ärzte:

Die Ärzteversorgung hat eine Besonderheit gegenüber dem üblichen Rentenrecht: **Sie können ab 60 J. (s.u. die Neuregelung des Rentenbeginns nach Geburtsjahr!) die vorgezogene Altersrente beantragen (ohne krank zu sein) mit den Folgen,**

- dass Sie keine Beiträge mehr zahlen dürfen (über 1.000 EUR/Monat x 5 Jahre), Sie sparen also bis zu 70.000 EUR in 5 Jahren,
- dass Sie weniger Steuern auf die lebenslange Rente zahlen, weil Sie mit dem Beginn der Rente mit dem dann zu versteuernden Anteil festgelegt werden auf den dann geltenden Prozentsatz: nach dem Alterseinkünftegesetz wird ab 2005 mit dem Ausgangssatz der Besteuerung von 50 % der zu besteuerte Anteil jährlich um 2 % erhöht, nach 5 Jahren (Rente ab 65 J. bzw. später nach Geburtsjahr) müssten Sie also auf Dauer einen Rentenanteil um 10 % höher versteuern! - Ab Renteneintritt 2040 sind dann 100 % der Rente zu versteuern!
- Und die Besonderheit: Sie dürfen voll in der Praxis weiterarbeiten und beliebig viel verdienen, was es sonst im Rentenrecht nicht gibt. Für angestellte Ärzte ist dies komplizierter wegen der Beiträge des Arbeitgebers, evtl. vorher niederlassen, notfalls privat.

Neuregelung des Rentenbeginns in der Ärzteversorgung beachten:

Die **Regelaltersgrenze wurde auf das 67. Lebensjahr** angehoben (neue Sterbetafel). Dies geschieht stufenweise **ab Geburtsjahr 1949 in 2-Monats-Schritten**, so dass **ab 1960 Geborene erstmals nur ab 67 J. die volle Altersrente** bekommen.

Das bedeutet für die **vorgezogene Altersrente**, dass sie in gleichen Schritten später beantragt werden kann, für **ab 1960 Geborene also erst mit 62 Jahren**.

Trotzdem gilt auch hier, dass die **vorgezogene Altersrente den 10 % niedrigeren Steuersatz** bewirkt. - Erst 2040 ist auch bei vorgezogener Altersrente für die **ab 1978 Geborenen die volle Besteuerung mit 100 % in jedem Falle** gegeben.

Bei Kindererziehungszeiten neue Nachzahlungsmöglichkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Gesetz vom 15.07.2009 nach BSG-Urteil: für ÄrztInnen in der Ärzteversorgung wichtig

Um auf die Grundvoraussetzung für eine gesetzliche Altersrente zu kommen, sind 60 Monate Beiträge erforderlich. Vor 1992 geborene Kinder bringen einem Elternteil 12 Monate Versicherungszeit als Kindererziehungszeit. Ab 1992 geborene Kinder bringen 36 Monate! – **Falls noch Versicherungszeiten fehlen, besteht nun ein Rechtsanspruch darauf, freiwillig Rentenbeiträge zu zahlen, um die 60 Monate aufzufüllen.**

Nach der Geburt sollten die Eltern sofort prüfen, auf wessen Renten-Konto diese Zeiten eingetragen werden. Später kann dies nicht mehr geändert werden! – Wenn z.B. die Mutter beamtete Lehrerin ist, sind diese Rentenversicherungszeiten nicht wirksam für die Pension; wenn der Vater Arzt ist, Zivi oder Soldat war (dadurch nachversichert wurde bei der damaligen BfA) oder durch sonstige Jobs einige Versicherungszeiten hat, aber nicht auf 5 Jahre kommt, kann er nun – wenn das Kind bei ihm im Rentenkonto steht - durch das neue Recht zur Beitragsnachzahlung die Versicherungszeit auffüllen. Es gibt dann eine Altersrente.

Wichtige Aspekte sind dabei:

- wenn Ärzte in extremen wirtschaftlichen Schwierigkeiten sind, die ärztliche Versorgung nicht mehr bezahlt haben oder bei Krankheit nicht 100 % berufsuntüchtig sind (Bedingung für krankheitsbedingte Frührente der ärztlichen Versorgung!), aber nicht mehr arbeiten können, könnte der **Rentenanspruch aus der gesetzlichen Rente** von Bedeutung werden.

Wie man später noch die **3 Jahre zusätzlicher Versicherungszeiten** erwerben kann, steht oben bei **Rettung für fehlende Zeiten**. Falls die Dauer-Rente sehr niedrig ist, dann Erhöhung über die Grundsicherung, s.o. bei **Wichtiges Problem bei niedrigen Renten: Grundsicherung beantragen**.

- Die **privaten Krankenversicherungen haben meist Ausschlussbestimmungen**, so auch für Sucht. Über die gesetzlichen Rehabestimmungen (gleiche formale Versicherungsvoraussetzungen wie die Rente) lassen sich leichter **Rehamaßnahmen** erreichen.

Private Kranken-, Tagegeld-, BU-, Rentenversicherung: wahrheitsgemäße Angaben machen!

Versicherungsvertreter machen mit dem Blick auf ihre Provision den Versicherungsabschluss leicht. Ärzte sind schlechte Auskunftgeber für die eigene Krankheitsgeschichte, bewerten manches als Bagatelle oder blenden einiges aus. Dann kommt die Police und alles scheint klar zu sein. - Die Versicherungen prüfen aber meist erst im Leistungsfall, ob die Angaben stimmen. Durch Vertragsabschluss entbinden Sie alle Vorbehandler und Vorversicherer von der Schweigepflicht. – Wenn dann **fehlende Angaben** gefunden werden, erhalten Sie ein Schreiben:

„**Sie haben uns folgende Leiden nicht angegeben.... Damit haben Sie uns die Möglichkeit genommen, den Antrag abzulehnen oder einen Risikozuschlag vorzuschlagen. Der Vertrag ist damit nichtig. Wir erhalten für das Beitragsjahr vertragsgemäß noch den Beitrag und fordern alle gezahlten Leistungen zurück.**“
Sie bekommen dann keine neue Versicherung, da Sie die Kündigung, auch Antragsablehnungen im Antrag angeben müssen.

Zudem hat der Gesamtverband der Versicherungswirtschaft, Berlin, alle Versicherungsdaten zusammengeführt bis hin zu Rechtsschutz- und Hausratversicherungen und kann dadurch Unterschiede und Falschangaben im Datenabgleich leicht erfassen. Sie haben dort für Ihre Daten ein Einsichtsrecht! Sehen Sie nach bei www.gdv.de unter HIS, was dort über Sie erfasst ist.

Sexuelle Kontakte mit PatientInnen: Seit April 98 ist dies mit Einführung des neuen § 174 c erstmals als Verbrechen strafbar! Die dem Bundestag vorgelegten Gutachten gaben massive Hinweise auf Missbrauch, auch im Bereich der Psychotherapie. **Trotz des erheblichen Strafmaßes (bis 5 Jahre Gefängnis) ist dieser Paragraph bei vielen ÄrztInnen und TherapeutInnen, auch den anderen im Gesetz genannten Berufsgruppen, unbekannt geblieben. Ab 2 Jahre Haftstrafe werden in der Regel die Approbation entzogen und die Beamtenrechte verwirkt (mit Nachversicherung bei der BfA statt Pensionsansprüchen).**

Bisher kam es kaum zu Anzeigen eher zu Erpressungen durch die Partner, z.B. regelmäßige Zahlungen gefordert von den Behandlern. Darin verstrickte KollegInnen haben teilweise deutliche Realitätsverluste: gehört zur Therapie, zur Befreiung, ist freie Entscheidung und wahre Liebe unter Erwachsenen ...

„StGB § 174 c: Sexueller Mißbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses:

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer **geistigen** oder **seelischen** Krankheit oder **Behinderung** einschließlich einer **Suchtkrankheit** zur **Beratung, Behandlung** oder **Betreuung** anvertraut ist, unter Mißbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Mißbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen läßt.

(3) Der Versuch ist strafbar.“

Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung BASt-Bericht M 115

Nicole Gräcmann, Martina Albrecht, Bundesanstalt für Straßenwesen
80 Seiten, Erscheinungsjahr: 2010, Preis: Druckversion 12,80 €

- Kostenloser Download: [Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung \(pdf 338-KB\)](#)

(Auszüge)

Die Begutachtungs-Leitlinien sind eine Zusammenstellung eignungsausschließender oder eignungseinschränkender körperlicher und/oder geistiger Mängel und sollen die Begutachtung der Kraftfahrereignung im Einzelfall erleichtern. Sie dienen als Nachschlagewerk für Gutachter, die Fahrerlaubnisbewerber oder –inhaber in Bezug auf ihre Kraftfahrereignung beurteilen. Die Begutachtungs-Leitlinien werden unter Federführung der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) kapitelweise überarbeitet. Für jedes Kapitel werden unter Beteiligung der jeweiligen Fachgesellschaften eigene Arbeitsgruppen mit Experten etabliert. Die überarbeiteten Kapitel werden in den Gesamtbericht eingearbeitet. Dieser ist in gedruckter Form kostenpflichtig erhältlich.

Überarbeitete Kapitel treten mit Veröffentlichung in Kraft. Unter „[Inhalt](#)“ ist für jedes Kapitel der Stand der Überarbeitung sowie der Beginn der Gültigkeit nachzulesen.

Aktualisierung

Es war geplant, zum 1. November 2012 eine neue Version der Begutachtungs-Leitlinien zu veröffentlichen. Aufgrund von weiterem Abstimmungsbedarf wird es zu Verzögerungen bei der Veröffentlichung der überarbeiteten Begutachtungs-Leitlinien kommen.

Sobald eine aktuelle Version vorliegt, wird sie an dieser Stelle als kostenfreier Download angeboten.

Letzte Änderung am 2. November 2009

Einteilung der Fahrzeugklassen/Fahrerlaubnisse in 2 Gruppen:

Gruppe 1: bisherige Führerscheinklasse 1 (A, A1, B, BE, M, S, L, T) „PKW“

**Gruppe 2: bisherige Führerscheinklasse 2 (C, C1, CE, D, D1, DE, D1E)
„LKW“**

Auszüge:

Gültig ab: 2. November 2009

3.9.6 Epileptische Anfälle und Epilepsien

Leitsätze

Wer epileptische Anfälle erleidet, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko von Anfallsrezidiven besteht.

Grundsätzlich gilt dies auch für andere anfallsartig auftretende Störungen mit akuter Beeinträchtigung des Bewusstseins, der Motorik oder anderer handlungsrelevanter Funktionen, z.B. für Synkopen oder psychogene Anfälle. Die weiterführende Beurteilung der Fahreignung unterliegt dann anderen Kriterien als denjenigen, die bei epileptischen Anfällen angewendet werden.

Zur Beurteilung der Kraftfahreignung bei Menschen mit epileptischen Anfällen bzw. Epilepsien müssen auch mögliche assoziierte körperliche oder psychische Störungen berücksichtigt werden, falls notwendig auch durch Konsultation weiterer Fachdisziplinen.

Besteht eine antiepileptische medikamentöse Behandlung (dies ist nur für Gruppe 1 von praktischer Relevanz), so darf die Fahrtüchtigkeit hierdurch nicht herabgesetzt werden. Dies ist auch bei einem Präparatwechsel oder einem Substanzwechsel zu beachten.

Bei Fahrerlaubnisinhabern beider Führerscheingruppen sind eine fachneurologische Untersuchung sowie fachneurologische Kontrolluntersuchungen in zunächst jährlichen Abständen erforderlich. Im Verlauf (etwa bei einer langjährigen Anfallsfreiheit) kann das Intervall zwischen den Untersuchungen verlängert werden.

Gruppe 1, PKW....

Erstmaliger Anfall

Nach einem unprovokierten erstmaligen Anfall kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 6 Monaten wieder bejaht werden, wenn die fachneurologische Abklärung (inkl. EEG und Bildgebung) keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie ergeben hat.

Sofern der Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung wie z.B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (beispielsweise hohes Fieber, prokonvulsiv wirkende Medikamente, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) geknüpft war (sog. provoziertes oder akuter symptomatischer Anfall) **und** wenn diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 3 Monaten wieder bejaht werden.

Ausdrücklich hingewiesen wird auf die häufige Koinzidenz einer durch Schlafmangel induzierten Manifestation eines ersten Grand Mal bei idiopathischer Disposition zu Epilepsie. Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 3-monatige Fahrpause ausgesprochen wird.

Die minimal 3-monatige Anfallsfreiheit gilt auch bei epileptischen Anfällen, die in der ersten Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff – jeweils ohne Hinweise auf eine strukturelle Hirnschädigung – aufgetreten waren.

Bei provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständige Fachdisziplin erforderlich.

Epilepsien

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt (d.h. nach wiederholten Anfällen) ist eine mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit die Voraussetzung für das Erlangen der Kraftfahreignung.

Das Elektroenzephalogramm (EEG) muss dabei nicht zwangsläufig frei von epilepsietypischen Potenzialen sein. Bei einjähriger Anfallsfreiheit nach epilepsiechirurgischen Eingriffen sind darüber hinaus mögliche operationsbedingte fahrrelevante Funktionsstörungen zu beachten.

Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung

Die geforderte Anfallsfreiheit als Grundlage der Fahreignung kann entfallen bei:

- ausschließlich an den Schlaf gebundenen Anfällen nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit (erforderliche Bindung an den Schlaf und nicht notwendigerweise an die Nacht).

- einfach fokalen Anfällen, die ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung für das Führen eines Kraftfahrzeugs einhergehen **und** bei denen nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit keine fahrrelevante Ausdehnung der Anfallssymptomatik und kein Übergang zu komplexfokalen oder sekundär generalisierten Anfällen erkennbar wurden. Dies muss durch Fremdbeobachtung gesichert sein und darf sich nicht allein auf die Angaben des Patienten stützen.

Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung

Kommt es nach langjährigem anfallsfreiem Verlauf zu einem „sporadischen“ Anfall (oder mehreren Anfällen innerhalb von 24 Stunden), so kann die Kraftfahreignung schon nach einer Fahrpause von 6 Monaten wieder bejaht werden, sofern die fachneurologische Abklärung keine relevanten Aspekte ergibt, die ein erhöhtes Rezidivrisiko und damit eine Fahrpause von 1 Jahr bedingen.

Lassen sich in einer solchen Situation relevante Provokationsfaktoren eruieren, die in Zukunft gemieden oder verhindert werden, so kann die Fahrpause auf 3 Monate verkürzt werden.

Beendigung einer antiepileptischen Therapie

Bei schrittweiser Beendigung einer antiepileptischen Therapie bei einem Menschen, der aktuell fahrgeeignet ist, ist die Kraftfahreignung für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes sowie für die ersten 3 Monate ohne medikamentöse Therapie nicht gegeben. Ausnahmen sind in gut begründeten Fällen möglich (z. B. insgesamt wenige Anfälle, Epilepsie-Syndrom mit niedrigem Rezidivrisiko, erfolgreiche epilepsiechirurgische Behandlung).

Gruppe 2, LKW....

Generell gilt, dass die Fahreignung für die Gruppe 2 nur dann erteilt werden darf, wenn der Betroffene keine Antiepileptika einnimmt.

Erstmaliger Anfall

Nach einem unprovokierten erstmaligen Anfall kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 2 Jahren wieder bejaht werden, wenn die fachneurologische Abklärung (inkl. EEG und Bildgebung) keine Hinweise auf ein grundsätzlich erhöhtes Anfallsrisiko im Sinne einer beginnenden Epilepsie ergeben hat.

Sofern der Anfall an eine plausible anfallsauslösende Bedingung wie z.B. ausgeprägter Schlafentzug oder akute Erkrankungen (beispielsweise hohes Fieber, prokonvulsiv wirkende Medikamente, akute Erkrankungen des Gehirns oder Stoffwechselstörungen) geknüpft war (sog. provoziertes oder akuter symptomatischer Anfall) **und** wenn diese Bedingungen nicht mehr gegeben sind, kann die Kraftfahreignung nach einer anfallsfrei gebliebenen Beobachtungszeit von 6 Monaten wieder bejaht werden.

Ausdrücklich hingewiesen wird auf die häufige Koinzidenz einer durch Schlafmangel induzierten Manifestation eines ersten Grand Mal bei idiopathischer Disposition zu Epilepsie. Die idiopathische Disposition muss daher auch mittels EEG angemessen ausführlich evaluiert werden, bevor bei fehlendem Hinweis eine nur 6-monatige Fahrpause ausgesprochen wird.

Die minimal 6-monatige Anfallsfreiheit gilt auch bei epileptischen Anfällen, die in der ersten Woche nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem neurochirurgischen Eingriff – jeweils ohne Hinweise auf eine morphologische Hirnschädigung – aufgetreten waren.

Bei provozierten Anfällen im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist eine zusätzliche Begutachtung durch die dafür zuständigen Fachärzte erforderlich.

Epilepsien

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt (d.h. nach wiederholten Anfällen oder Hinweisen auf ein erhöhtes Rezidivrisiko nach einem ersten Anfall), bleibt die Kraftfahreignung dauerhaft ausgeschlossen. Als Ausnahme gilt eine 5-jährige Anfallsfreiheit ohne antiepileptische Behandlung. Um dies zu beurteilen, bedarf es einer fachneurologischen Untersuchung.

Tabellarische Übersicht (zu Einzelheiten s. Text)

Störung	Gruppe 1: PKW...	Gruppe 2: LKW...
Erstmaliger, unprovoked Anfall ohne Anhalt für eine beginnende Epilepsie	Keine Kraftfahreignung für 6 Monate	Keine Kraftfahreignung für 2 Jahre
Erstmaliger, provoziertes Anfall mit vermeidbarem Auslöser	Keine Kraftfahreignung für minimal 3 Monate	Keine Kraftfahreignung für minimal 6 Monate
Epilepsie	In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1-jährige Anfallsfreiheit (auch mit medikamentöser Therapie) • Keine eignungs ausschließenden Nebenwirkungen der Therapie 	In der Regel keine Kraftfahreignung; Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 5-jährige Anfallsfreiheit ohne medikamentöse Therapie
Persistierende Anfälle ohne zwangsläufige Einschränkung der Kraftfahreignung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich an den Schlaf gebundene Anfälle nach mindestens 3-jähriger Beobachtungszeit • Ausschließlich einfache fokale Anfälle ohne Bewusstseinsstörung und ohne motorische, sensorische oder kognitive Behinderung nach mindestens 1-jähriger Beobachtungszeit 	Keine Kraftfahreignung
Anfallsrezidiv bei bestehender Fahreignung nach langjähriger Anfallsfreiheit	Kraftfahreignung nach 6 Monaten wieder gegeben (falls keine Hinweise auf erhöhtes Wiederholungsrisiko). Bei vermeidbaren Provokationsfaktoren 3 Monate Fahrpause	Keine Kraftfahreignung
Beendigung einer antiepileptischen Therapie	Keine Kraftfahreignung für die Dauer der Reduzierung des letzten Medikamentes, sowie die ersten 3 Monate ohne Medikation (Ausnahmen in gut begründeten Fällen möglich)	Keine Kraftfahreignung

Begründung

Epilepsien sind komplexe Erkrankungen des Gehirns mit dem Leitsymptom epileptischer Anfälle. Diese gehen häufig mit Störungen des Bewusstseins und der Motorik einher, treten in aller Regel spontan, plötzlich und unvorhersehbar auf und können willentlich nicht unterdrückt werden. Hierdurch ist der Betroffene nicht mehr in der Lage, jederzeit ein Kraftfahrzeug sicher führen zu können. Ob eine verkehrsmedizinisch relevante Gefährdung durch eine Epilepsie besteht, ist vor dem Hintergrund der oben ausgeführten Empfehlungen stets im Einzelfall zu klären.

Spezifische und neue Erkenntnisse zum Verlauf und der Therapie von Epilepsien sind dabei für die Beurteilung des einzelnen Patienten zu berücksichtigen.

Nach § 2 der Fahrerlaubnisverordnung haben die Kraftfahrer dafür Sorge zu tragen, dass sie andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährden, wenn sie sich infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen können. Der Betroffene ist aufgefordert, den Verlauf seiner Erkrankung zu belegen. Die alleinige Angabe einer anfallsfreien Periode ist nicht per se ausreichend, fachärztliche Kontrolluntersuchungen sollten in angemessener Weise vorliegen, um den Krankheitsverlauf und das Rezidivrisiko fundiert beurteilen zu können.

Zu beachten ist, dass auch die antiepileptische Medikation im Einzelfall negative Einflüsse auf die Fahrtüchtigkeit haben kann.

Die Voraussetzung zum Führen von Fahrzeugen der Gruppe 2 sind strenger aufgrund des höheren Risikos anfallsbedingter Unfälle (längere Lenkzeiten) sowie der möglichen Unfallschwere.

3.10 Psychische Störungen

Unter psychischen Störungen werden im Folgenden alle geistig-seelischen Störungen verstanden.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.1 Organisch-psychische Störungen

Leitsätze

Wer unter einer der folgenden organischen Psychosen akut leidet:

- Delir (Verwirrheitszustand),
- amnestisches Syndrom (Korsakow Syndrom),
- Dämmerzustand,
- organische Psychose mit paranoider, manischer oder depressiver Symptomatik ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Nach Abklingen einer organischen Psychose ist die Fähigkeit zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen im Wesentlichen von Art und Prognose des Grundleidens abhängig. Wenn das Grundleiden eine positive Beurteilung zulässt, kann diese Fähigkeit wieder angenommen werden, wenn keine Restsymptome der Psychose mehr nachweisbar sind und kein relevantes chronisch-hirnorganisches Psychosyndrom vorliegt (siehe Kapitel 3.10.2 Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen).

In der Regel - bei organischer Psychose unklarer Ursache in jedem Fall - sind Nachuntersuchungen in bestimmten vom Gutachter festzulegenden Abständen erforderlich.

Nach einmaligem schädigendem Ereignis und kurzer Krankheitsdauer kann von einer Nachuntersuchung abgesehen werden.

Begründung

Bei organischen Psychosen handelt es sich oft um schwere und in ihrem Verlauf kaum absehbare Krankheitszustände des Gehirns, die im Allgemeinen mit Bewusstseinsstörungen einhergehen oder doch dem Bilde schwerer allgemeiner krankhafter psychischer Veränderungen entsprechen. Sie schließen ebenso wie ihre Prodromalerscheinungen das sichere Führen von Kraftfahrzeugen aus.

In Abhängigkeit vom Grundleiden kann die Gefahr einer Wiedererkrankung bestehen.

Nach einmaliger Schädigung kommt es für die Beurteilung darauf an, ob die Schädigung Resterscheinungen, d. h. Beeinträchtigungen der hirnorganischen Leistungsfähigkeit, hinterließ.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.2 Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen

Leitsätze

Die Beurteilung, ob die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 vorliegen, muss von der Art und Schwere eines hirnorganischen Psychosyndroms bzw. einer hirnorganischen Wesensänderung abhängig gemacht werden. So kann eine leichte hirnorganische Wesensänderung die Voraussetzungen für die Fahrerlaubnisgruppe 1 unter Umständen unberührt lassen.

Schwere Störungen schließen jedoch die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen auch dieser Gruppe aus.

Den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 können Betroffene mit einer Demenz und/oder organischem Psychosyndrom in der Regel - d. h. von seltenen Ausnahmen abgesehen - nicht gerecht werden.

Solche Ausnahmen können nur bei geringfügigen Einschränkungen der psychischen Leistungsfähigkeit und/oder bei sehr leichten, ihrer Art nach für das Führen eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 2 bedeutungslosen Wesensänderungen als gerechtfertigt angesehen werden.

Im Einzelfall ist für Gruppe 1 und Gruppe 2 durch einen Facharzt für Psychiatrie und nach dessen Empfehlung evtl. durch eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung zu prüfen, ob und in welchem Grade die geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt sind.

Nachuntersuchungen sind (auch bei positiver Beurteilung) im Hinblick auf eine mögliche Verschlechterung vorzusehen, außer der Zustand ist erwiesenermaßen stabil (z. B. leichte posttraumatisch bedingte psychische Störungen).

Begründung

Im Anschluss an eine organische Psychose oder aber primär kann ein organisches Psychosyndrom auftreten. Dabei handelt es sich um Folgen von Hirnschäden bzw. -funktionsstörungen, insbesondere um Verlangsamung, Verarmung der Psychomotorik (Mimik, Gestik, Gang), Antriebsminderung, Mangel an Initiative und Spontaneität, Merkstörung und andere Gedächtnisstörungen, weitere kognitive Beeinträchtigungen, depressive oder euphorische Gemüthsstimmung.

Schwere Ausprägungsgrade nannte man bisher Demenz, heute werden alle hirnorganischen Psychosyndrome so genannt. Früher unterschied man zwischen organischer Leistungsminderung und organischer Wesensänderung (Persönlichkeitsveränderung), jedoch ist eine scharfe Grenzziehung nicht möglich und auch nicht relevant für die Beurteilung der Leistungen beim Führen eines Kraftfahrzeugs.

Die Schweregrade und Ausprägungen einzelner Symptome sind sehr unterschiedlich. Meist ist der Verlauf

chronisch, zum Teil fortschreitend, zum Teil auch reversibel.

Es gibt leichte hirnorganische Psychosyndrome, die sich auf die Leistungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges (und auch im Übrigen auf die Lebensbewältigung) kaum auswirken. Schwere organische Psychosyndrome schließen jedoch die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen aus.

3.10.3 Altersdemenz und Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse

Leitsätze

Wer unter einer ausgeprägten senilen oder präsenilen Demenz oder unter einer schweren altersbedingten Persönlichkeitsveränderung leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Begründung

Der motorisierte Straßenverkehr stellt an die menschliche Leistungs- und Belastungsfähigkeit besonders hohe Anforderungen: Es kann darum durch die nachlassende organisch-psychische Leistungsfähigkeit des Menschen im höheren Lebensalter zunehmend zu Anpassungsschwierigkeiten kommen. Die Ursachen hierfür sind im allgemeinen Leistungsrückgang zu sehen. Er hat stets eine organische Grundlage, und er ist in schwerer Ausprägung krankhaft (insbesondere Alzheimer-Demenz, andere Hirnatrophien, Multiinfarkt-Demenz bei Arteriosklerose).

Die Gefahren ergeben sich aus mangelnden sensorischen Leistungen oder erheblichen Reaktionsleistungsschwächen, so dass es zu Situationsverkennungen und Fehlreaktionen kommen kann. Verbinden sich

mit solchen Schwächen Persönlichkeitsveränderungen, wie erheblicher Mangel an Einsicht und Kritik, dann entsteht die besonders gefahrenträchtige Kombination von Leistungsschwächen und falscher Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens.

Die Beurteilung eines älteren Fahrerlaubnisinhabers oder Fahrerlaubnisbewerbers muss allerdings berücksichtigen, dass gewisse Leistungsminderungen bei allen Menschen im höheren Lebensalter zu erwarten sind.

Es müssen also ausgeprägte Leistungsmängel und schwere Persönlichkeitsveränderungen im Einzelfall nachgewiesen werden. Dabei kann die Beurteilung der Befunde in Grenzfällen bei älteren Fahrerlaubnisinhabern anders erfolgen als bei älteren Fahrerlaubnisbewerbern. So kann bei älteren Fahrerlaubnisinhabern - wenn sie die Fahrerlaubnis schon in jüngeren Jahren erworben haben - damit gerechnet werden, dass Verkehrserfahrungen und gewohnheitsmäßig geprägte Bedienungshandlungen (Automationen) zur Beherrschung des Fahrzeugs geringere Leistungsdefizite ausgleichen. In Zweifelsfällen kann eine praktische

Fahrprobe bei älteren Fahrerlaubnisinhabern zur Klärung der Sachlage beitragen.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.4 Affektive Psychosen

Leitsätze

Gruppe 1

Bei jeder sehr schweren Depression, die z. B. mit

- depressiv-wahnhaften,
- depressiv-stuporösen Symptomen oder mit
- akuter Suizidalität

einhergeht, und bei allen manischen Phasen sind die für das Kraftfahren notwendigen psychischen Fähigkeiten so erheblich herabgesetzt, dass ein ernsthaftes Risiko des verkehrswidrigen Verhaltens besteht. Nach Abklingen der manischen Phase und wenn die relevanten Symptome einer sehr schweren Depression nicht mehr vorhanden sind und - ggf. unter regelmäßig kontrollierter medikamentöser Prävention - mit ihrem Wiederauftreten nicht mehr gerechnet werden muss, ist in der Regel von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen.

Auswirkungen der antidepressiven Pharmakotherapie sind zu berücksichtigen, insbesondere in den ersten Tagen nach rascher Dosissteigerung.

Wenn mehrere manische oder sehr schwere depressive Phasen mit kurzen Intervallen eingetreten waren und deshalb der weitere Verlauf nicht absehbar ist (besonders wenn keine Phasenprophylaxe erfolgt), ist nicht von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen, auch wenn z. Zt. Keine Störungen nachweisbar sind.

Ein angepasstes Verhalten kann nur dann wieder angenommen werden, wenn - ggf. durch eine medikamentöse Prävention - die Krankheitsaktivität geringer geworden ist und mit einer Verlaufsform in der vorangegangenen Schwere nicht mehr gerechnet werden muss. Dies muss durch regelmäßige psychiatrische Kontrollen belegbar sein.

Die Begutachtungen können nur durch einen Facharzt für Psychiatrie erfolgen.

Gruppe 2

Für Fahrer der Gruppe 2 ist Symptomfreiheit zu fordern. Nach mehreren depressiven oder manischen Phasen ist in der Regel nicht von einem angepassten Verhalten bei Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Kraftfahrzeug auszugehen.

Begründung

Affektive Psychosen verlaufen in abgesetzten, depressiven (melancholischen) oder/und manischen Phasen, in denen emotionale Funktionen, nicht aber Intelligenzfunktionen gestört sind. Hierdurch wird im Falle depressiver Erkrankungen die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit beim Führen eines Kraftfahrzeuges nicht beeinträchtigt, außer in den oben genannten sehr schweren depressiven Phasen. In manischen Phasen ist jedoch auch bei geringer Symptomausprägung mit Beeinträchtigungen der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit zu rechnen.

Krankheitsbild und Verlauf der affektiven Psychosen wurden in den letzten Jahren durch Fortschritte der Therapie und Prävention verändert. Durch die antidepressive Behandlung, insbesondere mit antidepressiven Pharmaka, wird die depressive (melancholische) Symptomatik wesentlich reduziert, und zum Teil wird die Zeitdauer der Phase abgekürzt. Zudem können durch eine medikamentöse Prävention (prophylaktische

Langzeitbehandlung mit Lithium-Salzen oder Carbamazepin) Wiedererkrankungen depressiver und manischer Art in der Mehrzahl verhindert werden. Bei dieser Prophylaxe werden regelmäßig (zumindest vierteljährliche) psychiatrische Beratungen (einschließlich Blutspiegelbestimmungen) durchgeführt. Hierdurch werden auch die Möglichkeiten der Frühdiagnose eventueller Wiedererkrankungen wesentlich verbessert, was im Hinblick auf die sozialen Belange und auch ggf. auf die Kontrolle bei Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr nützlich ist.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.10.5 Schizophrene Psychosen

Leitsätze

Die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen ist in akuten Stadien schizophrener Episoden nicht gegeben.

Gruppe 1

Nach abgelaufener akuter Psychose kann die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 in der Regel wieder gegeben sein, wenn keine Störungen (z. B. Wahn, Halluzination, schwere kognitive Störung) mehr nachweisbar sind, die das Realitätsurteil erheblich beeinträchtigen. Bei der Behandlung mit Psychopharmaka sind einerseits deren stabilisierende Wirkung, andererseits die mögliche Beeinträchtigung psychischer Funktionen zu beachten.

Langzeitbehandlung schließt die positive Beurteilung nicht aus (siehe Kapitel 3.12 Betäubungsmittel und Arzneimittel); in manchen Fällen ist die Langzeitbehandlung hierfür die Voraussetzung, wobei diese

Behandlung durch Bescheinigungen des behandelnden Facharztes für Psychiatrie dokumentiert werden sollte.

Wenn mehrere psychotische Episoden aufgetreten sind (sog. wellenförmiger Verlauf), sind im Hinblick auf mögliche Wiedererkrankungen die Untersuchungen durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in festzulegenden Abständen zu wiederholen.

Gruppe 2

Nach einer schizophrenen Erkrankung bleiben für Fahrer der Gruppe 2 die Voraussetzungen zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges in der Regel - abgesehen von besonders günstigen Umständen - ausgeschlossen.

Begründung

Unter Schizophrenien fasst man eine Gruppe von Psychosen mit unterschiedlichem Schweregrad, verschiedenartigen Syndromen und uneinheitlichen Verläufen zusammen.

Gemeinsam ist den Schizophrenien, dass alle psychischen Funktionen beeinträchtigt sein können (nicht nur das Denken), dass die Ich-Funktion (die psychische Einheit) in besonderer Weise gestört (Desintegration) und die Realitätsbeziehungen beeinträchtigt sein können.

Im Verlauf treten akute Erkrankungen auf, auch wiederholt. Diese psychotischen Episoden können entweder ausheilen oder in Teilremissionen (sog. soziale Remissionen) bzw. in Residualzustände (Persönlichkeitsver-änderungen) übergehen.

Schwere psychotische Krankheitserscheinungen können das Realitätsurteil eines Menschen in so erheblichem Ausmaß beeinträchtigen, dass selbst die Einschätzung normaler Verkehrssituationen gestört wird. Schwere psychotische Körperempfindungen können die Aufmerksamkeit absorbieren und die Leistungsfähigkeit senken.

Antriebs- und Konzentrationsstörungen können den situationsgerechten Einsatz der psychophysischen Leistungsfähigkeit mindern. Derartige psychotische Krankheitserscheinungen können also zu Fehlleistungen führen und die allgemeine Leistungsfähigkeit unter das notwendige Maß herabsetzen. In jedem Einzelfall muss - auch abhängig vom Krankheitsstadium - die Bedeutung aller einzelnen Symptome für die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beurteilt werden.

3.11 Alkohol

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.11.1 Missbrauch, lt. ICD-10 Schädlicher Gebrauch

Leitsätze

Bei Alkoholmissbrauch sind die Voraussetzungen, die an den Führer eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr gestellt werden, nicht erfüllt.

Missbrauch liegt vor, wenn ein Bewerber oder Inhaber einer Fahrerlaubnis das Führen eines Kraftfahrzeuges und einen die Fahrsicherheit beeinträchtigenden Alkoholkonsum nicht hinreichend sicher trennen kann, ohne bereits alkoholabhängig zu sein. In einem solchen Falle ist der Betroffene nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu entsprechen.

Von Missbrauch ist insbesondere in folgenden Fällen auszugehen:

- in jedem Fall (ohne Berücksichtigung der Höhe der Blutalkoholkonzentration), wenn wiederholt ein Fahrzeug unter unzulässig hoher Alkoholwirkung geführt wurde,

- nach einmaliger Fahrt unter hoher Alkoholkonzentration (ohne weitere Anzeichen einer Alkoholwirkung),
- wenn aktenkundig belegt ist, dass es bei dem Betroffenen in der Vergangenheit im Zusammenhang mit der Verkehrsteilnahme zu einem Verlust der Kontrolle des Alkoholkonsums gekommen ist.

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen nicht gegeben, so kann sie nur dann als wiederhergestellt gelten, d. h. es muss nicht mehr mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer Fahrt unter Alkoholeinfluss gerechnet werden, wenn die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

- Das Alkoholtrinkverhalten wurde ausreichend geändert. Das ist der Fall,
 - wenn Alkohol nur noch kontrolliert getrunken wird, so dass Trinken und Fahren zuverlässig getrennt werden können, oder
 - wenn Alkoholabstinenz eingehalten wird. Diese ist zu fordern, wenn aufgrund der Lerngeschichte anzunehmen ist, dass sich ein konsequenter kontrollierter Umgang mit alkoholischen Getränken nicht erreichen lässt.
- Die vollzogene Änderung im Umgang mit Alkohol ist stabil und motivational gefestigt. Das ist anzunehmen, wenn folgende Feststellungen getroffen werden können:
 - Die Änderung erfolgte aus einem angemessenen Problembewusstsein heraus; das bedeutet auch, dass ein angemessenes Wissen zum Bereich des Alkoholtrinkens und Fahrens nachgewiesen werden muss, wenn das Änderungsziel kontrollierter Alkoholkonsum ist.
 - Die Änderung ist nach genügend langer Erprobung und der Erfahrungsbildung (in der Regel ein Jahr, mindestens jedoch 6 Monate) bereits in das Gesamtverhalten integriert.
 - Die mit der Verhaltensänderung erzielten Wirkungen werden positiv erlebt.
 - Der Änderungsprozess kann nachvollziehbar aufgezeigt werden.
 - Eine den Alkoholmissbrauch eventuell bedingende Persönlichkeitsproblematik wurde erkannt und entscheidend korrigiert.
 - Neben den inneren stehen auch die äußeren Bedingungen (Lebensverhältnisse, berufliche Situation, soziales Umfeld) einer Stabilisierung des geänderten Verhaltens nicht entgegen.
- Es lassen sich keine körperlichen Befunde erheben, die auf missbräuchlichen Alkoholkonsum hindeuten. Wenn Alkoholabstinenz zu fordern ist, dürfen keine körperlichen Befunde vorliegen, die zu einem völligen Alkoholverzicht im Widerspruch stehen.
- Verkehrsrelevante Leistungs- oder Funktionsbeeinträchtigungen als Folgen früheren Alkoholmissbrauchs fehlen. Zur Bewertung der Leistungsmöglichkeiten wird auf die Kapitel 2.5 (Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit) und 3.13 (Intellektuelle Leistungseinschränkungen) verwiesen.
- Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit organischer Persönlichkeitsveränderung (infolge Alkohols oder bei anderer Verursachung) ist das Kapitel 3.10.2 (Demenz und organische Persönlichkeitsveränderungen) zu berücksichtigen. Bei Alkoholmissbrauch eines Kranken mit affektiver oder schizophrener Psychose sind zugleich die Kapitel 3.10.4 (Affektive Psychosen) und 3.10.5 (Schizophrene Psychosen) zu berücksichtigen.
- Nach Begutachtung in einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung wird die Wiederherstellung der Fahreignung angenommen, wenn sich die noch feststellbaren Defizite durch einen anerkannten und evaluierten Rehabilitationskurs für alkoholauffällige Kraftfahrer beseitigen lassen.

Die Wiederherstellung der Fahreignung durch einen dieser evaluierten Rehabilitationskurse ist angezeigt, wenn die Gutachter eine stabile Kontrolle über das Alkoholtrinkverhalten für so weitgehend erreichbar halten, dass dann die genannten Voraussetzungen erfüllt werden können. Sie kommt, soweit die intellektuellen und kommunikativen Voraussetzungen gegeben sind, in Betracht,

 - wenn eine erforderliche Verhaltensänderung bereits vollzogen wurde, aber noch der Systematisierung und Stabilisierung bedarf oder
 - wenn eine erforderliche Verhaltensänderung erst eingeleitet wurde bzw. nur fragmentarisch zustande gekommen ist, aber noch unterstützend begleitet, systematisiert und stabilisiert werden muss oder auch,
 - wenn eine erforderliche Verhaltensänderung noch nicht wirksam in Angriff genommen worden ist, aber aufgrund der Befundlage, insbesondere aufgrund der gezeigten Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung sowie der Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstkritik und Selbstkontrolle, erreichbar erscheint.

Die Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu führen, gilt dann als wiederhergestellt, wenn das vertragsgerechte Absolvieren des Kurses durch eine Teilnahmebescheinigung nachgewiesen wird. Die besonderen Anforderungen und Risiken für Fahrer der Gruppe 2 sind insbesondere gemäß Anlage 5 zur FeV zu berücksichtigen. Hinter dem Missbrauch kann sich Abhängigkeit verbergen (siehe folgenden Abschnitt).

Begründung

siehe Kapitel 3.11.2

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.11.2 Abhängigkeit

Leitsätze

Wer vom Alkohol abhängig ist, kann kein Kraftfahrzeug führen. Diagnostische Leitlinien der Alkoholab-hängigkeit nach ICD 10⁹ sind:

"Die sichere Diagnose «Abhängigkeit» sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranz-entwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist."

War die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen wegen Abhängigkeit nicht gegeben, so kann sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn durch Tatsachen der Nachweis geführt wird, dass dauerhafte Abstinenz besteht¹⁰.

Als Tatsache zu werten ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann. In der Regel muss nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit eine einjährige Abstinenz nachgewiesen werden, und es dürfen keine sonstigen eignungs-relevanten Mängel vorliegen.

Hierzu sind regelmäßige ärztliche Untersuchungen erforderlich einschließlich der relevanten Labor-diagnostik, unter anderen Gamma-GT, GOT, GPT, MCV, CDT und Triglyzeride.

Bei Verdacht auf chronischen Leberschaden, z. B. nach langjährigem Alkoholmissbrauch, nach Hepatitis oder bei anderen relevanten Erkrankungen ist die Labordiagnostik entsprechend zu erweitern. Die Laboruntersuchungen müssen von Laboratorien durchgeführt werden, deren Analysen den Ansprüchen moderner Qualitätssicherung genügen (z. B. erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen). Sämtliche Laboruntersuchungen können nur in Verbindung mit allen im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunden beurteilt werden.

Die besonderen Anforderungen und Risiken für die Fahrer der Gruppe 2 sind gemäß Anlage 5 zur Fahrerlaubnis-Verordnung zu berücksichtigen.

Begründung

Bereits Blutalkoholkonzentrationen mit Werten ab **0,3 ‰** können zu einer Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit und zur Veränderung der Stimmungslage mit Kritikminderung führen, so dass ein erhöhtes Verkehrsrisiko von derart beeinflussten Kraftfahrern ausgeht.

Bei **0,8 ‰** liegt das Risiko in der Regel um das Vierfache höher als bei nüchternen Verkehrsteilnehmern. **Fahruntüchtigkeit liegt bei jedem Kraftfahrzeugfahrer mit Werten höher als 1 ‰ vor.**

Werden Werte um oder über **1,5 ‰** bei Kraftfahrern im Straßenverkehr angetroffen, so ist die Annahme eines chronischen Alkoholkonsums mit besonderer Gewöhnung und Verlust der kritischen Einschätzung des Verkehrsrisikos anzunehmen. Bei solchen Menschen pflegt in der Regel ein Alkoholproblem vorzuliegen, das die Gefahr weiterer Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr in sich birgt.

Auch wiederholte Auffälligkeiten unter Alkohol im Straßenverkehr innerhalb weniger Jahre begründen einen solchen Verdacht, selbst wenn die Werte wesentlich geringer sind.

Ferner besteht, wegen der allgemeinen Verfügbarkeit des Alkohols, bei Alkoholabhängigkeit und – missbrauch generell eine hohe Rückfallgefahr, so dass im Einzelfall strenge Maßstäbe anzulegen sind, bevor eine positive Prognose zum Führen von Kraftfahrzeugen gestellt werden kann.

Diese erfordert tragfähige Strategien für die Entwicklung der Kontrolle über den Alkoholkonsum als Voraussetzung zur Trennung von Alkoholkonsum und Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr, wie sie z. B. in geeigneten Kursen oder Therapien vermittelt werden. In der Regel hat in solchen Fällen eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den Ursachen und der Entwicklung des früheren Alkoholmissbrauchs zu erfolgen.

Häufiger Alkoholmissbrauch führt zur Gewöhnung an die Giftwirkung und damit zur Unfähigkeit einer realistischen Einschätzung der eigenen Alkoholisierung und des hierdurch ausgelösten Verkehrsrisikos.

Im Spätstadium des chronischen Missbrauchs kann es insbesondere zu Störungen fast aller Organsysteme, und zwar vorwiegend zu hepatischen, gastrointestinalen und kardialen Manifestationen kommen. In der Regel erweisen sich jedoch bei der Begutachtung die psychischen und psychosozialen Ursachen und Folgen des chronischen Alkoholmissbrauchs als weit bedeutsamer. Es kann zu krankhaften Persönlichkeitsveränderungen mit abnormer Entwicklung der affektiven und emotionalen Einstellung gegenüber der Umwelt kommen, wobei Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit, Reizbarkeit etc. zu beobachten sind. Besteht eine Alkoholabhängigkeit, so ist die Fähigkeit zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen generell aufgehoben. Voraussetzung einer positiven Prognose ist eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung mit entsprechender Nachsorge.

3.12 Betäubungsmittel und Arzneimittel

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.12.1 Sucht (Abhängigkeit) und Intoxikationszustände

Leitsätze

Wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nimmt oder von ihnen abhängig ist, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Dies gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.

Wer regelmäßig (täglich oder gewohnheitsmäßig) Cannabis konsumiert, ist in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Ausnahmen sind nur in seltenen Fällen möglich, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass Konsum und Fahren getrennt werden und wenn keine Leistungsmängel vorliegen.

Wer gelegentlich Cannabis konsumiert, ist in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, wenn er Konsum und Fahren trennen kann, wenn kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen und wenn keine Störung der Persönlichkeit und kein Kontrollverlust vorliegen.

Wer von anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, z. B. Tranquilizer, bestimmte Psychostimulanzien, verwandte Verbindungen bzw. deren Kombinationen (Polytoxikomanie), abhängig ist, wird den gestellten Anforderungen beim Führen von Kraftfahrzeugen nicht gerecht (zur Abhängigkeit wird auf die Definition in Kapitel 3.11.2 hingewiesen).

Wer, ohne abhängig zu sein, missbräuchlich oder regelmäßig Stoffe der oben genannten Art zu sich nimmt, die die körperlich-geistige (psychische) Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers ständig unter das erforderliche Maß herabsetzen oder die durch den besonderen Wirkungsablauf jederzeit unvorhersehbar und plötzlich seine Leistungsfähigkeit oder seine Fähigkeit zu verantwortlichen Entscheidungen (wie den Verzicht auf die motorisierte Verkehrsteilnahme) vorübergehend beeinträchtigen können, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden.

Was die Tranquilizer angeht, ist zu unterscheiden: einerseits der eigentliche Missbrauch mit der Gefahr von Abhängigkeit (höhere Dosen, steigende Dosis, Einnahme regelmäßig auch am Tage), andererseits der regelmäßige abendliche Gebrauch kleiner Mengen. Letzterer führt zwar in der Regel nicht zur Fahrunsicherheit, kann aber zu Abhängigkeit führen, da bereits nach einigen Monaten der Einnahme selbst kleiner Mengen eine Abhängigkeit (low dose dependence) eintreten kann, erkennbar an eindeutigen Entziehungs-symptomen.

Sind die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen, so können sie nur dann wieder als gegeben angesehen werden, wenn der Nachweis geführt wird, dass kein Konsum mehr besteht. Bei Abhängigkeit ist in der Regel eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung zu fordern, die stationär oder im Rahmen anderer Einrichtungen für Suchtkranke erfolgen kann.

Nach der Entgiftungs- und Entwöhnungszeit ist in der Regel eine einjährige Abstinenz durch ärztliche Untersuchungen nachzuweisen (auf der Basis von mindestens vier unvorhersehbar anberaumten Laboruntersuchungen innerhalb dieser Jahresfrist in unregelmäßigen Abständen). Zur Überprüfung der Angaben über angebliche "Suchtstofffreiheit" können insbesondere bei einer Reihe von Pharmaka und Betäubungsmitteln auch Haare in die Analytik einbezogen werden (unter Umständen abschnittsweise).

Bei i.v.-Drogenabhängigen kann unter bestimmten Umständen eine Substitutionsbehandlung mit Methadon indiziert sein. Wer als Heroinabhängiger mit Methadon substituiert wird, ist im Hinblick auf eine hinreichend beständige Anpassungs- und Leistungsfähigkeit in der Regel nicht geeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Nur in seltenen Ausnahmefällen ist eine positive Beurteilung möglich, wenn besondere Umstände dies im

Einzelfall rechtfertigen. Hierzu gehören u. a. eine mehr als einjährige Methadonsubstitution, eine psychosoziale stabile Integration, die Freiheit von Beigebrauch anderer psychoaktiver Substanzen, incl. Alkohol, seit mindestens einem Jahr, nachgewiesen durch geeignete, regelmäßige,

zufällige Kontrollen (z. B. Urin, Haar) während der Therapie, der Nachweis für Eigenverantwortung und Therapie-Compliance sowie das Fehlen einer Störung der Gesamtpersönlichkeit.

Persönlichkeitsveränderungen können nicht nur als reversible oder irreversible Folgen von Missbrauch und Abhängigkeit zu werten sein, sondern ggf. auch als vorbestehende oder parallel bestehende Störung, insbesondere auch im affektiven Bereich. In die Begutachtung des Einzelfalles ist das Urteil der behandelnden Ärzte einzubeziehen. Insoweit kommt in diesen Fällen neben den körperlichen Befunden den Persönlichkeits-, Leistungs-, verhaltenspsychologischen und den sozialpsychologischen Befunden erhebliche Bedeutung für die Begründung von positiven Regelausnahmen zu.

Begründung

Menschen, die von einem oder mehreren der oben genannten Stoffe abhängig sind, können für die Zeit der Wirkung eines Giftstoffes oder sogar dauernd schwere körperlich-geistige (psychische) und die KrafftFahrleistung beeinträchtigende Schäden erleiden.

So können als Folge des Missbrauchs oder der Abhängigkeit krankhafte

Persönlichkeitsveränderungen

auftreten, insbesondere Selbstüberschätzung, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Erregbarkeit und Reizbarkeit. Es kommt schließlich zur Entdifferenzierung und Depravation der gesamten Persönlichkeit.

Bei einigen Drogen kann es sehr schnell zu schweren Entzugssymptomen kommen, die innerhalb weniger Stunden nach der Einnahme auftreten und die die Fahrtauglichkeit erheblich beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere für Heroin wegen der bekannten kurzen Halbwertszeit.

Außerdem kann die langdauernde Zufuhr größerer Mengen dieser toxischen Stoffe zu Schädigungen des zentralen Nervensystems führen.

Die besondere Rückfallgefahr bei der Abhängigkeit rechtfertigt die Forderung nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen. **Im Allgemeinen wird man hierfür den Nachweis einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung verlangen müssen. Der Erfolg ist nicht schon bei Abschluss der Entwöhnungsbehandlung zu erkennen, sondern erst nach Ablauf des folgenden, besonders rezidivgefährdeten Jahres.**

Es ist im Übrigen **für die angemessene Begründung einer positiven Verkehrsprognose wesentlich, dass zur positiven Veränderung der körperlichen Befunde einschließlich der Laborbefunde ein tiefgreifender und stabiler Einstellungswandel hinzutreten muss**, der es wahrscheinlich macht, dass der Betroffene auch in Zukunft die notwendige Abstinenz einhält.

Gültig ab: 1. Februar 2000

3.12.2 Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Leitsätze

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen, ist **bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen nicht gegeben.**

Werden Krankheiten und Krankheitssymptome mit höheren Dosen psychoaktiver Arzneimittel behandelt, so können unter Umständen Auswirkungen auf das sichere Führen von Kraftfahrzeugen erwartet werden, und zwar unabhängig davon, ob das Grundleiden sich noch auf die Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Betroffenen auswirkt oder nicht.

Begründung

Die Beurteilung der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit eines Kraftfahrers an die Erfordernisse beim Führen eines Kraftfahrzeuges im Zusammenhang mit einer Arzneimittelbehandlung muss in jedem Falle sehr differenziert gesehen werden. Vor allem ist zu beachten, dass eine ganze Reihe Erkrankungen, die von sich aus die Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen ausschließen können, durch Arzneimittelbehandlung so weit gebessert oder sogar geheilt werden, dass erst durch die Behandlung die

Voraussetzungen zum Führen von Kraftfahrzeugen wieder erreicht werden können.

Entscheidend für die Beurteilung ist aber, ob eine Arzneimitteltherapie, insbesondere auch die Dauertherapie, zu schweren und für das Führen von Kraftfahrzeugen wesentlichen Beeinträchtigungen der psycho-physischen Leistungssysteme führt. **Medikamentöse Behandlungen, in deren Verlauf erhebliche unerwünschte Wirkungen wie Verlangsamung und Konzentrationsstörungen auftreten, schließen die Eignung in jedem Falle aus.**

Ob solche Intoxikationen vorliegen, wird vor allem dann zu prüfen sein, wenn ein chronisches Grundleiden zu behandeln ist, das mit Schmerzen oder starken "vegetativen" Beschwerden einhergeht (auch chronische Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgien, Phantomschmerzen, Schlafstörungen usw.). Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang aber nicht nur Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel (Tranquillizer), Antikonvulsiva, Neuroleptika und Antidepressiva oder Antiallergika, bei denen im Falle des Auftretens von Intoxikationserscheinungen qualitativ vergleichbare Gefahrensymptome zu berücksichtigen sind, sondern auch andere, zur Dauerbehandlung eingesetzte Stoffe mit anderen gefährlichen Nebenwirkungen bzw. Intoxikationssymptomen (siehe Kapitel 3.10.4 Affektive Psychosen und 3.10.5 Schizophrene Psychosen).

Die meisten Herz-Kreislauf-Erkrankungen benötigen eine Langzeitbehandlung mit zum Teil sehr unterschiedlich wirkenden Arzneimitteln. So sind besondere Umstände der Behandlung bei der Eignungsbeurteilung eines Herz-Kreislauf-Kranken zu berücksichtigen.

Hier sei lediglich noch auf die am häufigsten vorkommenden Gefahrenlagen hingewiesen:

Antikoagulantien führen zu einer Verzögerung der Blutgerinnung und bringen die Gefahr akuter Blutungen mit sich. **Eine sorgfältige ärztliche Überwachung bei Behandlung mit Antikoagulantien ist demnach bei Fahrerlaubnisinhabern erforderlich. Sie sollte durch ein entsprechendes ärztliches Attest in angemessenen Abständen bestätigt werden.**

Die Arzneimittel der **Digitalisgruppe** können gelegentlich zu bedrohlichen Rhythmusstörungen führen. Seltener kann es zu Sehstörungen und akuten psychischen Störungen bei älteren Menschen kommen. Auch in diesen Fällen sind also die regelmäßige ärztliche Überwachung und ihr Nachweis in angemessenen, im Einzelfall festzulegenden Zeitabständen erforderlich.

Antihypertonika verursachen als Nebenwirkung bei zu starker Senkung des Blutdrucks Schwindel- und Ohnmachtsneigung.

Allgemein ist bei der Behandlung mit Arzneimitteln in der Initialphase eine besonders sorgfältige ärztliche Überwachung notwendig. Aber auch später muss die ärztliche Führung der Therapie sichergestellt und je nach Fall in angemessenen Zeitabständen nachgewiesen werden.