

**2. Bayerischer
Landespsychotherapeutentag**

Prävention psychischer Störungen

Dokumentation

PTK Bayern - Bericht 10

© Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 2006

Hausanschrift: St. Paul-Str. 9; 80336 München
Postanschrift: Postfach 151506; 80049 München

Tel.: 089 / 51 55 55 - 0
Fax.: 089 / 51 55 55 - 25

info@ptk-bayern.de
<http://www.ptk-bayern.de>

PTK Bayern - Bericht 10
Redaktion: Petra Kümmler. Stand 27.10.2006
Auswertung Feedback-Bogen: Karin Welsch

Zusammenfassung

Der zweite Bayerische Landespsychotherapeutentag fand am 30.09.2006 im Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität in München statt.

Rund 550 Teilnehmer interessierten sich für das Thema „Prävention psychischer Störungen“, das anlässlich der Gesundheitsreform und der Neuauflage des Präventionsgesetzes das spezifische Wissen und die Fachkenntnis von Psychotherapeut/inn/en auch zu diesem Thema in Erinnerung rufen sollte.

Vielen Psychotherapeuten ist nicht bewusst, wann sie „präventiv“ arbeiten, welche Möglichkeiten ihnen zur präventiven Arbeit zur Verfügung stehen und welche „klassisch-psychologisch-psychotherapeutisches“ Arbeitsfeld Prävention darstellt.

Prävention kann weit mehr als nur Informationsvermittlung sein, Prävention sollte mehr sein als der Appell, gesund zu leben. Prävention muss vielmehr auch die psychosoziale Gesundheit mit umfassen.

Die Tagung stellte neben einer gesundheitspolitischen Perspektive auf das Thema auch exemplarisch eine Reihe von präventiven Tätigkeitsfeldern in der Anwendung vor.

Inhaltsverzeichnis

1	Eröffnung	9
2	Grußworte	14
2.1	Grußwort von Staatsminister Dr. Werner Schnappauf	14
2.2	Grußwort von Dr. Werner Schubö, LMU München	15
3	Programm	17
4	Abstracts der Vorträge	18
4.1	Hauptvorträge	18
	<i>Prof. Dr. Dieter Kleiber: Prävention psychischer Störungen: Gesundheitswissenschaftliche und –politische Perspektiven.....</i>	18
	<i>MD Karin Knufmann-Happe: Prävention psychischer Störungen als staatliche Aufgabe.....</i>	19
	<i>Prof. Dr. Johannes Gostomzyk: Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft</i>	20
	<i>Prof. Dr. Bernd Röhrle: Prävention u. Gesundheitsförderung im Kontext von Psychotherapie.....</i>	21
4.2	Vortragsreihen	21
	<i>Prof. Dr. Manfred Döpfner: Prävention von Verhaltensstörungen im Kindesalter .</i>	21
	<i>Prof. Dr. Heiner Keupp: Psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention.....</i>	22
	<i>PD Dr. med. Karl-Heinz Brisch: Prävention von Bindungsstörungen durch Frühinterventionen.....</i>	22
	<i>Prof. Dr. Peter Herschbach: Die Lebensqualität chronisch Kranker.....</i>	23
	<i>Dipl.-Psych. Ludwig Gunkel: Betriebliche Prävention psychischer Belastungen ...</i>	23
4.3	90-minütige Vorträge und Workshops	24
	<i>Dr. Uwe Berger: Primärprävention bei Ess-Störungen</i>	24
	<i>Dr. Anneke Bühler: Suchtprävention.....</i>	25
	<i>Prof. Dr. Jörg Fengler: Prävention von Burn-Out bei Psychotherapeuten</i>	26
	<i>Prof. Dr. Thomas Giernalczyk: Suizidprävention – Krisenintervention bei akuter Suizidalität in der Psychotherapie.....</i>	27
	<i>Dr. Meinolf Peters: Prävention psychischer Störungen im Alter</i>	28
	<i>Prof. Dr. Rita Rosner: Notfallpsychotherapie als Prävention von Traumafolgeschäden</i>	29
	<i>Dr. Andreas Schick: Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen mit dem Gewaltpräventions-Programm Faustlos</i>	29

5	Vortragsfolien.....	31
5.1	A. Bühler: Suchtprävention.....	31
5.2	Th. Giernalczyk: Suizidprävention.....	35
5.3	J. Gostomzyk: Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft.....	38
5.4	H. Keupp: Psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention.....	39
5.5	B. Röhrle: Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Psychotherapie.....	42
6	Hintergrundmaterial.....	49
6.1	Thesenpapier.....	49
6.2	Kurzportrait der Kammer.....	51
7	Öffentlichkeit.....	52
7.1	Presseinformation.....	52
7.2	Homepagebericht.....	53
8	Auswertung des Feedback-Bogens.....	57
9	Berichte über den LPT.....	63
10	Personenverzeichnis.....	64
10.1	Referenten.....	64
10.2	PTK Bayern.....	65

1 Eröffnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mitten in der heftig geführten Debatte um die Gesundheitsreform veranstalten wir einen Landespsychotherapeutentag mit dem Thema: Prävention psychischer Störungen. Warum haben wir gerade dieses Thema gewählt? – weil es eines der wichtigsten unserer Zeit ist. Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wir als bayerische Landespsychotherapeutenkammer, sehen uns, nicht zuletzt angesichts der enormen Zuwachsraten an psychischen Störungen, besonders in der Verantwortung, unser psychologisch-psychotherapeutisches Fachwissen zur Verhinderung psychischer Störungen mit einzubringen.

Sie werden mir vermutlich zustimmen, wenn ich sage: Die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit muss immer wesentliches Ziel jedes Menschen, jedes Politikers und jedes Tätigen im Gesundheitswesen sein. Jede Reform des Gesundheitswesens muss dieses Ziel zumindest impliziert vorrangig anstreben.

Ich möchte jetzt zunächst kurz auf unsere Vorstellungen von Prävention psychischer Störungen eingehen, um dann den Bezug zur Gesundheitsreform und den aktuell vorgestellten Gesetzesentwürfen herzustellen.

Eine banale Erkenntnis scheint noch nicht selbstverständlich, deshalb wiederhole ich sie hier: Effektive präventive Maßnahmen verhindern nicht nur Krankheit und Leid, sie steigern die Lebensqualität und sie helfen Geld zu sparen, weil Kosten für die Krankenbehandlung gar nicht erst entstehen. Beim Impfen, gesunder Ernährung und Zähneputzen ist das Bewusstsein der einzelnen Menschen und im Gesundheitswesen weiterentwickelt. *„Psychohygiene“ darf nicht ein Schlagwort bleiben. Psychohygiene oder auch angemessene Achtsamkeit für die eigene Befindlichkeit muss für alle Menschen im Alltag wichtig und machbar werden.*

Die Prävention psychischer Störungen ist ein Feld, die das Menschsein in der Welt zentral thematisiert. Die weit reichenden Erkenntnisse der neuropsychologischen und pharmakologischen Forschung liefern wichtige Beiträge zum Verständnis psychischer Störungen. Aber gerade bei der Prävention wird wie bei jeder guten Psychotherapie deutlich: Präventive Ansätze müssen immer beide Seiten im Auge haben: Auf der einen Seite den einzelnen Menschen, das Individuum, von seinen biologischen Grundlagen bis hin zur individuelle Lebensgestaltung. Auf der anderen Seite muss der einzelne Mensch in seiner Lebenswelt und damit die Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten zur Entfaltung gesunden Lebens gesehen werden. Die „Impfung“ von Kleinkindern zur Verhinderung einer depressiven oder einer anderen psychischen Störung, wenn es sie gäbe, könnte die krankmachenden Bedingungen einer individualisierten Gesellschaft nicht aushebeln. Die biologische-mechanistische Sichtweise kann uns alle sicher nicht von unserer individuellen Lebensverantwortung entbinden - auch wenn viele dies gerne so praktizieren würden –

und z.B. vom Arzt nur das richtige Medikament erwarten. Ein möglichst gesundes und gutes, d.h. auch verantwortungsvolles und sinnhaftes, Leben aktiv zu führen macht unser Menschsein aus. Dazu gehört auch, für Kinder und Jugendliche die Bedingungen für ein möglichst gesundes Aufwachsen zu schaffen und Ihnen die Fähigkeiten für die Bewältigung psychischer Risiken und Belastungen so gut wie möglich zu vermitteln.

Wir können heute beide Trends beobachten: einerseits wird Selbst-Verantwortung, Disziplin und Leistung immer feinmaschiger und früher im Lebensverlauf erbracht. Andererseits werden wir immer mehr quasi selbstverständlich von technologischen Möglichkeiten einschließlich der Pharmakotherapie umgeben, durchzogen und eingewoben.

Was jedoch vom Einzelnen - und der Gesellschaft in Deutschland bisher nur ansatzweise verwirklicht wird, ist die systematische Umsetzung von Maßnahmen, die nun tatsächlich psychische Störungen verhindern. Aber vielleicht befinden wir uns ja, historisch gesehen, in einem Vorstadium zu dieser Phase. Vielleicht wird die verstärkte Dokumentation manifester psychischer Störungen, ihr vermehrtes Auftreten ein Umdenken bahnen.

Die Tatsache ist noch viel zu wenig bekannt, dass psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand wesentliche Beiträge und Konzepte für eine präventive Neuorientierung im Gesundheitswesen liefern kann - sowohl zur Verhinderung von Notlagen Einzelner als auch von gesamtgesellschaftlichen Kosten.

Wir möchten heute Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit geben, ihr Wissen auf den neuesten Stand zu bringen und uns alle dazu motivieren, neben der harten Arbeit am einzelnen Patienten, gemeinsam zu überlegen, wie wir präventive Ansätze noch besser unterstützen und umsetzen helfen können. Das fängt natürlich immer auch bei uns selbst, in unserer eigenen Arbeit, Freizeit und Familie an.

Wir möchten aber natürlich auch insbesondere unseren Kooperationspartner im Gesundheitswesen und politisch Verantwortlichen und nicht zuletzt der Öffentlichkeit zeigen, dass die Prävention psychischer Störungen noch in den Kinderschuhen steckt, obwohl schon längst vieles flächendeckend umgesetzt werden könnte.

Es wird heute ein Überblick über das Feld aus der Sicht von Wissenschaft, Politik und Praxis gegeben und in die Vielzahl und auch in die Nachhaltigkeit schon vorhandener wissenschaftlich fundierter und auch überprüfter Konzepte und Projekte zur Prävention psychischer Störungen. Dies ist ein Überblick und gleichzeitig doch nur ein kleiner Einblick, der viele weitere interessante Projekte und Programme aus Zeitgründen nicht berücksichtigen kann.

Fachgerechte Psychotherapie ist selbst in der Regel schon eine präventive Maßnahme, ein wichtiger Typ von Prävention. Unsere tägliche Praxis als Psychotherapeuten führt ebenfalls unweigerlich zu diesem Thema. Mit einer Psychotherapie können in den allermeisten Fällen Chronifizierungen und Rückfälle vermieden werden. Fachgerechte Psychotherapie ist vergleichsweise günstig und gut kalkulierbar. Wenn Menschen, die unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden und keine Behandlung erhalten, häufiger eine Psychotherapie angeboten würde, wäre dies eine präventive Maßnah-

me. Dies trifft natürlich insbesondere auf behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche, aber auch auf viele andere Personengruppen zu. Wir wissen aus leidvoller Erfahrung, dass wir mit unserem Angebot Psychotherapie nicht ansatzweise allen Menschen helfen können, die unsere Hilfe bräuchten.

Prävention wird noch viel zu häufig ausschließlich als Verhinderung körperlicher Krankheit verstanden. Präventionsprogramme wirken oft nicht, da sie nur auf Wissensvermittlung setzen, den Einzelnen nicht erreichen und nicht evaluiert sind. Psychotherapeuten dagegen begreifen den Menschen sowohl in seiner Entwicklung als auch in seinem konkreten Lebensumfeld, können damit den Einzelnen direkt erreichen und ansprechen. Ausgangspunkt muss die individuelle Lebensgestaltung, die Motivation des einzelnen sein. Aber ohne Verhältnisprävention, ohne den Blick auf die Lebenswelt, d.h., dass die Umgebung diese Lebensform fördert, kann es auch nicht gehen. Wenn ich dem Kind die richtigen Lernanreize nicht gebe, kann es nicht lernen. Wenn Alkohol Teil von kollektivem Feiern und Freude ist, sind Alkoholkrankheiten wahrscheinlicher. Bulimie und Magersucht sind Krankheiten, die im Zusammenhang mit den allgegenwärtigen Schlankheitsidolen zu sehen sind. Ohne diese Ideale von Schönheit und Glück, ohne diesen sozialen Kontext, gäbe es sie in dieser Form nicht.

Leider steckt die Umsetzung der Möglichkeiten, die die Prävention psychischer Störungen bietet, noch in den Kinderschuhen, obwohl schon längst vieles flächendeckend umgesetzt werden könnte.

Angesichts der geplanten Gesundheitsreform sehen wir es als unsere Verantwortung an, deutlich zu machen, dass hier bisher im Bereich der Prävention – und - auch in Bezug auf die Versorgung psychisch kranker Menschen - eine falsche und gefährliche Prioritätensetzung vorgenommen wird.

Diese Reform berücksichtigt in den bekannt gewordenen Gesetzesentwürfen das Hauptziel jeder Gesundheitspolitik, nämlich die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit bisher nur punktuell.

Die Entwürfe bringen darüber hinaus auch eine massive Gefahr für die existierende Versorgung psychisch kranker Menschen mit Psychotherapie mit sich. Dass große finanzielle Verschiebungen mit neuen großen Defizitstrukturen geplant werden – und dies evtl. Bayern deutlich härter treffen könnte als andere Bundesländer, ist bekannt. Aber noch viel weitreichender sind die geplanten strukturellen Maßnahmen. Wir dürfen nicht hinnehmen, dass zukünftig die Strukturen nur noch zentral von Bundesverwaltungen gemacht werden. Vorbildliches in Bayern – und auch in anderen Bundesländern - für die psychotherapeutische Versorgung würde verloren gehen oder wäre in Gefahr, angefangen von Strukturverträgen über die Qualitätssicherung bis hin zum Zulassungswesen – und auch Präventionsprojekte. Der Aufbau dieser Strukturen war nur möglich, weil wir Berufsvertreter zusammen mit den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Landespolitikern seit vielen Jahren beharrlich und innovativ gearbeitet haben. Wir haben erreicht, dass das Verständnis für die Besonderheit unseres Faches ge-

wachsen ist – auch dies ein wichtiger Schritt zur Prävention psychischer Störungen. Regionale Strukturen des Gesundheitswesens müssen erhalten bleiben!

Die Politik muss sich die Mühe machen, sich nicht nur für die Organmedizin Strukturvorgaben und innovative Elemente zu überlegen, sondern den Bereich der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen gezielt zu schützen und zu fördern. Wir sind bereit mitzuarbeiten, und haben auch der Landespolitik frühzeitig, schon vor den Eckpunkten, unsere Bedenken für die bayerische Versorgungslandschaft und auch unsere Vorstellungen zur Prävention mitgeteilt.

In den allgemeinen Erläuterungen zum 3. Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes (WSG-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 25. September wird behauptet, Prävention solle zu einer „eigenen Säule des Gesundheitswesens“ werden. Im Übergang vom 1. auf den 2. und den 3. Arbeitsentwurf des Gesetzes wurden aber vorgesehene Leistung zur Prävention wieder gestrichen – und zwar ausgerechnet die besonders wirksamen und nachhaltigen lebensweltlichen Ansätze. Gerade sie sind jedoch, wie dargestellt, unverzichtbar. Psychische Störungen tauchen bisher nicht in den Gesetzentwürfen nicht auf, v.a. betriebliche Prävention, Schutzimpfungen und Selbsthilfe. Das sind wichtige Bereiche, aber Prävention muss sich auf alle Lebensbereiche und Lebensalter beziehen und die Prävention psychischer Störungen explizit einbeziehen. Von einer eigenen „Säule“ kann überhaupt nicht die Rede sein.

Wie notwendig eine Konzentration auf vorbeugende Maßnahmen auch aus finanzieller Sicht wäre, verdeutlichen auch folgende Zahlen: Im Jahr 2004 wurden in Deutschland 234 Mrd. € für Gesundheitsausgaben aufgewendet. Davon entfielen auf Prävention und Gesundheitsschutz insgesamt lediglich 9 Mrd. € - knapp 4%. Nach Schätzungen des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ließen sich rund 25%-30% der heutigen Gesundheitsausgaben durch langfristige Prävention vermeiden.

Es wird deutlich, dass diese Gesundheitsreform mit der Ziellinie: „finanzielle Löcher stopfen“ durch Umschichten von Einnahmen und Ausgaben vorgeht. Zukunftsvisionen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung der Menschen werden nicht formuliert und nicht angegangen. Präventive Maßnahmen, breit angelegt, flächendeckend müssten gleichberechtigt neben der Behandlung von Krankheiten in ein Gesamtkonzept eingebaut werden. Der Verweis auf das geplante – eigene – Präventionsgesetz reicht hier nicht aus. Dieses Gesetz wurde bereits einmal, im vergangenen Jahr praktisch fast unabhängig von der Gesundheitsreform verhandelt und auf unbestimmte Zeit wieder verschoben. Auch diese Vorgehensweise zeigt, dass nicht wirklich umgesteuert werden soll.

Die Gesundheitsreform muss die Prävention psychischer Störungen mit berücksichtigen.

Sie können unsere genauen Forderungen auch unserem Thesenpapier entnehmen, das wir ausgelegt haben. Ich möchte hier nur die wichtigsten betonen:

- Wir fordern insbesondere spezifische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche: Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern, Vorsorgeuntersuchungen auch für psychische

und psychosoziale Auffälligkeiten, Maßnahmen für Problemgruppen und die Förderung von Psychotherapie zur Verhinderung von Chronifizierungen.

- Wir fordern, dass Private Krankenkassen Psychische Störungen und die Behandlung durch Psychotherapeuten nicht ausschließen dürfen.
- Präventionsprogramme für psychische Störungen müssen flächendeckend für alle Lebensbereiche und Lebensalter umgesetzt werden. Und die Vielzahl von existierenden Projekten müssten besser vernetzt und auch evaluiert werden.
- Regionale Strukturen dürfen in der Gesundheitsreform nicht zugunsten zentraler Defizitsteuerung wegrationalisiert werden.
- Sowohl im Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) als auch im geplanten Präventionsgesetz muss die organmedizinische Sichtweise durch eine multiprofessionelle Sichtweise ersetzt werden. Die Förderung der Prävention psychischer Störungen und der Prävention in Lebenswelten muss mit aufgenommen werden. Psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand muss einbezogen werden.

Wir Psychotherapeuten, wir Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, arbeiten Tag für Tag daran, in einer Klinik, Einrichtung oder in eigener Praxis, Menschen zu einem gesünderen Leben zu verhelfen, ihre individuellen Behinderungen und Störungen zu überwinden. Dies ist eine schöne, dies ist eine anstrengende, eine spannende und eine erfüllende Arbeit. Wir gehen eine professionelle hilfreiche Beziehung ein und fördern mit unseren fachspezifischen Interventionen bei den Menschen die Möglichkeit, das Wissen und die Motivation, Störungen und Störungsmuster zu überwinden in ihrem konkreten Lebensumfeld. Lebensumfelder können wir nur begrenzt ändern, auch wenn wir teilweise mit Partnern und Familien arbeiten. Aber wir können und müssen auch vorfindliche systematische Barrieren und Gefahren für gesunde Entwicklung berücksichtigen, thematisieren und ändern helfen.

Ich möchte Sie alle dazu aufrufen, gemeinsam mit uns aktiv für Bedingungen einzutreten, damit mehr psychische Gesundheit in der Gesellschaft entstehen kann und psychische Störungen wieder seltener werden können.

Wir wollen keine zentral verwaltete Gesundheits-Bürokratie, die uns und den Patienten noch mehr die Luft zum Atmen nimmt!

Wir wollen - und wir werden unsere Fähigkeiten einbringen, so wie wir es gelernt haben und wie wir uns permanent weiter verbessern! Wir fordern, dass unsere Arbeit gefördert und nicht behindert wird! Dieses Signal soll heute von hier aus ausgehen! Ich wünsche Ihnen allen einen spannenden und anregenden Tag! Vielen Dank!

Dr. N. Melcop
Präsident PTK Bayern

2 Grußworte

2.1 Grußwort von Staatsminister Dr. Werner Schnappauf

Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheitsurvey 2004 und Untersuchungen der Krankenkassen haben psychische Störungen in den letzten 15 Jahren deutlich zugenommen. Sie stehen inzwischen an erster Stelle der Gründe für eine Erwerbsminderungsrente. Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen führt jährlich zu Produktionsausfällen von fast drei Milliarden €. Im Vordergrund stehen das persönliche Leid und die oft erheblich eingeschränkte Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Eine verbesserte Früherkennung und bessere Behandlungsangebote allein reichen hier nicht aus. Effiziente Präventionsprogramme sind ergänzend notwendig, um psychische Erkrankungen möglichst zu vermeiden.

Deswegen soll Prävention insgesamt neben Kuration, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule im Gesundheitswesen etabliert werden. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass sich für den Einzelnen ein Mehr an Lebensqualität erreichen lässt und gleichzeitig das Gesundheitswesen für die Gesellschaft finanzierbar bleibt.

Mit dem anspruchsvollen Thema „Prävention psychischer Störungen“ leistet der 2. Landespsychotherapeutentag einen wichtigen Beitrag zu dieser aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderung.

Vorgestellt und diskutiert werden psychotherapeutische Präventionsprogramme, die sich an den Erfordernissen unterschiedlicher Altersgruppen und Lebensbereiche orientieren oder auf verschiedene Störungsbilder ausgerichtet sind.

Psychischen Störungen liegt ein komplexes Ursachengeflecht zugrunde, das ein mehrdimensionales Behandlungskonzept erfordert. Die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten erheblich verbessert.

Sie als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dabei einen wertvollen Beitrag geleistet. Ihre Fachkompetenz befähigt Sie in besonderer Weise, individuelle Faktoren für eine gesunde Entwicklung und für eine gelungene Lebensgestaltung angemessen zu analysieren und die Menschen zu gegebenenfalls notwendigen Änderungsprozessen zu motivieren. Gerade das Gelingen von Präventionsmaßnahmen kann dadurch entscheidend beeinflusst werden.

Die Bayerische Staatsregierung hat mit der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. einen gesundheitspolitischen Schwerpunkt auf die Prävention gelegt.

In diesem Zusammenhang möchte ich der Landeskammer danken für die Unterstützung dieser Initiative und die konstruktive Mitarbeit in den Expertenworkshops.

Gemeinsam kann es uns gelingen, das Gesundheitsbewusstsein und die Eigenverantwortung für Gesundheit zu stärken.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viele neue Erkenntnisse und einen regen Gedankenaustausch.



Dr. Werner Schnappauf
Bayerischer Staatsminister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

2.2 Grußwort von Dr. Werner Schubö, LMU München

Sehr geehrter Herr Staatsminister Schnappauf,
Herr Präsident Melcop,
sehr geehrte Damen und Herren!

Als Mitglied der Hochschulleitung begrüße ich Sie sozusagen als Hausherr in diesem schönsten Raum der Universität, der Großen Aula. Es freut mich besonders, dass ich heute zu Ihnen sprechen kann, weil ich doch einige von Ihnen aus der Zeit wiedererkenne, als diese bei mir die Statistik am Beginn ihres Psychologiestudiums gelernt haben.

Jetzt habe ich Sie begrüßt und hätte meine Aufgabe eigentlich schon erfüllt. Aber es ist gute Sitte, dass man in einem Grußwort noch ein bisschen Inhalt beiträgt. Sie haben zum Thema dieses Landespsychotherapeutentags die Prävention gewählt, ein zweifellos sehr wichtiges Thema. Ich will darauf nicht im Detail eingehen, weil das Ihre Referenten bestimmt viel besser können. Aber ich möchte dazu anmerken, dass sich die Ludwig-Maximilians-Universität freut, dass das Thema u.a. im Department Psychologie kompetent wissenschaftlich untersucht wird. Ich hebe da besonders Herrn Professor Butollo und die Kolleginnen und Kollegen aus der Klinischen Psychologie hervor, die vor allem zur tertiären Prävention im Bereich der Trauma-Therapie sowohl praktisch wie auch in der Forschung beigetragen haben.

In ihren Forschungsschwerpunkten tragen aber auch andere Wissenschaftler der Fakultät für Psychologie und Pädagogik zur Aufklärung der Bedeutung und Methodik der Prävention bei.

Die Anwendung der Forschungsergebnisse ist die Aufgabe der Praxis, wozu ich Sie, die Therapeuten, zähle, aber auch die Entscheider in Politik und Gesundheitsverwaltung. Die Aufgabe der Universität ist hingegen Forschung und Lehre. Die Forschung wird in Zeiten noch wichtiger, in denen der Wettbewerb zwischen Universitäten z.B. im Rahmen der sog. Exzellenzinitiative fast ausschließlich über die Qualität von Forschungsanträgen ausgetragen wird.

Es entsteht deshalb auch innerhalb der Universität der Druck, die besonders forschungsaktiven Bereiche zu Lasten der übrigen Bereiche zu stärken. Dennoch bleibt die wissenschaftliche Ausbildung per se für uns wichtig. Kürzlich habe ich mit Ihrem Präsidenten Melcop und dem Vorstandsmitglied Vogel über das Problem der vielen aus dem Berufsleben ausscheidenden Psychotherapeuten gesprochen. Um die psychotherapeutische Versorgung in Bayern zu sichern, müssen viele neue Psychotherapeuten ausgebildet werden. Dabei spielt die Ludwig-Maximilians-Universität eine wesentliche Rolle. Ich darf Ihnen versichern, dass sich die Leitung der LMU bewusst ist, wie wichtig die Ausbildung in der Klinischen Psychologie hierbei ist. Wir werden das nötige dafür tun, den Stellenwert der Klinischen Psychologie bei uns zu erhalten.

Ich wünsche Ihrer Tagung spannende Vorträge, anregende Gespräche und insgesamt einen erfolgreichen Verlauf. Vielen Dank!

Dr. Werner Schubö

Prorektor der Ludwig-Maximilians-Universität München

2. Landespsychotherapeutentag

09.30 Eröffnung und Grußworte

10.15-11.00 **Kleiber:** Prävention psychischer Störungen: Gesundheitswissenschaftliche und –politische Perspektiven

Vortragsreihen 11.30 – 13.15

Vorträge 1

11.30-12.15: **Döpfner:**
Prävention von Verhaltensstörungen
im Kindesalter

12.30-13.15: **Keupp:** Psychische
Störungen im gesellschaftlichen
Strukturwandel und Möglichkeiten der
Prävention

Vortrag 2

11.30-13.00: **Brisch:**
Prävention von Bindungsstörungen
durch Frühinterventionen

Vorträge 3

11.30-12.15: **Herschbach:** Die
Lebensqualität chronisch Kranker

12.30-13.15: **Gunkel:** Betriebliche
Prävention psychischer Belastungen

13.15 – 14.00 Mittagspause

14.15-14.45 **Knufmann-Happe:** Prävention psychischer Störungen als staatliche Aufgabe

14.45-15.15 **Gostomzyk:** Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft

15.15-15.45 **Röhrle:** Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Psychotherapie

Workshops 16.15-17.45

Workshop 1:	Workshop 2:	Workshop 3:	Workshop 4:	Workshop 5:	Workshop 6:	Workshop 7:
Rosner	Berger	Bühler	Giernalczyk	Peters	Fengler	Schick
Notfallpsycho- therapie als Prävention von Traumafolge- schäden	Primär- prävention bei Ess-Störungen	Sucht- prävention	Suizid- prävention	Prävention psychischer Störungen im Alter	Prävention von Burn-Out bei Psychothera- peuten	Prävention häuslicher Gewalt: „Faustlos“

Senatssaal: 18.00 – 19.00 Abschluss, geselliges Beisammensein

Programm des 2. LPT am 30.09.2006 in München

1

4 Abstracts der Vorträge

4.1 Hauptvorträge

Prof. Dr. Dieter Kleiber: Prävention psychischer Störungen: Gesundheitswissenschaftliche und –politische Perspektiven

Psychische Störungen, so wird zunächst anhand verschiedener Quellen nachzuzeichnen sein, machen wegen ihrer hohen und weiter ansteigenden Public Health-Relevanz zunehmende Anstrengungen im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen notwendig.

Nach Daten des Bundesgesundheits surveys ist davon auszugehen, dass nahezu jeder zweite Bundesbürger (41%) im Verlauf seines Lebens zumindest einmal an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erkranken wird. Jeder Dritte wird professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Gleichwohl gilt, dass etwa 30% aller depressiven Störungen im Gesundheitswesen unerkannt und unbehandelt bleiben.

Stressinduzierte Probleme, vor allem depressive Störungen, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen aber auch Suchterkrankungen werden zu zentralen Herausforderungen für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich. Depressionen, so prognostiziert die Burden of Disease-Study der WHO und der Weltbank, werden bereits in gut zehn Jahren den zweiten Rang unter den Behinderung verursachenden Erkrankungen einnehmen.

Zu fragen ist deshalb, welche Konzepte zur Förderung psychischer Gesundheit und zur Prävention psychischer Erkrankungen international vorliegen, welche in der Bundesrepublik präferiert, im Präventionsgesetz angedacht und bei den Krankenkassen favorisiert werden.

Gefragt werden soll auch, welche Rolle psychologischen Psychotherapeutinnen in der Prävention und Gesundheitsförderung bisher im Präventionsgesetz zugedacht ist und welche sie tatsächlich spielen könnten, sollten bzw. wollen.

MD Karin Knufmann-Happe: Prävention psychischer Störungen als staatliche Aufgabe

Psychische Störungen gehören in vielen Ländern, so auch in Deutschland, zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Zunehmende Prävalenzraten, der Erkrankungsbeginn häufig bereits im Kindes- und Jugendalter sowie die Gefahr der Chronifizierung führen zu einer erheblichen Krankheitslast. Die Belastungen der sozialen Sicherungssysteme durch direkte und indirekte Krankheitskosten haben volkswirtschaftliche Relevanz. Dementsprechend werden die Themen "Prävention" und "Förderung psychischer Gesundheit" in der nationalen und europäischen Gesundheitspolitik mit hoher Priorität behandelt. Diese beiden Bereiche müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben verstanden werden. Regierungen, Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, aber auch die Gesundheitsberufe, Stakeholder und nicht zuletzt die Organisationen der Patientinnen und Patienten sind aufgerufen, sich an der Entwicklung und Umsetzung entsprechender Präventionsprogramme zu beteiligen.

Der Vortrag gibt einen Überblick über Maßnahmen der Bundesregierung zur Stärkung der Prävention allgemein sowie spezifische, auf die Förderung psychischer Gesundheit ausgerichtete Initiativen in den verschiedenen Politikbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung orientieren sich an den Lebenswelten der Menschen. Um hier wirksame Präventionsprogramme zu etablieren, bedarf es – gerade in dem pluralistischen und föderal gegliederten deutschen Gesundheitssystem – der politikbereichsübergreifenden Netzwerkbildung. Exemplarisch werden bestehende krankheitsübergreifende, aber auch krankheitsbezogene Initiativen vorgestellt. Verbesserungsbedarf wird unter anderem in der Aufklärung und Information der Bevölkerung über das Wesen und die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen gesehen. Mit geeigneten Aktionen sollen die noch weit verbreitete Stigmatisierung und Mystifizierung dieser Erkrankungen abgebaut werden.

Die Bedeutung der Psychotherapie für die Prävention und Förderung psychischer Gesundheit wird mit Blick auf die sozialrechtlich geregelte Begrenzung der Richtlinien-Psychotherapie, aber auch auf die Möglichkeiten eines auf der Grundlage eines zukünftigen Präventionsgesetzes gestärkten Präventionsbereichs diskutiert.

Prof. Dr. Johannes Gostomzyk: Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft

Gesundheit ist ein privates und zugleich ein öffentliches Gut, dementsprechend gilt gesundheitsbezogene Prävention als individuelle und gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Präventionsziele können dabei durchaus verschieden sein.

Orientierung für die Aufgabenverteilung geben, ebenso wie in der Krankenversicherung, die im Grundgesetz verankerten Sozialprinzipien Individualität (Eigenverantwortung), Solidarität und Subsidiarität. Gesundheit und ihre Bedingungen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Soziale Gerechtigkeit in der Prävention bedeutet Chancengerechtigkeit bei ungleicher Ausgangssituation für den Einzelnen. Im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Möglichkeiten sollte jeder die Startchancen (Bedingungen) zur Verwirklichung der ihm möglichen Gesundheit in Eigenverantwortung erhalten.

Die Lebensbedingungen in unserer von Ökonomie, Technik und Kultur geprägten Lebenswelt unterliegen einem schnellen Wandel und erfordert vom Individuum eine permanente Anpassung. Bei wachsender Geschwindigkeit der Veränderungen in unserer Kulturwelt wird präventives Verhalten gegenüber im Wandel implizierter Risiken, wie Stress, Bewegungsmangel, Ernährung u.a. immer bedeutsamer (Verhaltensprävention). Die Präventionsziele sind jeweils aktuell zu justieren.

Unsere Gesellschaft, organisiert als sozialer Rechtsstaat, hat die Aufgabe der Verhältnisprävention, d.h. Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung durch soziale Sicherung, Verbraucherschutz, Arbeitsschutz, Bildung usw. Politische Handlungsebenen sind dabei die EU sowie die Bundes-, Länder- und kommunale Ebene. Besondere Bedeutung kommt der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V § 20) zu.

Ein eigenes Präventionsgesetz ist 2005 im Bundesrat gescheitert. Entworfen war ein Strukturgesetz, das die zentrale Festlegung nationaler Präventionsziele ermöglichen sollte, allerdings mit einseitiger Finanzierung eines Fonds aus Mitgliedsbeiträgen der Sozialkassen ohne Beteiligung des Bundes oder der Länder aus Steuermitteln. Der Entwurf endete in der Komplexitätsfalle, weil er weder dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz zwischen Bund, Ländern, Kommunen, Sozialverbänden (GKV, GRV, GUV) noch den Ansprüchen zivilgesellschaftlicher Bereiche mit eigenständigen Akteuren in der Prävention (Familie, Selbsthilfe, Wohlfahrtspflege, Sportvereine, betriebliche Gesundheitsförderung u.a.) gerecht werden konnte. Einer Komplexitätsfalle entgeht man durch dezentrale Organisation, dafür gibt es genug Beispiele in der Praxis (Good Practice-Projekte), auch in der Prävention.

Prof. Dr. Bernd Röhrle: Prävention u. Gesundheitsförderung im Kontext von Psychotherapie

Die Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit wird nicht ausnahmslos, aber doch auch zum Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten werden können, müssen und ist es auch teilweise schon. Einflüsse aus der Geschichte der Psychotherapie legen dies schon nahe. Insbesondere im Bereich der sekundären Prävention sind Psychotherapeuten schon lange tätig. Die große Zahl gut evaluierter und effizienter präventiver Interventionen basiert auf klinisch-psychologischem Wissen, das vor allem auch Psychotherapeuten eigen ist. Epidemiologische Daten, aber auch die derzeitige Versorgungslage machen deutlich, dass psychotherapeutische Hilfen allein nicht ausreichend sind, um auch im ethischen Sinne der großen Zahl psychischer Störungen und den damit verbundenen sozialen und ökonomischen Belastungen gerecht werden zu können. Die Vielzahl der Möglichkeiten präventiver Hilfen aber wird erst greifen können, wenn Kapazität bildende Maßnahmen in Ausbildung und Versorgung zum Tragen kommen. Dabei wird es u. a. auch darauf ankommen, das Präventionsgesetz entsprechend auszugestalten.

4.2 Vortragsreihen

Prof. Dr. Manfred Döpfner: Prävention von Verhaltensstörungen im Kindesalter

In dem Vortrag werden zunächst die Ausgangspunkte für die Prävention von Verhaltensstörungen im Kindesalter herausgearbeitet: (1) die Bedeutung psychischer Störungen für die Gesundheit von Menschen, (2) die Häufigkeit psychischer Störungen im Kindesalter und (3) ihre relativ hohe Stabilität. Danach werden die Konzepte von Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen sowie säkulare Trends bei psychischen Störungen angesprochen.

Anhand von Beispielen werden universelle, selektive und indizierte Präventionsstrategien verdeutlicht. Das Konzept der multimodalen adaptiven Prävention wird eingeführt. Anhand des in Köln entwickelten Präventionsprogramms für expansives Problemverhalten (PEP; Plück et al., 2006) werden die Möglichkeiten und Grenzen von präventiven Interventionen aufgezeigt. Die Strategien bei der Überprüfung der empirischen Evidenz von Präventionsprogrammen werden verdeutlicht. Die Wirksamkeit von PEP wurde zunächst

von randomisierten Kontrollgruppenstudien bei Kindergartenkindern mit expansiven Verhaltensauffälligkeiten untersucht (efficacy-Studien); anschließend wurden die Effekte unter Routinebedingungen analysiert (effectiveness-Studien). Die Ergebnisse dieser Studien werden zusammenfassend dargestellt.

Prof. Dr. Heiner Keupp: Psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention

Psychotherapie hat eine seismographische Relevanz, auch wenn sie diese nicht immer wahrnimmt. Sie arbeitet an den Krisen der Subjekte und deren mangelnden Kompetenzen, sie zu bewältigen. Die Häufung spezifischer Krisen verweist aber über das einzelne Subjekt hinaus und macht es erforderlich, den kulturell-gesellschaftlichen Hintergrund zu beleuchten und zu benennen, der diese Krisen fördert.

Die in den letzten Jahrzehnten registrierte Zunahme etwa von Depressionen, Burnout-erfahrungen, Borderline- oder Essstörungen sind Beispiele für die Notwendigkeit, neben einer psychodiagnostischen auch eine gesellschaftsdiagnostische Einordnung vorzunehmen. Diese aber ist wiederum die Voraussetzung für präventive Maßnahmen. Bei vielen der aktuell bedeutsamer werdenden Störungsbilder handelt es sich um Identitätskrisen, die auf veränderte gesellschaftliche Lebensbedingungen im globalisierten Netzwerkkapitalismus verweisen. Diese stellen Anforderungen an die alltägliche Identitätsarbeit dar, mit denen viele Menschen nicht mehr zurecht kommen. Es bedarf also unter der Perspektive präventiver psychosozialer Arbeit Antworten auf die Frage, wie die Ressourcen von Subjekten gefördert werden können, die sie zu einer souveränen Identitätsarbeit befähigen.

PD Dr. med. Karl-Heinz Brisch: Prävention von Bindungsstörungen durch Frühinterventionen

Die Entwicklung einer sicheren emotionalen Bindung eines Kindes an seine Eltern wird heute als ein bedeutender Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung betrachtet. Kinder mit einer sicheren Bindung können sich besser in die Gefühle anderer Menschen hineinversetzen, sind kreativer, haben mehr Freunde, und finden rascher Lösungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen.

Die Bindungsentwicklung ist allerdings durch vielfältige Einflüsse störbar, so dass Eltern und Kinder eine Hilfestellung benötigen. Besonders unverarbeitete traumatische Erfah-

rungen der Eltern und des Kindes können sogar zur Entwicklung von frühen Bindungsstörungen führen. Eine mögliche Prävention von Bindungsstörungen durch das Programm „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ wird vorgestellt.

Prof. Dr. Peter Herschbach: Die Lebensqualität chronisch Kranker

In diesem Vortrag soll das Generalthema „Prävention psychischer Störungen“ ausgeweitet - von normalen auf chronisch körperlich kranke Menschen - und um einen zusätzlichen Blickwinkel ergänzt werden. Das Konstrukt „psychische Störung“ wird ergänzt durch andere Maße des subjektiven Befindens, nämlich Realbelastung und Lebensqualität.

Das psychische Befinden chronisch Kranker wird untersucht, mit der Durchschnittsbevölkerung verglichen und auf psychotherapeutischen Betreuungsbedarf hin analysiert.

Dipl.-Psych. Ludwig Gunkel: Betriebliche Prävention psychischer Belastungen

Psychische und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz, z. B. Zeitdruck, „Stress“, Konflikte zwischen den Beschäftigten, Probleme in der Zusammenarbeit von Vorgesetzten und Mitarbeitern, haben in den letzten Jahren in den Betrieben deutlich zugenommen. Die seit circa 20 Jahren entwickelten Instrumente und Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglichen, diese Belastungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten zu identifizieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation zu entwickeln.

Die AOK Bayern hat seit 10 Jahren die Betriebliche Gesundheitsförderung systematisch ausgebaut und führt ca. 500 Projekte im Jahr in Betrieben aller Branchen und Größenordnungen durch. Das Referat stellt die Grundlagen, Ziele, Handlungsfelder, Instrumente und Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung der AOK Bayern vor und gibt einen Einblick in deren betrieblichen Nutzen. An praktischen Beispielen wird erläutert, wie die von den Beschäftigten erlebten Belastungen aber auch die verfügbaren Ressourcen identifiziert und auf dieser Basis konkrete Maßnahmen zur Verbesserung erarbeitet werden können. Dabei steht der aktive Einbezug der Beschäftigten und der Führungskräfte als Subjekte ihrer eigenen Arbeitssituation im Vordergrund. Eine besondere Bedeutung bei der Prävention psychischer Belastungen haben die Handlungsfelder betriebliches Stressmanagement und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.

4.3 90-minütige Vorträge und Workshops

Dr. Uwe Berger: Primärprävention bei Ess-Störungen

Ess-Störungen gelten als schwer therapierbar. Mit einer Mortalitätsrate von 5% bis 16% ist Magersucht die schwerste psychosomatische Erkrankung bei Mädchen und jungen Frauen. Neueste wissenschaftliche Studien zeigen, dass der Anteil der Mädchen und jungen Frauen mit problematischem, noch nicht klinisch auffälligem Essverhalten mit ca. 28% deutlich höher liegt als bislang angenommen. In den letzten Jahren wurde daher verstärkt versucht, der Entstehung von Ess-Störungen durch präventive Maßnahmen entgegenzuwirken. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Primärprävention im Rahmen von Schulprojekten. Hierfür liegen bereits ermutigende Wirkungs- und Qualitätsnachweise vor.

Entsprechende Projekte stehen im Zentrum des Vortrags. Zunächst wird durch kurze Beschreibung möglichst prototypischer und evaluierter Beispiele ein Einblick in die derzeitige Praxis der Primärprävention von Ess-Störungen gegeben. Quellen der Übersicht sind die Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sowie Internetauftritte. Da Art, Umfang und Umsetzung der Präventionsprogramme sehr von politischen Bedingungen und Voraussetzungen innerhalb des Gesundheits- und Bildungssystems abhängen, bleibt die Übersicht auf Programme aus dem deutschen Sprachraum beschränkt.

Im zweiten Teil des Vortrags werden die Programme „PriMa“ und „Torera“ detaillierter vorgestellt. Diese Programme wurden am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Jena seit 2004 zur Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Binge Eating und Adipositas entwickelt und bereits an über 30 Schulen in Thüringen erfolgreich eingesetzt und evaluiert. Kerngedanke der Programme ist zum einen eine möglichst gute Implementierbarkeit in der Schule. Daher sind die Programme kurz, kostengünstig, zielgruppenspezifisch und abgehoben vom normalen Unterricht. Zum anderen realisieren sie die Absicht, die psychologischen Hintergründe der Ess-Störungen ohne komplizierte Erklärungen auch jungen Mädchen und Laien anschaulich näher zu bringen. Dies gelang mit der Entwicklung von Bildvorlagen, deren zentrales Motiv die Barbie-Puppe darstellt. Barbie kann als Symbol für Superschlankheit und Schönheit betrachtet werden. Sie ist allgemein bekannt und hat daher ein hohes Potential für eine starke Identifikation.

Das Alter von ca. 12 Jahren für die Teilnahme am Programm zur Prävention der Magersucht (kurz PriMa) wurde gewählt, weil zu einem späteren Zeitpunkt verstärkt mit betroffenen Mädchen gerechnet werden muss (der Gipfel der Erkrankungshäufigkeit liegt für Magersucht bei 14 bis 15 Jahren). Die Barbie-Puppe unterstreicht die Zielgruppenspezifität des Ansatzes. Mädchen sind von Magersucht ca. 10mal so häufig betroffen wie Jungen. Zudem stehen bei Mädchen andere Entstehungsbedingungen der Erkrankung im

Vordergrund. Dies gilt vor allem für die Konfrontation mit einem stark ausgeprägten Schlankheitsideal, für die verstärkte öffentliche Beobachtung der Veränderung des weiblichen Körpers in der Pubertät, für negative sexuelle Erfahrungen sowie besondere Intimitäts- und Autonomiekonflikte innerhalb der Familie.

Für die Realisierung der Projekte konnte das Thüringer Kultusministerium (TKM) gewonnen werden. Dadurch wurde es möglich, PriMa im Schuljahr 2004/2005 als Pilot-Projekt an 20 Schulen in Thüringen, inklusive 12 Kontrollschulen für die Evaluation in Form einer Prä-Post-Kontrollgruppenstudie, durchzuführen. Die Ergebnisse der Evaluation von PriMa zeigen, dass das Programm geeignet ist, sowohl Wissen und Einstellungen zum Thema Magersucht als auch die Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und das körperbezogene Selbstvertrauen positiv zu beeinflussen. Besonders deutlich wurde die Wirkung des Programmes bzgl. des Essverhaltens der Mädchen: Durch PriMa gelang es, die Gruppe der Mädchen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Ess-Störung um 14,5% zu reduzieren.

Dr. Anneke Bühler: Suchtprävention

Ziel des Workshops ist es, mit den Teilnehmern Ausgangspunkt, Ziele und Maßnahmen der Suchtprävention zu diskutieren und aktuelle Befunde der Präventionsforschung vorzustellen.

Im ersten Teil des Workshops steht die Bestimmung des Begriffs „Substanzmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ und ein einfaches Erklärungsmodell im Vordergrund. Dazu diskutieren wir die Fragen „Wo fängt Missbrauch an? Welche Kriterien sind zu berücksichtigen? Wie ist Substanzkonsum zu erklären? Wann ist Suchtprävention erfolgreich?“

Im zweiten Teil werden Ergebnisse der neuen Expertise Suchtprävention zur Wirksamkeit von Suchtprävention in unterschiedlichen Handlungsfeldern vorgestellt und diskutiert.

Abschließend wird kurz ein verhaltensbezogenes Konzept der Suchtprävention, die Lebenskompetenzförderung vorgestellt und Möglichkeiten und Grenzen dieses Ansatzes diskutiert.

Prof. Dr. Jörg Fengler: Prävention von Burn-Out bei Psychotherapeuten

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lassen sich bei ihrer Arbeit täglich auf vielfältige, sehr unterschiedliche Körperhaltungen, Ausdrucksweisen, Emotionen, Kognitionen, wechselnde Stimmungen und intensive Beziehungsangebote ihrer Patientinnen und Patienten ein und versuchen, sie adäquat zu verstehen und im Dienste der Behandlung zu beantworten. Allein dies schon ist eine Schwerstarbeit an Konzentration, Geistesgegenwart, Selbstkontrolle, Einfallsreichtum, Formulierungskunst und besonnenem Handeln.

Aber Patientinnen und Patienten sind nicht die einzigen Stressoren, die uns als Therapeutinnen und Therapeuten begegnen. Manche Stressstimulation liegt in der Person des Psychotherapeuten selbst, zum Beispiel innere Unruhe, Angst, unreflektierte Gegenübertragungen. Privatleben und Freizeitverhalten des Therapeuten mögen Belastungsaspekte aufweisen, die in die Arbeit hineinstrahlen. Das Team, in dem jemand arbeitet, bringt manchmal nicht Unterstützung und Solidarität hervor, sondern stellt sich als zusätzlicher Stressor heraus. Vorgesetzte lassen es manchmal an Sachkenntnis und Führungskunst fehlen. Institutionelle Belastungsfaktoren tun ein Übriges, um der Arbeit des Psychotherapeuten zuzusetzen.

Wenn einer dieser Stressoren über längere Zeit hinweg oder in besonderer Intensität in Erscheinung tritt oder wenn mehrere Ebenen gleichzeitig in Stressqualität in Erscheinung treten, so kann sich für den Psychotherapeuten eine Burnout-Belastung ergeben. Das Burnout ist heute keine ICD-10-Diagnose mehr. Es kann aber, wenn ihm nicht präventiv begegnet wird, zu einer seelischen Gefährdung des Psychotherapeuten führen (Depression, somatoforme Störungen, Selbsttötungsgefahr). Auch die Arbeitsqualität leidet unter einer chronischen Burnout-Belastung.

In der Burnout-Prophylaxe geht es daher darum, auf diejenigen Stressoren einen günstigen Einfluss zu nehmen, die sich dafür individuell eignen, und zwar auf den sechs Ebenen, die oben bereits genannt wurden: Person, Privatleben, Patienten, Team, Vorgesetzte, Institution. Darüber hinaus ist es in Bereichen, in denen die Stressoren nicht unmittelbar beeinflussbar sind, möglich, kompensatorisch Stabilisierungs- und Unterstützungsmaßnahmen zu ergreifen, die auf die persönlichen Belange und Möglichkeiten abgestimmt sind. Dabei gilt: Eine Intervention auf mehreren Ebenen über längere Zeit hinweg durchgeführt und überwiegend dort platziert, wo Aussicht auf Erfolg besteht, hat die größte Chance zu rascher und dauerhafter Burnout-Prophylaxe.

Prof. Dr. Thomas Giernalczyk: Suizidprävention – Krisenintervention bei akuter Suizidalität in der Psychotherapie

Der Workshop setzt sich mit suizidalen Gefährdungslagen während ambulanter Psychotherapie auseinander. In diesem Rahmen werden Besonderheiten statistischer Risikogruppen für suizidales Verhalten diskutiert und Grundprinzipien therapeutischer Interventionen aus psychodynamischer und verhaltenstheoretischer Sicht vorgestellt. Darüberhinaus werden typische Gegenübertragungskonstellationen im Kontakt mit suizidalen Patienten diskutiert. Die psychotherapeutischen Konzepte werden mit Fallvignetten vertieft.

Die folgenden Thesen geben dazu einen inhaltlichen Überblick:

- In Deutschland nehmen sich jedes Jahr ca. 11000 Menschen das Leben. Diese Zahl ist deutlich höher als die der Verkehrstoten. Darüberhinaus werden etwa zehnmal so viele Suizidversuche jährlich verübt.
- Risikogruppen für suizidales Verhalten
- Die Kenntniss der suizidalen Risikogruppen ist eine wichtige Voraussetzung für Suizidprävention. Zu Ihnen zählen:
- Menschen mit psychischen Störungen (Depression, Sucht, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen)
- Menschen mit bereits vorliegender Suizidalität (Suizidankündigung, nach Suizidversuch)
- Alte Menschen mit Vereinsamung, schmerzhaften und chronischen Erkrankungen
- Jugendliche in Entwicklungskrisen (Drogen-, Beziehungs-, Familien- und Ausbildungsproblemen)
- Menschen in traumatischen und lebensverändernden Krisen (Beziehungskrisen, Partnerverlust, Kränkungen, Verlust des sozialen Lebensraumes)
- Körperlich kranke Menschen (mit schmerzhaften, chronischen und terminalen Erkrankungen)

Grundprinzipien hilfreicher Interventionen bei Suizidalität

Die Grundprinzipien hilfreicher Intervention lauten:

- Ein Gesprächs- und Beziehungsangebot, in dem ein offenes Ansprechen möglicher Suizidalität erfolgt und bei bestehender Suizidalität die Hintergründe dafür reflektiert werden können.
- Eine Diagnostik in der die momentane Gefährdung, der aktuelle Handlungsdruck, die Form und Funktion der Suizidalität unter Berücksichtigung der Gegenübertragung sowie die Bedeutung psychischer Störung abgeklärt wird.

- Interventionen, die dem Management der aktuellen Notlage und Krisensituationen dienen (Planung der nächsten Schritte, ggf. Bezugspersonen und andere Hilfssysteme hinzuziehen)
- Psychotherapeutische Interventionen, zu denen Klärung des Auslösers, Bearbeitung des emotionalen Befindens / Affektregulation (Trauer, Wut, Angst) problemlösende und beziehungsregulierende Interventionen, Einordnung in den persönlichen biographischen Kontext, Zukunftsplanung zählen.
- Eine Therapieplanung nach der Akutintervention, die eine längerfristige Linderung dahinterliegender Problemlagen und Störungen ermöglicht.

Typische Gegenübertragungskonstellationen bei Suizidalität

In der psychotherapeutischen Behandlung von suizidalen Patienten entstehen teils negative Gegenübertragungsreaktionen, die ein psychodynamisches Verständnis der Funktion der Suizidalität eröffnen. Zu Ihnen zählen:

- Die manipulative Konstellation: Der Therapeut fühlt sich erpresst, ohnmächtig, wütend und hilflos;
- Konstellation des aufgegebenen Objekts: Der Therapeut fühlt sich überflüssig und unbeteiligt
- (Narzisstischer) Machtkampf: Der gekränkte Therapeut kränkt seinerseits
- Gemeinsamer Höhenflug: Die Problemlage wird verleugnet, Therapeut und Patient konzentrieren sich auf Größenselbstaspekte
- Gegenübertragungshass: je nach Abwehr reichen die Reaktionen von Todeswünschen gegenüber dem Patienten bis zur Selbstaufgabe und Überversorgung

Dr. Meinolf Peters: Prävention psychischer Störungen im Alter

Unsterblichkeitsphantasien haben seit jeher eine große Faszination auf die Menschen ausgeübt. Die dramatische Verlängerung der Lebenserwartung und die Versprechen des Anti-Aging haben diesen eine scheinbar realistische Basis geschaffen. Doch ideologische Botschaften erschweren eine vernünftige und realistische Vorbereitung auf das Alter eher. Diese ist jedoch durch die gestiegene Lebenserwartung und die Verschiebung der Sterblichkeit auf das hohe Alter notwendig und sinnvoll geworden.

Notwendige Vorbereitung auf das Alter kann sich nicht allein auf körperliche Veränderungen beziehen, sondern sollte auch die psychische Dimension aufgreifen. Auch der enge Zusammenhang körperlicher und psychischer Krankheit weist auf die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Vorgehens hin. Neuere Untersuchungen zeigen zudem, dass die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter (außerhalb demenzieller Erkrankungen) in der

Vergangenheit unterschätzt wurde. Längsschnittstudien zeigen, welche Faktoren zur Erhaltung psychischer Gesundheit im Alter beitragen. Die Angebote zur Erhaltung oder Wiederherstellung psychischer Gesundheit im Alter haben sich enorm erweitert und sollen im Überblick dargestellt werden.

Prof. Dr. Rita Rosner: Notfallpsychotherapie als Prävention von Traumafolgeschäden

Was versteht man unter dem Begriff Notfallpsychotherapie? Welche Methoden werden in welcher Phase während und nach dem Überleben eines traumatischen Ereignisses eingesetzt? Welche Methoden sind wirksam? Ziel dieses Vortrags ist die Begriffsklärung und eine Übersicht zu bisher angewandten Methoden in der Zeit direkt nach einem traumatischen Ereignis.

Im Verlauf des Vortrags sollen Screeningfragen und Instrumente sowie Besonderheiten der Gesprächsführung vorgestellt werden. In der Übersicht soll dabei kurz auf die weltweit am häufigsten eingesetzte Intervention, das Debriefing eingegangen werden. Da einzelne Autoren diese Intervention als schädlich einstufen, soll im Vortrag der bisher am besten evaluierte Ansatz einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention bei Akuten Belastungsstörungen vorgestellt werden. Einzelne Interventionsschritte werden beschrieben und sollen, je nach Teilnehmeranzahl, im Rahmen kurzer Übungen erprobt werden.

Dr. Andreas Schick: Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen mit dem Gewaltpräventions-Programm Faustlos

Frühe psychosoziale Präventionsmaßnahmen verbessern das Kompetenzerleben, das Wohlbefinden und auch den Gesundheitsstatus im Erwachsenenalter bei allen Kindern und besonders auch bei Risikokindern. Die Forschung zeigt, dass Maßnahmen um so erfolgreicher sind, je früher sie einsetzen. Auch ein "immer wieder" ist erforderlich. Präventive Konzeptionen sollten somit die Möglichkeit bieten, Entwicklung auch in späteren Lebensphasen erneut anzustoßen. Um in der Breite wirksam werden zu können, müssen diese Konzepte basale seelische und psychosoziale Entwicklungen bei Kindern anstoßen.

Im Vortrag wird ein Curriculum vorgestellt, das speziell für den Einsatz an Grundschulen und Kindergärten konzipiert ist und die für eine effektive Gewaltprävention zentralen Prinzipien verwirklicht: Das Curriculum setzt früh in der Entwicklung von Kindern an, es

ist auf eine längerfristige Anwendung hin angelegt, es beruht auf einer entwicklungspsychologisch fundierten theoretischen Basis und wurde und wird kontinuierlich evaluiert.

Die Inhalte von Faustlos sind aus Forschungsbefunden und entwicklungspsychologischen Theorien zu den Defiziten aggressiver Kinder abgeleitet. Demnach fehlen aggressiven Kindern Kompetenzen in den Bereichen Empathiefähigkeit, Impulskontrolle und Umgang mit Ärger und Wut. Faustlos setzt mit seinen drei Einheiten an eben diesen Schlüsselkompetenzen an, um dadurch aggressivem und gewaltbereitem Verhalten präventiv entgegenzuwirken. Derzeit wird eine Version für die Sekundarstufe erarbeitet.

5 Vortragsfolien

Im folgenden werden die von den Referenten zur Veröffentlichung freigegebenen und im entsprechenden Format vorliegenden Vortragsfolien abgedruckt. Alle hier angegebenen und weitere Folien können Sie von unserer Homepage (<http://www.ptk-bayern.de>) unter „Aktuelles: 12.10.2006 Bericht vom 2. Landespsychotherapeutentag“ herunterladen.

5.1 A. Bühler: Suchtprävention

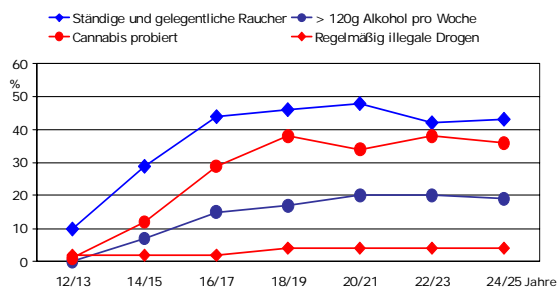
Suchtprävention

Dr. Anneke Bühler
IFT München
Landespsychotherapeutentag,
30.9.2006

Substanzmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen?

1. Ein Schluck Sekt an Silvester (6 Jahre)
2. Heimlicher Zug an der Zigarette (8 Jahre)
3. Ein Glas Sekt am Geburtstag (12 Jahre)
4. Drei Glas Wein zur Konfirmation (14 Jahre)
5. Sich jedes Wochenende betrinken (16 Jahre)
6. Auf der Loveparade zwei Ecstasy-Pillen nehmen (17 Jahre)
7. Eine Woche beim Zelten alle Alkoholsorten trinken (18 Jahre)
8. Einen Joint mit Freunden teilen (18 Jahre)
9. Nach zwei Cocktails Auto fahren (19 Jahre)
10. Auf einer Party Kokain probieren (20 Jahre)

Substanzmissbrauch bei Jugendlichen (DAS,2001)



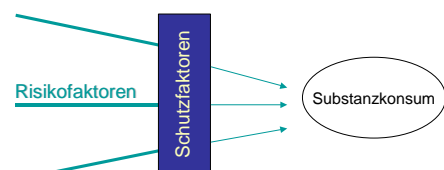
Gliederung

- Substanzmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen
- Wirksamkeit von Suchtprävention
- Schulbasierte Lebenskompetenzprogramme

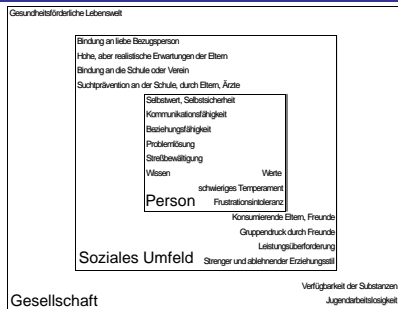
Substanzmissbrauch bei Jugendlichen – eine entwicklungsorientierte Definition

- Vier Gesichtspunkte (Newcomb & Bentler, 1989)
 - Substanz und Konsumumstände
 - Person
 - Reaktion
 - Konsequenzen
 ⇒ Unverantwortlicher Umgang mit psychoaktiven Substanzen nebst potenzieller Schäden für die eigene Person oder für andere
- Verantwortlicher Umgang heißt bei Jugendlichen
 - Wissen um die Wirkungsweise und Folgen der Substanzen (bei mir)
 - Kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Substanzen
 - Mäßiger Konsum in tolerierten Situationen
 - Keine negativen Konsequenzen

Modell zur Entwicklung des Substanzkonsums



Schutz- und Risikofaktoren für den Substanzkonsum



Wirksamkeit von suchtpräventiven Maßnahmen

- Was sollten sie bewirken?

Expertise Prävention des Substanzmissbrauchs (Bühler & Kröger, 2006; www.bzga.de)

- Ziel: Neuester Stand der Forschung über Wirksamkeit von Suchtprävention mit Kindern und Jugendlichen
- Methode: Systematische Suche und Auswertung von 49 qualitativ hochwertigen Überblicksartikeln
- Ergebnis: Evidenzbasierte Schlussfolgerungen zu präventiven Effekten (Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsums)
 - Status quo, Durchschnitt, universelle Prävention

* In Kooperation und mit finanzieller Unterstützung der BZgA

Evidenzstärkebewertung

Die Schlussfolgerung beruht auf...

- ◊◊◊◊◊ Meta-Analyse mit hochwertigen Studien (M)
- ◊◊◊◊ systematischem Review mit hochwertigen Studien (S)
- ◊◊◊◊ Meta-Analyse oder systematischem Review mit allen Studien
- ◊◊◊◊ unsystematischem Review (U), Expertenüberblick (E) oder Best Practice (BP)
- ◊◊◊◊ empirischen Befunden, die nicht direkt darüber informieren oder es testen
- ◊◊◊◊ widersprüchlicher Befundlage

System Schule

M	6
S	5
U	4
E	1

- Interaktive schulbasierte Programme haben präventive Effekte auf das Konsumverhalten (Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Drogen). ◊◊◊◊◊
 - Konzept des Sozialen Einflusses und der Life Skills
- Non-interaktive Programme sind nicht effektiv. ◊◊◊◊◊
 - alleinige Informationsvermittlung, affektive Erziehung, Wertevermittlung/ Entscheidungsbildung

System Familie

M	3
S	3
U	1
E	1

- Umfassende familiäre Ansätze (Eltern- + Kinder- + Familientraining) haben präventive Effekte auf das Konsumverhalten (Alkohol). ◊◊◊
- Elterntrainings allein beeinflussen Risikofaktoren, aber nicht Konsum. ◊◊◊

System Freunde/Freizeit

M	
S	
U	2
E	

- keine zusammengefasste Information erhältlich

System Medien

M	3
S	3
U	2
E	

- Massenmediale Kampagnen in Kombination mit anderen Komponenten (Schule, Community, Nationale Programme) haben präventive Effekte auf das Konsumverhalten (Tabak). ◊◊◊
- Isolierte massenmediale Kampagnen verringern das Konsumverhalten (Tabak) nicht. ◊◊◊◊

System Community

M
S
U 1
E 1

- Systemübergreifende Projekte
- Maßnahmen in unterschiedlichen Systemen (Schule, Medien, Familie, gesetzgeberische Maßnahmen)
- Unklar:
Systemübergreifende Projekte haben präventive Effekte auf das Konsumverhalten.
– dafür: °°°°, unentschieden: °°°°

System Community

M
S 1
U
E

- Regionale Netzwerkbildung
- Aufbau von Handlungskapazität
 - Integration von Hilfsangeboten
 - Beeinflussung politischer Entscheidungen
- Regionale Netzwerkbildung mit dem Ziel der Einführung gesetzlicher Bestimmungen sind aufgrund der Wirkung letzterer Maßnahmen effektiv.
°°

System Gesellschaft/ Gesetzliche Rahmenbedingungen

M
S 6
U 2
E 1

- Höhere Tabakpreise reduzieren die Verbreitung und die Menge von Tabakkonsum. °°°
- Isolierte Maßnahmen zur Verhinderung des Verkaufs von Tabak an Jugendliche durch Verkaufsschulungen verringern den Konsum nicht.
°°°

System Gesellschaft/ Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Das Heraufsetzen der legalen Altersgrenze verringert den Alkoholkonsum. °°°°
- Höhere „volle“ Alkoholpreise haben präventive Effekte auf den Konsum. °°

Lebenskompetenzförderung

- Was sind Lebenskompetenzen?

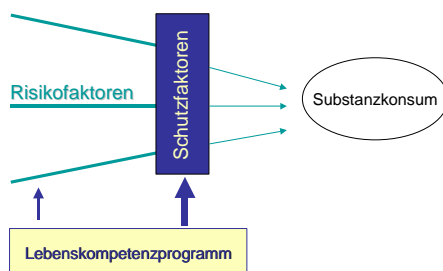
Lebenskompetenz (WHO)

Lebenskompetent ist, wer...

- sich selbst kennt und empathisch ist.
- kommunizieren und Beziehungen führen kann.
- kritisch und kreativ denkt.
- durchdachte Entscheidungen trifft und erfolgreich Probleme löst.
- Gefühle und Stress bewältigen kann.

„Life skills are abilities for adaptive and positive behaviour that enable us to deal effectively with the demands and challenges of everyday life.“

Interventionsmodell



ALF - Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten

ALF für die 5. Klasse

1. Sich kennenlernen
2. Sich wohl fühlen
3. Informationen zum Rauchen
4. Gruppendruck widerstehen
5. Kommunikation und soziale Kontakte
6. Gefühle ausdrücken
7. Selbstsicherheit
8. Informationen zu Alkohol
9. Medien und Werbung widerstehen
10. Entscheidungen treffen / Problemlösung
11. Verbesserung des Selbstbildes
12. Freizeitgestaltung

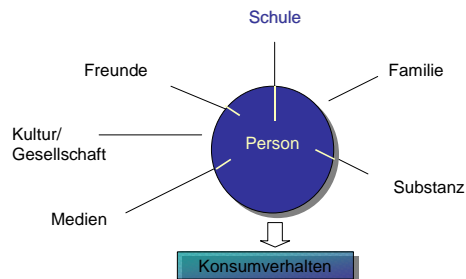
ALF für die 6. Klasse

1. Gruppendruck widerstehen
2. Einstellung zum Rauchen
3. Klassenklima verbessern
4. Problemlösung
5. Kommunikation / Freundschaften
6. Angst / Angstbewältigung
7. Einstellung zu Alkohol
8. Positives Selbstbild

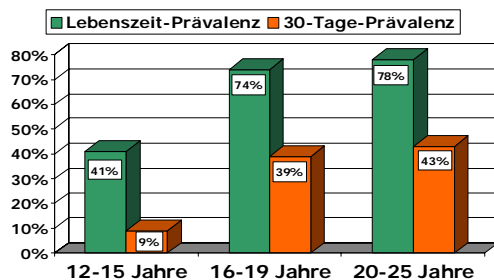
Didaktisches Vorgehen

- Wissensvermittlung
- Diskussion
- Reflexion, Herstellen des Bezugs zur eigenen Person
- Einüben neuer Fertigkeiten (Rollenspiel)
- Erprobung der Fertigkeiten im Alltag
- Festigung der erlernten Fertigkeiten

Ansatzpunkte von Lebenskompetenzprogrammen

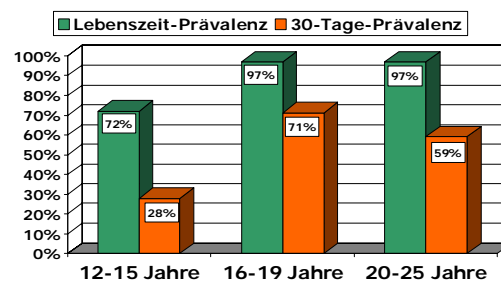


Tabakkonsum (bei 12-25-Jährigen)



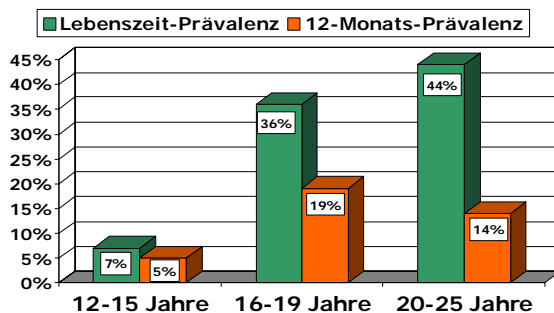
Quelle: BZgA (2004)

Alkoholkonsum (bei 12-25-Jährigen)



Quelle: BZgA (2004)

Cannabiskonsum (bei 12-25-Jährigen)



Quelle: BZgA (2004)

5.2 Th. Giernalczyk: Suizidprävention

Ist der Psychotherapeut überfordert?

Krisenintervention bei akuter Suizidalität
In der Psychotherapie -
Ist der Psychotherapeut überfordert?

2. Landespsychotherapeutentag in Bayern
30.09.2006

Prof. Dr. Thomas Giernalczyk
Fakultät für Pädagogik
Universität der Bundeswehr
München

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Universität München Prof. Dr. Thomas Giernalczyk Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Auf der Ebene des Settings: Nein

- intensive, stabile, haltgebende, langfristige, zeitstrukturierende Beziehung
- Suizidalität, verstehen, bearbeiten und mildern
- Wirkt gegen suizidale Einengung und Isolation
- Antisuizidal durch Thematisierung der Suizidalität
- Im Bewusstsein der Grenzen und der Kooperation
- Bündnisfähigkeit, Handlungsdruck, Therapie versus Lebensrettung

Gegenübertragungshass

Malsberger & Bus 1974

Auf der Ebene der Gegenübertragung: Ja, selbstverständlich

- Negative Emotionen von Verzweiflung, Hilflosigkeit, Wut und Hass des Patienten korrespondieren
- Regelmäßig mit negative Gegenübertragungen des Therapeuten (Gegenübertragungshass)
- Wahrnehmung negativer Reaktionen gehört zur Kompetenz des Therapeuten
- Abgewehrte Gegenübertragungsaggression ist gefährliches Potential für Acting out (Machtkampf, Abschiebung)

Suizidalität ist oft mit Selbst- und Fremdaggression, sowie destruktiven Selbst- und Objektrepräsentanzen verbunden

- Diese werden über verbale und nonverbale Kommunikation in die Psychotherapie getragen
- Suizidalität gerät „zwischen Patient und Psychotherapeut“ (Testung und Übertragungsangriff)
- Intensive Gefühlskommunikation führt zu Hassimpulsen auch auf Seiten des Therapeuten

Objektbeziehungs-dreieck der Suizidalität



Grundprinzipien Psychotherapeutischer Interventionen

- Ein Gesprächs- und Beziehungsangebot, in dem ein offenes Ansprechen möglicher Suizidalität erfolgt und bei bestehender Suizidalität die Hintergründe dafür reflektiert werden können.
- Eine Diagnostik in der die momentane Gefährdung, der aktuelle Handlungsdruck, unter Berücksichtigung der Gegenübertragung abgeklärt wird.
- Interventionen die dem Management der aktuellen Notlage und Krisensituationen dienen (Planung der nächsten Schritte, ggf. Bezugspersonen und andere Hilffsysteme hinzuziehen)
- Interventionen Die dem Verständnis der Suizidalität dienen Die alternative Problemlösestrategien eröffnen

Psychotherapeutische Interventionen (1)

- Direkte und indirekte Andeutungen aufgreifen und klären
Denken Sie daran sich das Leben zu nehmen?
- Pläne für Suizidhandlungen explorieren
Gibt es schon eine Planung für die Handlung?
Wann soll der Plan umgesetzt werden?
Haben Sie darüber gesprochen und wie war die Reaktion?
Haben Sie früher schon mal versucht sich das Leben zu nehmen?
- Ziele und Hintergründe für Suizidhandlungen klären
Welche Probleme sind unerträglich und wirken unlösbar?
Welcher psychische Zustand soll aufgehoben werden?
Welche (Objekt-)Beziehungsaspekte erscheinen zu quälend?
Welcher innere Zustand soll erreicht werden?
Wer sind wichtige (schwierige/ unterstützende) Bezugspersonen?
Was müsste gegeben sein, damit Sie weiter leben könnten?

Psychotherapeutische Interventionen (2)

- Klärendes Nachfragen
- Verstandenes formulieren
- Erleben validieren
- Autonomie bestätigen
- Konfrontation mit der Sicht des Therapeuten (Container – Contained Modell)
- Erarbeitung alternativer Lösungen vornehmen
- Auslösebedingungen für suizidales Verhalten diskriminieren lernen
- Exakte Analyse der Verhaltensketten, die zur suizidalen Handlung führen
- Erfassen, was im Leben halten könnte

Universität München Prof. Dr. Thomas Giernalczyk Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Psychotherapeutische Modellvorstellungen

Verhaltenstheoretisches Modell

- Suizidalität als inadäquate Problemlösung
- Verbesserung der Problemlösestrategien

Psychodynamisches Modell

- Suizidalität zur unbewussten Beziehungsregulierung zu signifikanten Objekten
- Verbesserung der Beziehungsgestaltung

Typische psychodynamische Funktionen von Suizidalität

- Durch Suizidalität erfolgt ubw. ein Schritt zum Vertrauten, hin zur Geborgenheit – **fusionäre Suizidalität**
Häufig im Rahmen von Kränkung und Beschämung bei narzisstischen Krisen
- Suizidalität dient der ubw Phantasie der Trennung von Objekten als Schutz vor Verschmelzungsängsten – **antifusionäre Suizidalität**
- Durch Suizidalität erfolgt ubw. Objektsicherung: Der signifikante Andere soll gezwungen werden Zuwendung und Anerkennung zu geben
manipulative Suizidalität (GÜ erpresst, wütend hilflos)
- Die Energie von den Objekten ist abgezogen – **resignative Suizidalität** (GÜ: überflüssig und unbeteiligt)

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Bearbeitung einer suizidalen Krise (1)

P Am Samstag wollte ich in den Wald fahren und Schluss machen, den Schlauch habe ich schon im Kofferraum.
T Sie wollten sich das Leben nehmen?
P (nickt)
T Haben Sie eine Idee warum sie suizidal wurden?
P (schüttelt den Kopf)
T Was war den vor ihrer Idee?
➤P (lächelt) Ich war im Keller und habe gesehen, dass zwei Paar meiner Schuhe verschimmelt waren. Wir hatten einen Wassereintrich und meine Frau hat gesagt, sie hat alles gerichtet. Und dann so was...
T Sie hat nicht alles gerichtet?
P Sie ist das Allerletzte, nichts wert, sogar wenn sie mich in den Arm nimmt saugt sie mich aus
T Sie haben ihre Schuhe gesehen und sich dann wahnsinnig über ihre Frau geärgert und sie für wertlos erklärt? Und dann wollten sie sich umbringen?
P Jup
T Und was haben Sie mit der Wertlosigkeit ihrer Frau zu tun ?
P Wer so eine Frau hat ist auch das Letzte.

Bearbeitung einer suizidalen Krise (2)

T Dann verstehe ich Ihre Suizididee so, dass sie erst ihre Frau für wertlos erklärt haben und dann selber wertlos geworden sind.
P Ja das ist oft so, ich stecke mich bei ihr an.
T ich glaube ansteckend ist die einseitige Sicht: erst ist ihre Frau nur wertlos und dann Sie auch, vermutlich haben sie beide schwierige und gute Seiten.
P Wenn es mir gut geht, sehe ich das auch so, aber manchmal ist nur das Negative da
T Also ich hab so genau nach der Situation gefragt, weil ich rauskriegen wollte, was der Auslöser für ihre Suizidalität am Samstag war. Und ich glaube ich habe über sie gelernt, dass sie sich extrem über ihre Frau geärgert haben und dann sowohl sie als auch sich selbst ganz schlecht gemacht haben.
P Das ist wirklich wahr.
T Wenn Sie sich vor ihrer Suizidalität schützen wollen, wissen sie nun, dass großer Ärger und Abwertung für sie eine gefährliche Kombination ist.
P In der Tat.

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Bearbeitung einer suizidalen Krise (3)

T Könnten Sie denn etwas dagegen setzen?
P (zuckt die Schultern, schweigt)
T Wie ging es denn am Samstag weiter?
P (Verlegen) Jetzt werden sie über mich lachen. Als ich den Grappa gesucht habe, den ich ins Auto mitnehmen wollte, hat mich meine Frau zum gemeinsamen Mittagessen gerufen und als wir am Tisch saßen ging das irgendwie weg.
T Ich finde es nicht zum lachen sondern einleuchtend, sie haben wohl bei Tisch ihre Abwertung der Frau relativiert und gesehen, dass sie nicht nur Schuhe verschimmeln lässt.
P (lacht) so habe ich das noch nicht gesehen
T Ich frag' mich ja immer wofür die Suizidalität steht und bei Ihnen hab ich den Eindruck, dass sie suizidal geworden sind als sie ihre Frau durch ihre Wut in die Wertlosigkeit verloren haben und als sie damit allein und auch wertlos waren, wollten sie nicht mehr leben also ihrer Wut und Wertlosigkeit entkommen.
T Ja und ist das noch ganz normal?...

Beschreibung der therapeutischen Interventionen

Der Therapeut expliziert die Suizidalität
Sucht nach den auslösenden (inneren und äußeren) Bedingungen
Bietet ein Erklärung für die Entstehung der Suizidalität an
Schärft die Wahrnehmung zur Erkennung der Auslösebedingungen
Versucht - vergeblich- nach einer alternativen Verarbeitung der Auslösebedingungen zu suchen
Deutet die Wertlosigkeit der Ehefrau in Spaltung um
Klärt den weiteren Fortgang (gemeinsames Essen) und die Rücknahme der Spaltung
Deutet diese Suizidalität als (fusionäre) den Versuch extremer Wut, Fremd- und Selbstentwertung zu entkommen.

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Interventionen bei manipulativer Suizidalität

Pat: Wenn Sie jetzt meinen Freund nicht anrufen und ihm sagen, er soll zurück kommen, garantiere ich für nichts. (Blickt zum offenen Fenster des 4. Stockwerkes, stützt sich auf die Armlehnen des Sitzes)
Th: Sie wollen dass ich ihren Freund zurückhole und drohen mir dabei. Ich komme so ziemlich unter Druck.
Pat: (bläst Luft durch die Zähne) Ich bin unter Druck, nicht Sie.
Th: Vielleicht ist es so, dass wir beide unter Druck, sind und ich darüber erlebe wie Ihnen zu Mute ist. (Diese Intervention geschieht vor dem Verständnis einer projektiven Identifikation).
Pat:(lässt die Armlehnen los, presst die Hände aneinander) Mag sein- und jetzt?
Th: Ich möchte mit Ihnen überlegen, wie Sie und ich den Druck verkleinern können.
Pat: Na, er muss zurück kommen sonst (blickt zum Fenster)...
Th: ...sonst könnten sie sich aus dem Fenster stürzen?
Pat: (lächelt) Erfasst.
Th: Sie nehmen ihr Leben als Geisel, um mich zu einem Anruf zu zwingen? Also haben Sie das Gefühl, ohne ihn nicht leben zu können?
Pat: (nickt, schaut nach unten)
Th: Was fehlt, wenn er fehlt?
Pat: Ich ertrage das Alleinsein nicht.
Th: Ich würde gerne darüber reden, was Sie alles schon gegen Alleinsein gemacht haben, und was davon gut tut.
Pat: Einverstanden...

Psychotherapeutische Strategien bei manipulativer Suizidalität

- Eigenes Erleben als Hinweis für Befinden des Patienten verstehen
- Erpressung nicht nachgeben
- Kein aggressives Agieren, Patienten nicht abschieben
- Erpressung als Reifungspunkt der Beziehung umdefinieren
- Fokus auf Angst vor Verlassenheit legen und damit Funktion der Suizidalität bearbeiten
- Vorsicht bei scheinbarer Entspannung

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Universität München Prof. Dr. Thomas Giermalczyk

Akute Suizidalität in der ambulanten Psychotherapie

Verhaltenstherapeutische Strategien bei suizidalem Verhalten (Schaller & Schmidke) (1)

Grundverständnis
 Suizidales/ selbstschädigendes Verhalten ist ein subjektiv sinnvolles Verhalten

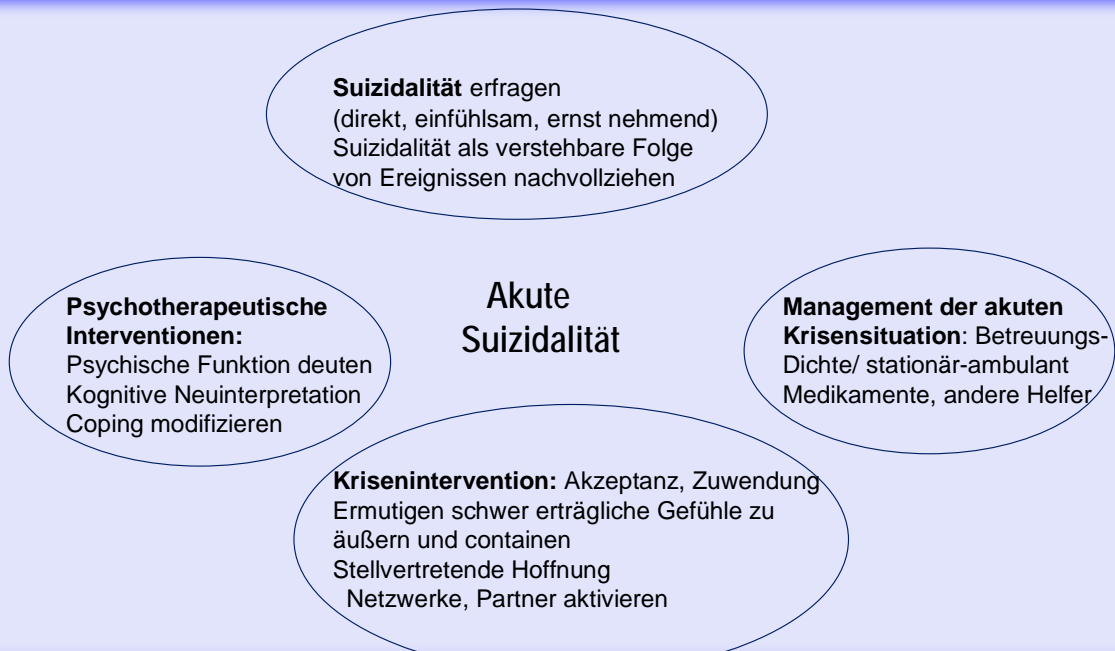
Generelle Strategien

- Akzeptierende und emotionale Zuwendung unabhängig von selbstdestruktivem Verhalten
- Jede suizidale Handlung muss ernst genommen werden, da sie eine „inadequate Problemlösung“ darstellt
- Eigenverantwortlichkeit des Pat. für sein Leben betonen
- Zukunftsplanung in kurzen Zeitstrecken
- Erarbeitung alternativer Lösungen vornehmen

Verhaltenstherapeutische Strategien bei suizidalem Verhalten (2)

- Spezifische Techniken**
- Antezedente Stimulussituation für suizidales Verhalten erkennen
 - Exakte Analyse der Verhaltensketten vor suizidalen Handlungen
 - Brainstorming möglicher alternativer Handlungen
 - Stärken des Pat. erarbeiten und kurzfristig erreichbare Ziele definieren
 - Erfassen was im Leben halten könnte
 - Erinnern positiver Erlebnisse
 - Systematisches Durchdenken fehlender Kontrollmöglichkeiten nach dem Tod

Abschluss: Vorgehen bei akuter Suizidalität



5.3 J. Gostomzyk: Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft

Prävention im Spannungsfeld von Individuum, Staat und Gesellschaft

- Hinweise zur Entwicklung der Prävention
- Prävention als individuelle und gesellschaftliche Aufgabe
- Sozialprinzipien – soziale Gerechtigkeit in der Prävention
- Verhaltensprävention als notwendige Anpassung an den kulturellen und den demographischen Wandel
- Staatlich organisierte Verhältnisprävention
- Zum Entwurf des Präventionsgesetzes 2005

Phasen präventiver Konzepte

Phasen	„Zivilisationskrankheiten“	Konzept	Methoden	Intervention	Akteure
Dietetik (Antike – Neuzeit)	verschiedene	vitales Gleichgewicht „ars vivendi“	Mäßigkeit, gesundheitliche Selbstverantwortung	Individuen	Heilende Religion und Philosophie
Hygiene, naturwissenschaftliche Medizin	Infektions-, Mangel-, Berufskrankheiten	Hygienisierung, Krankheit als biologisches Geschehen	Aufklärung, Beratung, Mangelbewältigung	belastete Individuen und Gruppen	Gesundheitsforschung, Sozialpolitik, gesetzliche Krankensicherung
Rassenhygiene (Sozialdarwinismus)	„Entartung“ gefährdet Volksgesundheit	„Reinhaltung“ der Rassen	Eugenik durch Sterilisation und Euthanasie	Individuen, Randgruppen	Nazi-Staat (1933-45) Ärzte (GGD, Psychiatrie)
Impfprogramme (Jahre 1789 u. 21.)	Infektionskrankheiten	Kinderskrankheiten	Immunisierung Gesunder	Aufklärung	Impfärzt
Krankheit als bio-psychisches Geschehen	Arbeitsunfähigkeit	Hygiene, Psychosomatik, Rehabilitation	Rehabilitation	Individuen	Gesundheitsschutz med. Rehabilitation, Ärzte
Früherkennungsprogramme	chronische Krankheit Herz-Kreislauf, Krebs	Früherintervention	Vorsorgeuntersuchungen, Screening, Aufklärung	Individuen, Bevölkerungsgruppen	Vertragsärzte, Krankenkassen
Risikofaktorenkonzept bis psychosoziales Konzept von Krankheit	chronische Krankheiten Umweltkrankheiten neue Infektionskrankh. Allergien	Risikovermeidung, Verhaltens- und Verhältnisprävention	Risikovermeidung, Verhaltens- und Verhältnisprävention	Individuen und Gruppen mit Risikoblastung	Gesundheitspolitik, Massemedien, Bildungseinrichtungen, Ärzte und Krankenkassen
Gesundheitsförderung	Ungleichgewicht Bewegungsmangel, schlechtes Verhalten	Motivation und Befähigung zu Gesundheitsverhalten, Bürgerbeteiligung	Massenmedien, Kampagnen, Beratung von Individuen und Gruppen	Menschen in ihrer Lebens- und Arbeitswelt	Gesamtwirtschaft, Eigenverantwortung, Gesundheitspolitik (BZgA, IZG), Gesundheitsberufe, Selbsthilfe
Lebensqualität	Stress, psychische Belastung (burn out)	Eigenverantwortung für Gesundheit	Fitness, Wellness, individuelle Gesundheitsleistungen (IGL)	Ferisolen aller Altersgruppen	Gesundheitsberufe, Eigenverantwortung

Gostomzyk J. G., 2006

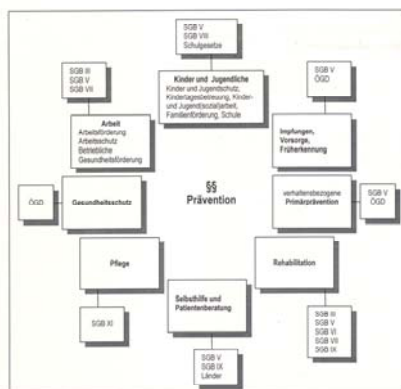
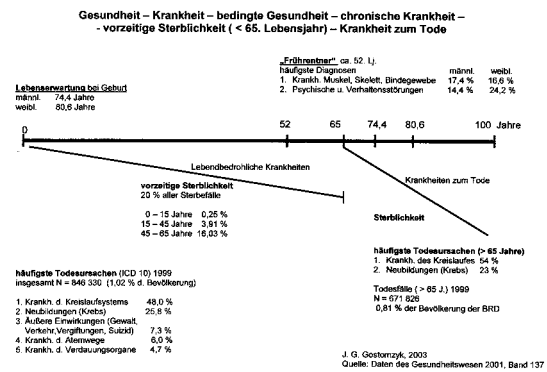
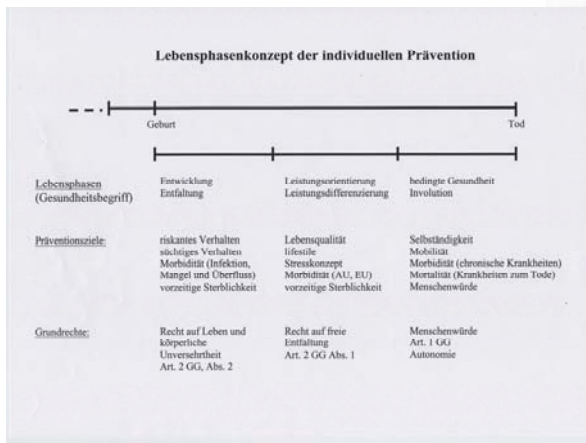
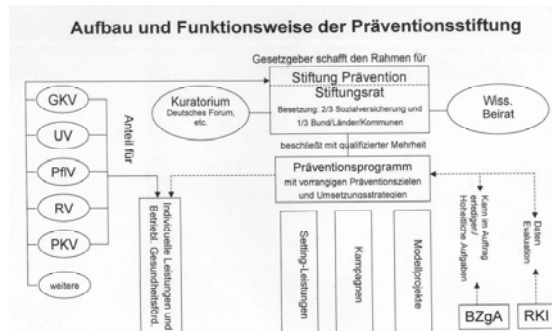


Abb. 1: Wesentliche gesundheitsbezogene Bereiche mit präventiven rechtlichen Regelungen im SGB und auf Länderebene



5.4 H. Keupp: Psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention

Identitätswandel in der Spätmoderne

Zusammenfassung I

Psychotherapie könnte eine wichtige seismographische Funktion haben. Sie arbeitet an den Krisen der Subjekte und deren mangelnde Kompetenzen, sie zu bewältigen. Die Häufung spezifischer Krisen verweist aber über das einzelne Subjekt hinaus und macht es erforderlich, den kulturell-gesellschaftlichen Hintergrund zu beleuchten und zu benennen, der diese Krisen fördert. Die in den letzten Jahrzehnten registrierte Zunahme etwa von Depressionen, Burnouterfahrungen, Borderline- oder Essstörungen sind Beispiele für die Notwendigkeit, neben einer psychodiagnostischen auch eine gesellschaftsdiagnostische Einordnung vorzunehmen. Diese aber ist wiederum die Voraussetzung für präventive Maßnahmen.

Professor Heiner Keupp - Reflexive Sozialpsychologie - LMU

Identitätswandel in der Spätmoderne

Zusammenfassung II

Bei vielen der aktuell bedeutsamer werdenden Störungsbilder handelt es sich um Identitätskrisen, die auf veränderte gesellschaftliche Lebensbedingungen im globalisierten Netzwerkkapitalismus verweisen. Diese stellen Anforderungen an die alltägliche Identitätsarbeit dar, mit denen viele Menschen nicht mehr zurecht kommen. Es bedarf also unter der Perspektive präventiver psychosozialer Arbeit Antworten auf die Frage, wie die Ressourcen von Subjekten gefördert werden können, die sie zu einer souveränen Identitätsarbeit befähigen.

Professor Heiner Keupp - Reflexive Sozialpsychologie - LMU

Identitätswandel in der Spätmoderne

Wie fertigen die Subjekte ihre patchworkartigen Identitätsmuster? Wie entsteht der Entwurf für eine kreative Verknüpfung? Wie werden Alltagserfahrungen zu Identitätsfragmenten, die Subjekte in ihrem Identitätsmuster bewahren und sichtbar unterbringen wollen? Woher nehmen sie Nadel und Faden und wie haben sie das Geschick erworben, mit ihnen so umgehen zu können, dass sie ihre Gestaltungswünsche auch umsetzen können?

Professor Heiner Keupp - Reflexive Sozialpsychologie - LMU

Identitätswandel in der Spätmoderne

These

Die Erste Moderne hat normalbiographische Grundrisse geliefert, die als Vorgaben für individuelle Identitätsentwürfe gedient haben. Innerhalb dieser Grundrisse bildete die berufliche Teilidentität eine zentrale Rolle, die für die Identitätsarbeit der Subjekte Ordnungsvorgaben schuf. In der Zweiten Moderne verlieren diese Ordnungsvorgaben an Verbindlichkeit und es stellt sich dann die Frage, wie Identitätskonstruktionen jetzt erfolgen.

Professor Heiner Keupp - Reflexive Sozialpsychologie - LMU

4

Reflexive Modernisierung: FLUIDE GESELLSCHAFT



Professor Heiner Keupp - Reflexive Sozialpsychologie - LMU

FORMENWANDEL SOZIALER INTEGRATION

Jürgen Habermas sieht einen „Formwandel der sozialen Integration“:

„Die Ausweitung von Netzwerken des Waren-, Geld-, Personen- und Nachrichtenverkehrs fördert eine Mobilität, von der eine sprengende Kraft ausgeht.“

Diese Entwicklung fördert eine „zweideutige Erfahrung“: „die Desintegration haltgebender, im Rückblick autoritärer Abhängigkeiten, die Freisetzung aus gleichermaßen orientierenden und schützenden wie präjudizierenden und gefangenehmenden Verhältnissen. Kurzum, die Entbindung aus einer stärker integrierten Lebenswelt entlässt die Einzelnen in die Ambivalenz wachsender Optionsspielräume. Sie öffnet ihnen die Augen und erhöht zugleich das Risiko, Fehler zu machen. Aber essnd dann wenigstens die eigenen Fehler, aus denen sie etwas lernen können.“

Quelle: Jürgen Habermas Die postnationale Konstellation 1998.

Professor Heiner Keupp - Reflexive Sozialpsychologie - LMU

7

IDENTITÄT IM GLOBALISIERTEN KAPITALISMUS

„Der Tod des Selbst“

„Es gibt wenig Bedarf für dasinnengeleitete, 'one-style-for-all' Individuum. Solch eine Person ist beschränkt, engstirnig, unflexibel. (...) Wir feiern jetzt dasproteische Sein (...) Man muss in Bewegung sein, das Netzwerk ist riesig, die Verpflichtungen sind viele, Erwartungen sind endlos, Optionen allüberall und die Zeit ist eine knappe Ware“

Quelle: Kenneth J. Gergen: The self: Death by technology (2000).

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

8

Patchworkidentität – Riskante Chancen bei prekären Ressourcen

1. „DRIFT“: Von einer „langfristigen Ordnung“ zu einem „neuen Regime kurzfristiger Zeit“.
2. Deregulierung: Anstelle fester institutioneller Muster netzwerkartige Strukturen.
3. Von „festen Charaktereigenschaften“ zum „vermeiden langfristiger Bindungen“ und zur „Hinnahme von Fragmentierung“.
4. Deutungsverlust: „Im flexiblen Regime ist das, was zu tun ist, *unlesbar* geworden.“
5. Der flexible Mensch: ein „nachgiebiges Ich, eine Collage von Fragmenten“ ohne Kohärenz.
6. Das Scheitern ist das große Tabu.
7. Gemeinschaftssehnsucht als „Mauer gegen eine feindliche Wirtschaftsordnung“.

Quelle: Richard Sennett: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus 1998.

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

Das Tabu des Scheiterns

„Das *Scheitern* ist das große Tabu (...) Das Scheitern ist nicht länger nur eine Aussicht der sehr Armen und Unterprivilegierten; es ist zu einem häufigen Phänomen im Leben auch der Mittelschicht geworden.“

Quelle: Richard Sennett: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus 1998.

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

10

DER GLOBALISIERTE KAPITALISMUS UND DAS SUBJEKT

Für Salman Rushdie

ist das Ich „ein schwankendes Bauwerk ist, das wir aus Fetzen, Dogmen, Kindheitsverletzungen, Zeitungsartikeln, Zufallsbemerkungen, alten Filmen, kleinen Segen, Menschen, die wir hassen, und Menschen, die wir lieben, zusammensetzen.“

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

Das Tabu des Scheiterns

„Aber wenn man glaubt, dass die ganze Lebensgeschichte nur aus einer willkürlichen Sammlung von Fragmenten besteht, lässt das wenig Möglichkeiten, das plötzliche Scheitern einer Karriere zu verstehen. Und es bleibt kein Spielraum dafür, die Schwere und den Schmerz des Scheiterns zu ermessen, wenn Scheitern nur ein weiterer Zufall ist.“

Quelle: Richard Sennett: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus 1998.

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

12

WIR LEBEN IN EINER GESELLSCHAFT ...

- ❖ tief greifender kultureller, politischer und ökonomischer Umbrüche, die durch einen global agierenden Netzwerkkapitalismus bestimmt werden;
- ❖ sich ändernder biographischer Schnittmuster, die immer weniger aus bislang bestimmenden normalbiographischen Vorstellungen bezogen werden können;
- ❖ des Wertewandels, der einerseits neue Lebenskonzepte stützt, der aber zugleich zu einem Verlust unbefragt als gültig angesehener Werte führt und mehr selbst begründete Wertentscheidungen verlangt;
- ❖ veränderter Geschlechterkonstruktionen, die gleichwohl untergründig wirksame patriarchale Normen und Familienmuster nicht überwunden haben;
- ❖ der Pluralisierung und Entstandardisierung familiärer Lebensmuster, deren Bestand immer weniger gesichert ist und von den beteiligten Personen hohe Eigenleistungen in der Beziehungsarbeit verlangt.

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

WIR LEBEN IN EINER GESELLSCHAFT ...

- ❖ wachsender Ungleichheit im Zugang der Menschen zu materiellem, sozialem und symbolischem Kapital, der gleichzeitig auch zu einer ungleichen Verteilung von Lebenschancen führt;
- ❖ zunehmender Migration und Erfahrungen mit kulturellen Differenzen und einem Patchwork der Verknüpfung dieser Differenzen zu neuen Hybriditäten, die aber von spezifischen Bevölkerungsgruppen als Bedrohung erlebt werden;
- ❖ wachsenden Einfluss der Medien, die nicht nur längst den Status einer zentralen Erziehungs- und Bildungsinstanz haben, sondern auch mit ihren Bilderwelten Identitätsangebote machen;
- ❖ hegemonialer Ansprüche, die die Mittel von Krieg und Terror einsetzen, um ihre jeweiligen ideologischen Vorstellungen einer Weltordnung jenseits demokratischer Legitimation durchzusetzen.

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

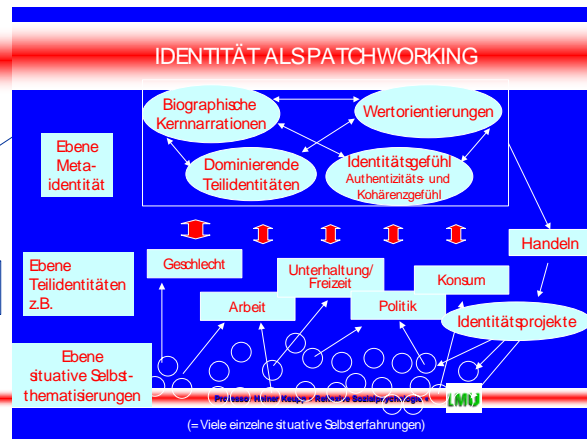
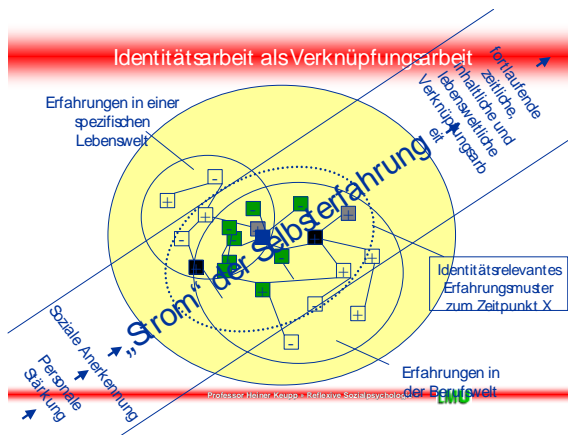
ESSENTIALS DER IDENTITÄTSARBEIT

These

Identitätsarbeit hat als Bedingung und als Ziel die Schaffung von Lebenskohärenz. In früheren gesellschaftlichen Epochen war die Bereitschaft zur Übernahme vorgefertigter Identitätspakete das zentrale Kriterium für Lebensbewältigung. Heute kommt es auf die individuelle Passungs- und Identitätsarbeit an, also auf die Fähigkeit zur Selbstorganisation, zum „Selbsttätigwerden“ oder zur „Selbsteinbettung“. Das Gelingen dieser Identitätsarbeit bemisst sich für das Subjekt von Innen an dem Kriterium der Authentizität und von Außen am Kriterium der Anerkennung.

Professor Heiner Keupp • Reflexive Sozialpsychologie • 

15



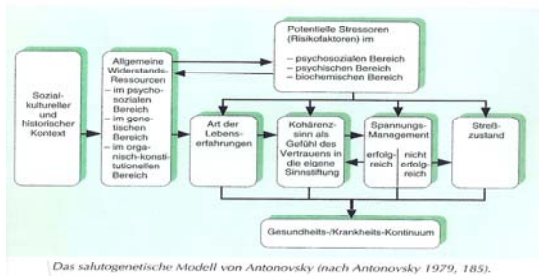
Patchworkidentität – Riskante Chancen bei prekären Ressourcen

- Prävention als Ressourcenförderung**
- ❖ Herstellung eines kohärenten Sinnzusammenhangs
 - ❖ Die Fähigkeit zum „boundary management“.
 - ❖ Sie brauchen „einbettende Kulturen“.
 - ❖ Sie benötigen eine materielle Basisicherung.
 - ❖ Sie benötigen die Erfahrung der Zugehörigkeit.
 - ❖ Sie brauchen einen Kontext der Anerkennung.
 - ❖ Beteiligung am alltäglichen interkulturellen Diskurs
 - ❖ Sie brauchen zivilgesellschaftliche Basiskompetenzen.

Salutogenese

- Was ist Salutogenese?**
- Das Konzept stammt von Aaron Antonovsky.
 - Sein "salutogenetisches" Denkmodell (abgeleitet vom lateinischen Begriff Saluto für Gesundheit) formuliert eine Alternative zu Pathogenese, also zur Entstehung von Krankheiten.
 - Gesundheit und Krankheit sind keine sich ausschließenden diskreten Zustände, sondern bilden ein Kontinuum.
 - Gefragt ist nicht, was macht krank, sondern wie schaffen es Menschen, gesund zu bleiben, trotz unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen.
 - Von besonderer gesundheitsförderlicher Bedeutung sind die Widerstandsressourcen einer Person.
 - Von besonderer Relevanz ist der "Kohärenzsinn", die Fähigkeit, in seinem Leben Sinn zu entdecken oder zu stiften.

WAS IST SALUTOGENESE?



SALUTOGENESE UND LEBENS-KUNST

- Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist.
- Der Kohärenzsinn beschreibt eine geistige Haltung:
- Meine Welt erscheint mir verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen (Verstehbarkeit).
 - Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann (Handhabbarkeit).
 - Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt (Bedeutsamkeit).
 - Der Zustand der Demoralisierung bildet den Gegenpol zum Kohärenzsinn.

Kohärenzerfahrungen heute

- Wie könnte man die Kohärenzdimensionen unter Bedingungen des aktuellen gesellschaftlichen Strukturwandels umreißen?
- Verstehbarkeit:** Unsere globalisierte Welt ist „unübersichtlich“ (Habermas), zunehmend „unlesbar“ (Sennett) und „fluide“ (Bauman) geworden, die es immer schwerer machen, Zusammenhänge zu begreifen.
 - Handhabbarkeit:** Wir wissen denn überhaupt, welche Ressourcen heute benötigt, um ein selbst bestimmtes Leben zu führen? Zeigen nicht gerade die PISA-Ergebnisse, dass in unserem Land die Kompetenzen zur Lebensbewältigung zureichend vermittelt werden?
 - Bedeutsamkeit:** Die traditionellen Sinnsysteme (die großen „Meta-Erzählungen“ nennt sie Lyotard) verlieren an Glaubwürdigkeit und wir werden von neuen Menschen- und Weltbildern ein- und überholt (z.B. vom allseitsflexiblen, mobilen Menschenkonzept der Neocons).
 - Demoralisierung nimmt zu!

Patchworkidentität – Riskante Chancen bei prekären Ressourcen

- Was brauchen Menschen für eine produktive Lebensbewältigung?**
- Sie müssen ihre eigene Lebenserzählung finden, die für sie einen kohärenten Sinnzusammenhang stiftet.
 - Sie müssen in einer Welt der universalen Grenzüberschreitungen ihr eigenes „boundary management“ in Bezug auf Identität, Wertehorizont und Optionsvielfalt vornehmen.
 - Sie brauchen die „einbettende Kultur“ soziale Netzwerke und die soziale Kompetenz, um diese auch immer wieder mit zu erzeugen.
 - Sie benötigen die erforderliche materielle Basisicherung, die eine Zugangsvoraussetzung für die Verteilung von Lebenschancen bildet.
 - Sie benötigen die Erfahrung der Zugehörigkeit zu der Gesellschaft, in der sie ihr Lebensprojekt verwirklichen wollen.
 - Sie brauchen Kontexte der Anerkennung, die die basale Voraussetzung für eine gelingende Identitätsarbeit sind.
 - Sie brauchen Voraussetzungen für den alltäglichen interkulturellen Diskurs der in einer Einwanderungsgesellschaft alle Erfahrungsbereiche durchdringt.
 - Sie müssen die Chance haben, in Projekten des bürgerschaftlichen Engagements zivilgesellschaftliche Basiskompetenzen zu erwerben.

5.5 B. Röhrlé: Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Psychotherapie

Übersicht

- TEIL 1: In welchem Verhältnis stehen Psychotherapie und Prävention bzw. Gesundheitsförderung?
- TEIL 2: Warum muss die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit zu einem vorrangigen Versorgungsziel werden?

TEIL 1: Übersicht

- In welchem Verhältnis stehen Psychotherapie und Prävention bzw. Gesundheitsförderung?
 - Historische Zusammenhänge
 - Aufgabenfelder
 - Konzeptuelle und praktische Gemeinsamkeiten
 - Konzeptuelle und praktische Unterschiede

Historische Zusammenhänge

Erkenntnisse und Hoffnungen der frühen Psychotherapie hatten zu einer engen Verbindung von Psychotherapie und Prävention geführt

Wilhelm Reich (1897-1957)

- Proletarische Sexualpolitik: Lebensbejahende Erziehung als Prävention von Neurosen



Alfred Adler (1870-1937)

- Neurosen verhindern, da diese Abbild einer Klassengesellschaft sind



Anna Freud (1895-1985)

- Einführung in die Technik der Kinderpsychoanalyse (1927)
→ Das erste präventive Elterntraining?

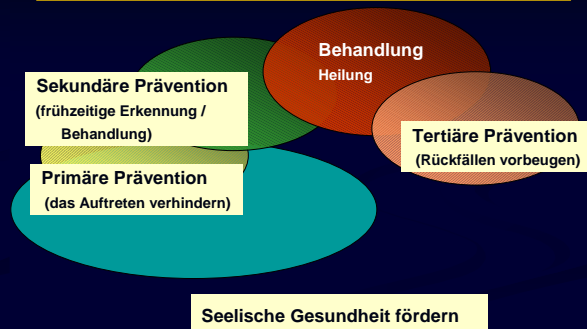


Lightner Witmer (1867-1956)

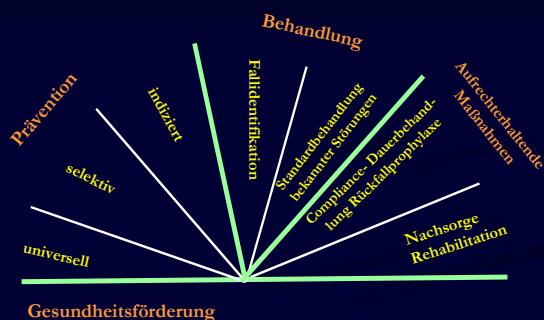
- Behandlung und Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen & Delinquenz (Child Guidance Clinic; 1896)



Aufgabenfelder: Klassisches Spektrum der Prävention



Aufgabenfelder: Arbeitsteiliges Spektrum der Versorgungsaufgaben (nach Mrazek & Haggerty, 1994)



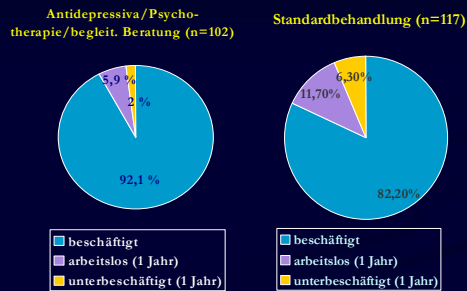
Psychotherapie ist (sekundäre) Prävention

- Ein großer Teil psychischer Störungen wird begleitet von einem hohen Anteil subsyndromaler Zustände (SSZ) jeweils anderer Störungsbereiche
- Diese werden in der Regel mitbehandelt, weil sie meist auch sehr Risiko behaftet sind

Psychotherapie ist auch Primäre Prävention

- Kritische Lebensereignisse sind nicht nur für die Entstehung psychischer Störungen bedeutsam, sondern auch für den Fortgang und Erfolg von Psychotherapie. Von daher werden präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen in der psychotherapeutischen Praxis notwendig
- Ein Beispiel →

Beispiel: Depressionsbehandlung in der Arztpraxis als Maßnahme zum Abbau von Arbeitslosigkeit (Smith et al., 2002) (p < .05)



Konzeptuelle Gemeinsamkeiten (1)

Ein großer Teil der präventiven Maßnahmen beruht auf den gleichen theoretischen Grundlagen wie Psychotherapie

- Biopsychosoziales Denkmodell
- Beispiele für gemeinsame Partialtheorien
 - Problemlösetheorie
 - Theorien der kognitiven Umstrukturierung
 - Lerntheorie (Löschung, op. Konditionierung, Modelllernen, etc.)
 - Stressverarbeitungstheorie (Handlungstheorie, Informationsverarbeitung)
 - Attachmenttheorie
 - Transtheoretisches Modell (TTM)

Gemeinsame Handlungszusammenhänge

- Nicht wenige präventive Programme sind mit Psychotherapie im Vorgehen vergleichbar

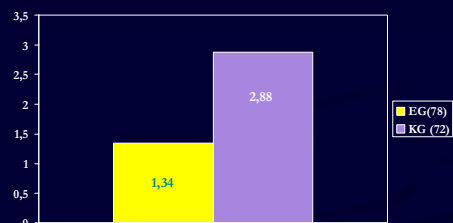
ein Beispiel →

The San Francisco Depression Research Project 2 (Munoz et al., 1995) Vorgehen und Kursinhalte

- Erkennen von Risikopersonen in Allgemeinpraxen
- Achtwöchiger Anti-Depressionskurs (2 Std. / Woche, Gruppen à 10)
- Einführung: Depression, soziale Lerntheorie, Selbstkontrolle
- Wie Gedanken die Stimmung beeinflussen, Entspannung
- Lernen Gedanken zu ändern
- Wie Aktivitäten die Stimmung beeinflussen
- Aufbau angenehmer Aktivitäten
- Wie soziale Kontakte die Stimmung affizieren
- Vermehrung interpersoneller Aktivitäten
- Zukunftsplanung: Prävention von Depression



The San Francisco Depression Research Project 2 (Munoz et al., 1995) Anteil klinisch Depressiver nach einem Jahr



Konzeptuelle und praktische Unterschiede

- Spezifische theoretische Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung

einige Beispiele

- Gesundheitsmodelle (z.B. Theory of Reasoned Action, Health Belief Model, Netzwerk-Diffusionsmodell, etc.)
- Piagets Entwicklungstheorie
- Bronfenbrenners Theorie der Ökologischen Sozialisation

Theoretische und praktische Unterschiede

- Spezifische Vorgehensweisen und Eigenschaften der Prävention und Gesundheitsförderung

- Einbezug (sozialer) Umwelt: z.B. Prävention in und durch Schulen (Betriebe, Wohnungen, Nachbarschaften)
- Pragmatische Hilfestellungen
- Prävention als Entwicklungsintervention (Erziehung)

Beispiele →

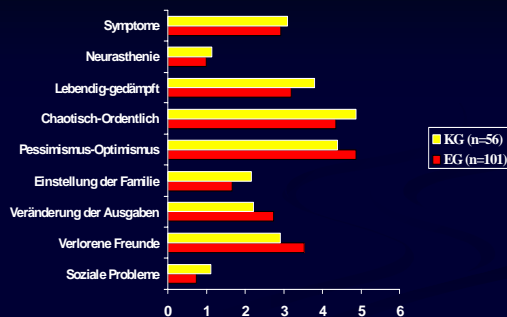
Beispiel 1: Hilfen zur Bewältigung von Scheidungsproblemen



Das Colorado Trennungs- und Scheidungsprogramm Bloom & Hodges (1988): Ziel- und Interventionsbereiche

- persönliche Entwicklung
z.B. Umgang mit Selbstwertproblemen
- Kindererziehung als alleinerziehender Elternteil
z.B. Optimierung der Besuchsregelungen
- berufliche Veränderungen und Karriereplanung
z.B. Suche nach neuer Anstellung
- Rechts- und Finanzberatung
z.B. Umgang mit Krediten und Verschuldung
- Wohnen und Haushalt
z.B. Zubereitung von Mahlzeiten, Einkauf etc.

Scheidungsprogramm nach Bloom & Hodges (1988) Ergebnisse nach 18 Monaten (alle < .03)



Das "Perry Preschool Program" zur Förderung benachteiligter Kinder (Schweinhart & Weikhart, 1988)

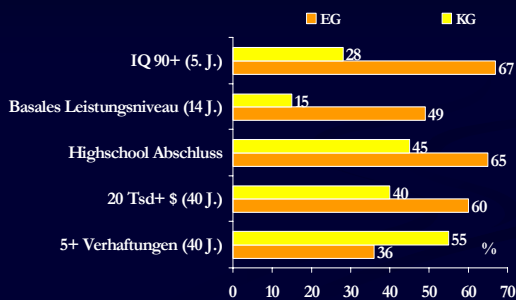
Zielgruppe: Kinder im Vorschulalter (3-4 Jahre) sozial benachteiligt

Vorgehen: 2 Gruppen: ca. 25 Kinder 4 Lehrer
Dauer: 2 Jahre, 5 Sitzungen/Woche



- Kompetenzförderung
Initiative, Planungs-, Entscheidungs- und Problemlösefertigkeiten
- Einübung von "Schlüsselaktivitäten" (Piaget)
Objekte in Kategorien und Größen einordnen, Nachdenken über Raum und Zeit
- Einbezug der Eltern, Hausbesuche
- Transport und Ernährung der Kinder

Trend 1: Kriterienwahl: Ultimative Kriterien (Bsp. 2) Das "Perry Preschool Program" Ergebnisse im Alter von 40 Jahren (N= 119; 1962; N= 123) (Schweinhart, 2004)



Zwischenzusammenfassung

- Psychotherapie, Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit haben in weiten Teilen gemeinsame historische, theoretische, methodische und handlungsorientierte Gemeinsamkeiten
- Effektive Prävention und Gesundheitsförderung ist ohne diese Gemeinsamkeiten nicht denkbar
- Frage: →

Aktuelle Begründung

- In den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006 heißt es (S. 14): „Die Prävention wird zur eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut“. Mit einem Präventionsgesetz soll die Kooperation und Koordination bei Maßnahmen der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und –zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert werden. Hierzu sind Aktionen an Präventionszielen auszurichten.“

Voraussetzungen der Zielauswahl

- Diese Ziele sind in „gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland festgehalten (Hrsg.: BMGS, 2003)
 - das Gesundheitsproblem ist weit verbreitet, sehr belastend, mit hoher Mortalität und mit hohen direkten Kosten
 - Es bestehen Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems durch messbare Verfahren
 - Es gibt Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann
 - Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und Politik

Zielbereiche

- Die Zielbereiche sollten sich orientieren an:
 - Prävention und Gesundheitsförderung
 - Ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen
 - Bürgerorientierung
 - Selbsthilfe
 - Diversität (Gender, soziale Lage etc.)
 - Sektorale Verzahnung und Integration
 - Evidenzbasierung

Das Gesundheitsproblem

Gesundheitsproblem ist weit verbreitet, sehr belastend, mit hoher Mortalität und mit hohen direkten Kosten

Epidemiologische Begründungen: Verbreitung

(nach Angaben der WHO, EU (STAKE))

- 450 Millionen leiden weltweit unter psychischen Störungen, neurologischen Beeinträchtigungen und Süchten (The American Association for World Health)
 - geschätzter Anteil in 2001: 10,5% aller Krankheiten
 - geschätzter Anteil in 2020: 10-15% aller Krankheiten
 - Etwa 20-30% werden behandelt
 - Major Depression“ in 2020 auf Rangplatz 2 der 15 wichtigsten Ursachen für den Verlust an Lebensjahren
 - Kosten : 2-3,6% des BSP
- EU: 82,7 Millionen BürgerInnen (Wittchen & Jacobi, 2005)
- BRD: 32,2%; untere Schichten sind besonders betroffen(BGS 1998; Wittchen, 2000)
 - Ca. 10% Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen (DAK Gesundheitsreport 2005)
 - Anteil seit 1997 um 70% gestiegen
- Hoher Zusammenhang zu körperlichen Erkrankungen
 - z.B. koronare Herzerkrankung und Depression: Verdoppelung von Herzinfarktrisiko bei MDD

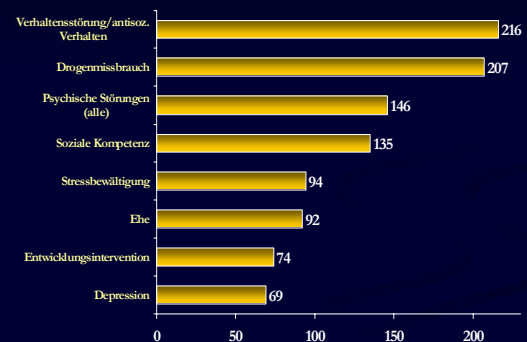
Chancen

Es bestehen Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems durch evidenzbasierte, messbare Verfahren

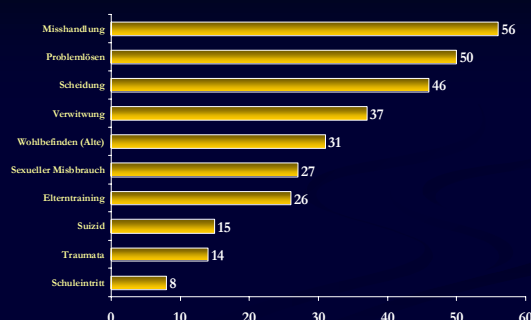
Empirisch begründet erfolgreiche Handlungsfelder und -ziele

- **Training stressorunabhängiger Kompetenzen**
 - Problemlösen
 - Soziale Kompetenz
 - Stressbewältigung
 - Erziehungskompetenz
- **Training stressorabhängiger Kompetenzen bei**
 - Arbeitslosigkeit
 - Scheidung
 - Beziehungsproblemen
 - Psychisch kranken Eltern
 - Verwittung
 - Einsamkeit
 - Belastete Angehörige
 - Sexueller Missbrauch
 - Misshandlung
- **Entwicklungsinterventionen**
 - Anreicherungs- und Fördermaßnahmen (Kinder, alte Menschen)
- **Störungsspezifische Prävention**
 - Angst, Panik, PTBS
 - Depression
 - Suizid
 - Schizophrenie
 - Essstörungen
 - Drogenmissbrauch
 - Devianz, externalisierende Verhaltensstörungen
- **Settingspezifische und -übergreifende Interventionen**
 - Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde

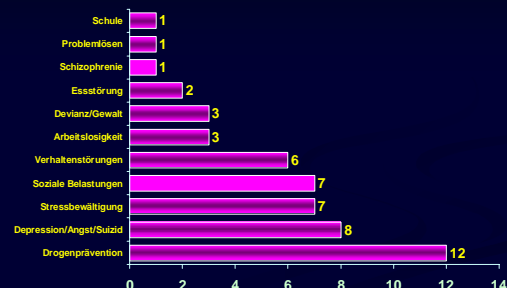
Evidenzbasierte Anwendungsgebiete: In Meta-Analysen bis 2003 erfasste Studien (1)



Evidenzbasierte Anwendungsgebiete: In Meta-Analysen bis 2003 erfasste Studien(2)



Evaluierte oder sich in Evaluation befindliche Projekte zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen im deutschsprachigen Bereich (2005)



Ergebnisse zu anwendungsspezifischen Präventionsformen



	Effektstärkebereich
■ Störungsspezifische	+ .22 - .44
■ Ressourcenorientierte	++ .27 - .66
■ Stressorspezifische	+++ .11 - .89

Erläuterung .44 → 61% Verbesserung
.89 → 71% Verbesserung

Akteure

Es gibt Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann

Akteure in der Psychosozialen Versorgung



Versorgungslage durch Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen in der BRD

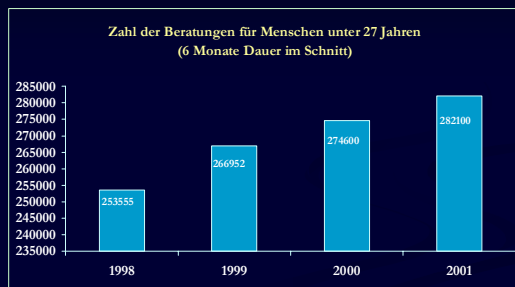
Ergebnisse der Versorgungsforschung



- Erfasste institutionelle Bereiche
 - Beratungsstellen
 - Pädagogische Einrichtungen
 - Betriebe
- Erfasste Handlungsfelder
 - Scheidung und Beziehungsprobleme
 - Sexueller Missbrauch
 - Drogen
 - Gesundheitsförderung in Schulen und Kitas
 - Betriebliche Gesundheitsförderung
- Einige Beispiele

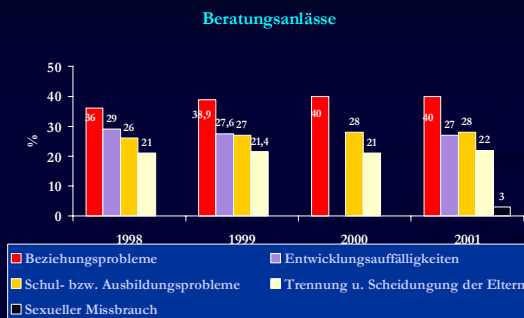
Inanspruchnahme präventionsrelevanter Beratungsdienste

(Statistisches Bundesamt: 1998-2001)
<http://www.destatis.de/cgi-bin/wwwwais>
1081 Beratungsstellen (bke, 2004)



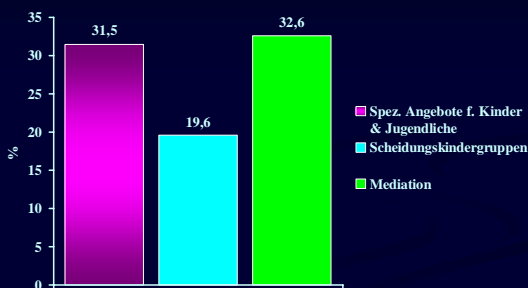
Inanspruchnahme präventionsrelevanter Beratungsdienste

(Statistisches Bundesamt: 1998-2001)



Angebotsspektrum bei Scheidungen

(BB, MBV, S, SA, THÜ; 160 Dienste, Beratungsstellen: 89; JA 71)
Dietrich, P. et al. (1998)



Setting: Gesundheitsfördernde Schulen und Kitas

(Barkholz & Paulus, 1998, Paulus im Druck)

Projekte	Zeitraum	Schulen (N)
BRD: Schätzung Paulus (pers. Mit.)	2005	1500
Modellversuch <i>Gesundheitsförderung im schulischen Alltag</i> (Barkholz & Homfeldt, 1994)	1990-1993	29
<i>Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen</i> (Barkholz & Paulus, 1998)	1993-1997	29
OPUS (<i>Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheitsförderung durch vernetztes Lernen</i> , Paulus, 2000)	2005	639 NRW
<i>Anschub.de</i> - Allianz für nachhaltige Schulgesundheitsförderung und Bildung	2000-2006	41 Berlin, BAY, MV, P
<i>Mindmatters</i>	2002-2006	32 BRD/CH

Versorgungslage: Zusammenfassung

- Es gibt Akteure auf der Ebene der direkten Anbieter für bestimmte Handlungsbereiche.

Das Wissen zur Versorgungslage aber ist insgesamt lückenhaft (z.B. zu störungsspezifischen Interventionen, Hilfe bei bestimmten kritischen Lebensereignisse)

Einige Internationale Akteure und Initiativen auf (fach-)politischer Ebene

- WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005)
- Society for Prevention Research
- World Mental Health Federation
- Australien Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health (PPEi)
- National Institute for Mental Health (USA)
- The National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) - Ministry of Social Affairs and Health (Finnland)
- Imhpa: European Network implementing mental health promotion action
- EMIP: European Mental Health Promotion Implementation
- MINDFUL - Mental Health Information and Determinants for the European Level
- European Alliance Against Depression
- EU Ministerial Conference on Mental Health Promotion (2001)

Einige nationale Akteure und Initiativen

- BMGS
- Forum Prävention
- BZGA
- Landesministerien z.B. RP
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Kommunen: → Bremen: Zukunftsgestaltung & seelische Gesundheit
- Aktion Psychisch Kranke
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis
- German Network for Mental Health

Zwischenzusammenfassung

- Es gibt zahlreiche Akteure zur Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und im Bereich psychischer Erkrankungen bzw. Gesundheit

Orientierung der Zielbereiche

- Die Zielbereiche bestehende oder möglicher Programme der Prävention psychischer Störungen und der Förderung psychischer Gesundheit erfüllen die gemachten Vorgaben:
 - Prävention und Gesundheitsförderung
 - Ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen
 - Bürgerorientierung
 - Selbsthilfe
 - Diversität (Gender, soziale Lage etc.)
 - Sektorale Verzahnung und Integration
 - Evidenzbasierung

Welche Studien waren besonders effektiv?

Catalano et al., 2002; Greenberg et al., 2001; Nation et al., 2003)

- Theoretisch gut begründete
- Risiko-Ressourcenanalyse – und nutzende
- Ressourcen-, fertigkeit-, und defizitorientierte
- Individuen- und umwelt-zentrierte
- Domain übergreifende (intersektoral)
- viele Komponenten enthaltende
- Multimodal gemessene
- Ultimativ orientierte
- Gruppenspezifische (auch kulturell)
- Strukturierte (manualisiert, Curricula)
- Mit variabler Didaktik
- Alle Interaktanten berücksichtigende (partizipativ)
- Mit trainierten AnleiterInnen
- Lang anhaltende
 - mindestens 9 Monate
 - kurze nur bei Risikogruppen erfolgreich
- In Versorgung angepasst implementierte

Beispiel einer kommunalen Prävention



Qualitätsprofil des CTC

- Risiken- und Ressourcenanalyse
- Modular an Risiko-Ressourcenprofil angepasst (Multikomponentenprogramm)
- Multimodale Messung
- Ultimative Kriterien
- Settingbezogen und –übergreifend
- Intensiv (abgestuft)
- Langfristig angelegt
- Gesellschaftlich relevant
- Bedürfnisorientiert
- Disseminativ

Module von *Communities That Care*

Präventionsprogramme gegen/für

1. Angststörungen
2. Depression
3. Körperliche Gesundheit
4. Gewalt
5. Drogennutzung
6. Krisen (u. a. Scheidung; Verluste; Übergänge)
7. Soziale und Problemlösekompetenzen (auch multikulturell)
8. Entwicklungsinterventionen
9. Schulprogramme (Didaktik, Kompetenztraining, etc.)
10. Eltern- und Familienprogramme
11. Setting übergreifende Hilfen (Schulen, Eltern, Gemeindeaktivierung)

z.B. das → *Seattle Social Development Project*

Kommunale Prävention: Community That Cares

Verbreitungsgrad (Zahl der Kommunen)

Pennsylvania:	60	UK:	13
Holland	4	Australien	4

Ergebnisse über 10 Kommunen

Hawkins et al. 2002

> Fertigkeiten	< Probleme
Kognitive Fertigkeiten	Schulrauswürfe
Erziehungskompetenz	Betrug
	Verhaftungen
	Raub
	Gewalt
	Waffenbesitz

Politische Bedeutung

Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und Politik

Die Neuformulierung des Präventionsgesetzes Einige Vorschläge (1)

- Ein (revidiertes) Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung zeigt das politische Interesse
- Es bedarf neuer Zielorientierungen:
 - Keine Gesundheit ohne Psychische Gesundheit
Hervorhebung von psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen
 - Individuenorientierte und Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung
 - risiko- und ressourcenorientiert
 - Mitwirkung von Selbsthilfe- und Laienressourcen

Die Neuformulierung des Präventionsgesetzes ? Einige Vorschläge (2)

- Ressortübergreifendes Zusammenwirken der beteiligten Politikfelder auf allen Ebenen
Intersektoral, auch verschiedene SGB: III, V, VI, VIII, XII
- Fachliche Orientierung:
 - Nicht medikalisiert sondern umfassend und rezent
Partizipative Qualitätssicherung
- Implementierungsorientiert

Einige Schlussfolgerungen

- Die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit ist ein vorrangiges Gesundheitsziel
Die Voraussetzungen dieser Zielauswahl werden durchwegs erfüllt.
- Die Umsetzung entsprechender Maßnahmen kann nur auf einer sozialwissenschaftlichen bzw. biopsychosozialen Grundlage erfolgen
- Deshalb ist Psychotherapie konzeptuell und praktisch bei dieser Umsetzung angemessen zu beteiligen
 - Durch Kooperation und Arbeitsteilung
 - Durch den anerkannten Einbezug der Prävention und Gesundheitsförderung in die psychotherapeutische Praxis
 - Durch Export von therapeutischen Ressourcen in neue Handlungsfelder

6 Hintergrundmaterial

6.1 Thesenpapier

Prävention psychischer Störungen muss Teil der Gesundheitsreform werden!

Die Prävention psychischer Störungen ist eine Aufgabe ersten Ranges - für alle im Gesundheitswesen Tätigen, für die Politik auf allen Ebenen und für jeden Menschen. Psychische Störungen zählen heute zu den häufigsten Erkrankungen mit stark steigender Tendenz. Die Förderung psychischer Gesundheit und die Verhinderung psychischer Störungen muss Grundlage jeden gesundheitspolitischen Handelns sein und entsprechend umgesetzt werden. Die bisherigen Entwürfe zur Gesundheitsreform müssen um entsprechende Maßnahmen ergänzt werden. „Psychohygiene“ muss für alle Menschen wichtig und machbar werden.

Psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand liefert hier unverzichtbare Beiträge und Konzepte für eine präventive Neuorientierung im Gesundheitswesen - sowohl zur Verhinderung von Notlagen Einzelner als auch von gesamtgesellschaftlichen Kosten. Prävention wird noch viel zu häufig ausschließlich als Verhinderung körperlicher Krankheit verstanden. Präventionsprogramme wirken oft nicht, da sie nur auf Wissensvermittlung setzen, den Einzelnen nicht erreichen und nicht evaluiert sind. Psychotherapeuten begreifen den Menschen sowohl in seiner Entwicklung als auch in seinem konkreten Lebensumfeld.

Präventive Ansätze müssen immer beide Aspekte, individuelle Lebensgestaltung und Möglichkeiten oder Unmöglichkeiten zur Entfaltung gesunden Lebens, im Auge haben. Nur so kann es dem einzelnen Menschen möglich werden, die Einsicht in gesundheitsförderndes Verhalten auch in verantwortungsvolles Handeln umzusetzen. Motivation der Beteiligten ist dabei Grundvoraussetzung für nachhaltige Wirksamkeit. Hilfestellung dazu sind in Psychologie und Psychotherapie entwickelte und evaluierte Interaktionsmethoden.

Die Stärkung der Handlungsressourcen von Individuen als auch verhältnisorientierte präventive Maßnahmen sind damit unverzichtbare Bestandteile jedes präventiven Konzepts. Ein besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf die psychisch gesunde kindliche Entwicklung. Die Förderung psychischer Gesundheit und Verhinderung psychischer Störungen ist jedoch in allen Lebensbereichen (Arbeit, Familie, Freizeit) und Lebensaltern von zentraler Bedeutung.

Wichtigste Forderungen der PTK Bayern:

- Förderung entwicklungsangemessener Lebenswelten für Kinder und Jugendliche

- Maßnahmen zur Unterstützung der Kompetenz von Eltern
- Kompetenzvermittlung für Kinder, Eltern, Erzieher und Lehrer zur Förderung psychischer Gesundheit und zur Vermittlung von Stressbewältigungskompetenz in verschiedenen Settings
- Früherkennung von Risiken für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Verpflichtende Integration psychischer Auffälligkeiten und psychosozialer Risikofaktoren in Vorsorgeuntersuchungen (Änderung § 26 Sozialgesetzbuch V)
- Spezielle Maßnahmen für identifizierte Risikogruppen (soziale Problemgruppen, subklinische Symptome, kritische Lebensereignisse, erbliche Vorbelastung)
- Flächendeckende und dauerhafte Umsetzung von wirksamen Präventionsprogrammen psychischer Störungen für alle Lebensbereiche und Lebensalter
- Maßnahmen und Projekte zur Vernetzung lokaler Präventionsprojekte
- Förderung von Programmen zur Früherkennung psychischer Störungen für Erwachsene und präventive psychologisch-psychotherapeutische Maßnahmen bei Risikogruppen
- Wissenschaftliche Evaluation von Präventionsprogrammen
- Im Sozialgesetzbuch V, § 20 ff., sind Leistungen zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung der Prävention in Lebenswelten aufzunehmen
- Neben medizinischen werden auch psychotherapeutische Vorsorgeleistungen vorgesehen (Sozialgesetzbuch V, §§ 23 und 73)
- Verpflichtende Verzahnung von Sozialgesetzbuch V und VIII (Jugendhilfe)
- Private Krankenkassen: Verpflichtung zur Leistung bei psychischen Krankheiten; Direktzugang zu Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; ausreichende Behandlungskontingente
- Neuauflage des Präventionsgesetzes mit:
 - Berücksichtigung psychischer Gesundheit und psychischer Krankheiten (letzter Gesetzentwurf 2005 war organmedizinisch ausgerichtet)
 - Integration von psychologisch-psychotherapeutischem Sachverständigen in die geplanten Gremien (Bundesstiftung, Landesgremien) durch Beteiligung der Psychotherapeutenkammern
- Förderung der Psychotherapie als Maßnahme zur Verhinderung von Chronifizierungen

6.2 Kurzportrait der Kammer

Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist eine gesetzliche Berufsvertretung mit Sitz in München. Die Kammer wurde auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes am 9. April 2004 konstituiert und ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert.

Mitglieder sind alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in Bayern ihren Beruf ausüben oder in Bayern ihren Hauptwohnsitz haben. Insgesamt hat die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten derzeit etwa 4.700 Mitglieder.

Die Aufgaben der Kammer sind u.a.:

- Wahrnehmung der beruflichen Belange der Psychotherapeuten (PP/KJP)
- Mitwirkung an der öffentlichen Gesundheitsversorgung
- Förderung der psychotherapeutischen Fortbildung
- Schaffung sozialer Einrichtungen für Psychotherapeuten und deren Angehörige (z.B. Versorgungswerk)
- Überwachung der Erfüllung der psychotherapeutischen Berufspflichten

Die Organe der Kammer sind die Delegiertenversammlung (45 gewählte Delegierte) und der Vorstand. Der Vorstand wird von der Delegiertenversammlung gewählt und besteht aus dem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten sowie vier weiteren Mitgliedern. Präsident ist Dr. Nikolaus Melcop, die Vizepräsidenten sind: Gerda B. Gradl und Peter Lehndorfer, die Vorstandsmitglieder: Ellen Bruckmayer, Rainer Knappe, Dr. Karin Tritt und Dr. Heiner Vogel.

7 Öffentlichkeit

7.1 Presseinformation

PTK Bayern fordert: Prävention psychischer Krankheiten als fester Bestandteil der Gesundheitsreform unverzichtbar!

2. Bayerischer Landespsychotherapeutentag

30. September 2006 – Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern) warnt vor einer falschen Prioritätensetzung bei der Gesundheitsreform. Die Reform berücksichtigt bisher zu wenig die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit – insbesondere im Bereich psychischer Störungen.

Auf dem 2. Bayerischen Landespsychotherapeutentag diskutierte ein Fachpublikum von rund 550 Psychotherapeuten/innen mit Referenten/innen aus Forschung und Gesundheitspolitik. *Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern*, sieht die „Psychotherapeuten besonders in der Verantwortung, psychotherapeutisches Fachwissen zur Verhinderung psychischer Störungen in das Gesundheitssystem von morgen mit einzubringen - gerade angesichts der hohen Zuwachsraten an psychischen Störungen“. Die geplante Gesundheitsreform dürfe sich nicht darauf beschränken, aktuelle Finanzierungsprobleme vordergründig durch Umschichtung von Einnahmen und Ausgaben anzugehen. „Langfristige präventive Maßnahmen, die die Menschen dort erreichen wo sie leben und arbeiten, verhindern in erster Linie individuelles Leid. Sie erhöhen die Lebensqualität, die Leistungsfähigkeit und sie sparen viel Geld. Und: die Wirksamkeit ist wissenschaftlich belegt.“ führt Melcop weiter aus.

Gefordert werden von der PTK Bayern insbesondere spezifische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche: Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern, Vorsorgeuntersuchungen auch für psychische Auffälligkeiten, Maßnahmen für Problemgruppen und die Förderung von Psychotherapie zur Verhinderung von Chronifizierungen. Weiterhin wird der Einbezug von psychischen Störungen in den Leistungskatalog der privaten Krankenkassen ebenso für wichtig erachtet wie der flächendeckende Einsatz von Programmen zur Verhinderung von psychischen Störungen für alle Lebensbereiche und Lebensalter. Wesentliche Teile der Forderungen sollten schon jetzt konkret im geplanten Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) integriert werden.

In den Vorträgen wurden die Lücken der Umsetzung von präventiven Ansätzen aufgezeigt: *Prof. Dr. Dieter Kleiber (FU Berlin)* beklagte den zu geringen Einsatz von Präventionsprojekten für psychische Störungen, *Prof. Dr. Johannes Gostomzyk (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, München)* betonte die Bedeutung von gesundheitsbezogener Prävention als individuelle und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, und führte aus, warum dies optimal mit einer dezentralen Organisation sicher zu stellen sei. *Prof. Dr. Bernd*

Röhrle (Universität Marburg) forderte die Bereitstellung der Kapazitäten und Voraussetzungen, damit die vorhandenen und wirksamen präventiven Maßnahmen und Programme auch tatsächlich umgesetzt werden können. In Vorträgen und Workshops wurden wissenschaftlich evaluierte Präventionsprogramme vorgestellt.

Pressesetelle

7.2 Homepagebericht

2. Bayerischer Landespsychotherapeutentag „Prävention psychischer Störungen“

Der diesjährige bayerische Landespsychotherapeutentag wurde als Chance genutzt, mitten in den Diskussionen um die geplante Gesundheitsreform die Forderungen der Psychotherapeuten zur Prävention psychischer Störungen und zur psychotherapeutischen Versorgung zu platzieren.

Vor rund 550 Teilnehmern eröffnete *Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern*, die Tagung. Er wies darauf hin, dass das Thema „Prävention psychischer Störungen“ eines der wichtigsten Themen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen sei. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seien besonders in der Verantwortung, psychologisch-psychotherapeutisches Fachwissen zur Verhinderung psychischer Störungen mit einzubringen, auch angesichts der enormen Zuwachsraten an psychischen Störungen.

Die geplante Gesundheitsreform dürfe sich nicht darauf beschränken, aktuelle Finanzierungsprobleme vordergründig durch Umschichtung von Einnahmen und Ausgaben anzugehen. „Langfristige präventive Maßnahmen, die die Menschen dort motivieren, wo sie leben und arbeiten, sparen nicht nur viel Geld, sie verhindern individuelles Leid und erhöhen die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit.“ Auch die Psychotherapie selbst sei ein Typ von Prävention, da sie Chronifizierungen und lange Krankheitsverläufe verhindern helfe. Er warnte, dass die mit der Gesundheitsreform geplante Zentralisierung eine Gefahr für die psychotherapeutische Versorgung in Bayern und Deutschland darstelle: „Regionale Strukturen dürfen in der Gesundheitsreform nicht zugunsten zentraler Defizitsteuerung wegrationalisiert werden. ... Die Politik muss sich die Mühe machen, sich nicht nur für die Organmedizin Strukturvorgaben und innovative Elemente zu überlegen, sondern den Bereich der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen gezielt zu schützen und zu fördern.“

Er forderte für die Prävention psychischer Störungen spezifische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, insbesondere die Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern, Vorsorgeuntersuchungen auch für psychische und psychosoziale Auffälligkeiten, Maßnahmen für Problemgruppen und die Förderung von Psychotherapie zur Verhinderung von Chro-

nifizierungen. Weiter hob er aus dem Thesenpapier der PTK Bayern hervor: „Private Krankenkassen dürfen Patienten mit psychischen Störungen und die Behandlung durch Psychotherapeuten nicht ausschließen. Präventionsprogramme für psychische Störungen müssten flächendeckend für alle Lebensbereiche und Lebensalter umgesetzt werden. Und die Vielzahl von existierenden Projekten müsste besser vernetzt und auch evaluiert werden.“

Prorektor *Dr. Werner Schubö* der *Ludwig-Maximilians-Universität München* begrüßte die Anwesenden als Hausherr, *Prof. Günther Kerscher* überbrachte die Grußworte im Namen des *Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz*.

Im Leitvortrag führte *Prof. Dr. Dieter Kleiber (FU Berlin)* die zunehmende Bedeutung und Wichtigkeit der Prävention gerade im Bereich der psychischen Störungen aus. Staatlich geförderte oder initiierte Projekte fokussieren bislang eher auf Prävention im somatischen Bereich (z.B. Herz- Kreislauferkrankungen, Altersdiabetes). Nach Daten des Bundesgesundheits surveys sei davon auszugehen, dass fast jeder zweite Bundesbürger im Verlauf seines Lebens zumindest einmal an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erkranken werde. Darunter würden stressinduzierte Probleme, die sich beispielsweise als depressive Probleme, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen, aber auch Suchterkrankungen manifestieren könnten, zu den zentralen Herausforderungen für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich führen. Die Burden of Disease-Study der WHO und der Weltbank prognostiziere, dass Depressionen in gut 10 Jahren den zweiten Rang unter den Behinderung verursachenden Erkrankungen einnehmen. Er beklagte den zu geringen Einsatz von Präventionsprojekten für psychische Störungen.

Netzwerke gefordert

Ministerialdirektorin Karin Knufmann-Happe (Bundesministerium für Gesundheit, Berlin) gab einen Überblick über Maßnahmen der Bundesregierung zur Stärkung der Prävention im Allgemeinen sowie spezifische, auf die Förderung psychischer Gesundheit ausgerichtete, Initiativen in den verschiedenen Politikbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung orientierten sich an den Lebenswelten der Menschen. Um hier wirksame Präventionsprogramme zu etablieren bedürfe es – gerade in dem pluralistischen und föderal gegliederten deutschen Gesundheitssystem – der politikbereichsübergreifenden Netzwerkbildung.

Anti-Stigma-Kampagnen

Verbesserungsbedarf gebe es unter anderem bei der Aufklärung und Information der Bevölkerung über das Wesen und die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen. Die noch immer weit verbreitete Stigmatisierung und Mystifizierung dieser Erkrankungen soll mit geeigneten Aktionen abgebaut werden.

Knufmann-Happe diskutierte die Bedeutung der Psychotherapie für die Prävention und Förderung psychischer Gesundheit mit Blick auf die sozialrechtlich geregelte Begrenzung der Richtlinien-Psychotherapie, aber auch auf die Möglichkeiten eines auf der Grundlage eines zukünftigen Präventionsgesetzes gestärkten Präventionsbereichs.

Aufgabenteilung

Prof. Dr. Johannes Gostomzyk (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, München) wies in seinem Vortrag auf die Bedeutung von gesundheitsbezogener Prävention als individuelle und gesamtgesellschaftliche Aufgabe hin. Die im Grundgesetz verankerten Sozialprinzipien Individualität (Eigenverantwortung), Solidarität und Subsidiarität gäben Hinweise für eine Aufgabenverteilung. Gesundheit und ihre Bedingungen seien in der Gesellschaft ungleich verteilt. Soziale Gerechtigkeit in der Prävention bedeute damit Chancengerechtigkeit bei ungleicher Ausgangssituation für den Einzelnen. Im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Möglichkeiten solle jeder die Startchancen (Bedingungen) zur Verwirklichung der ihm möglichen Gesundheit in Eigenverantwortung erhalten.

Unsere Gesellschaft, organisiert als sozialer Rechtsstaat, habe dabei die Aufgabe der Verhältnisprävention, d.h. Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung durch soziale Sicherung, Verbraucherschutz, Arbeitsschutz, Bildung usw.. Politische Handlungsebenen seien dabei sowohl die EU sowie die Bundes-, Länder- und kommunale Ebene. Besondere Bedeutung komme der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V, § 20) zu.

Dezentralität

Mit dem 2005 im Bundesrat gescheiterten Präventionsgesetz, sei ein Strukturgesetz entworfen worden, das die zentrale Festlegung nationaler Präventionsziele ermöglichen sollte, allerdings mit einseitiger Finanzierung eines Fonds aus Mitgliedsbeiträgen der Sozialkassen ohne Beteiligung des Bundes oder der Länder aus Steuermitteln. Der Entwurf sei in der Komplexitätsfalle geendet, weil er weder dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz zwischen Bund, Ländern, Kommunen, Sozialverbänden (GKV, GRV, GUV) noch den Ansprüchen zivilgesellschaftlicher Bereiche mit eigenständigen Akteuren in der Prävention (Familie, Selbsthilfe, Wohlfahrtspflege, Sportvereine, betriebliche Gesundheitsförderung u.a.) gerecht werden konnte. Einer Komplexitätsfalle entgehe man durch dezentrale Organisation, dafür gebe es genug Beispiele in der Praxis (Good Practice-Projekte), auch in der Prävention.

Rolle der PP und KJP

Prof. Dr. Bernd Röhrle (Universität Marburg) wies darauf hin, dass die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit zwar nicht ausnahmslos, aber doch auch zum Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten gehöre, es auch schon traditionell so gewesen sei und diese sich auch in Zukunft verstärkt hier einbringen müssten.

Einflüsse aus der Geschichte der Psychotherapie belegten dies. Insbesondere im Bereich der sekundären Prävention seien Psychotherapeuten schon lange tätig. Die große Zahl gut evaluierter und effizienter präventiver Interventionen basiere auf klinisch-psychologischem Wissen, das vor allem auch Psychotherapeuten zu eigen sei.

Aufgabe der Politik: Kapazitäten und Voraussetzungen schaffen

Epidemiologische Daten, aber auch die derzeitige Versorgungslage machten deutlich, dass psychotherapeutische Hilfen allein nicht ausreichend seien, um auch im ethischen Sinne der großen Zahl psychischer Störungen und den damit verbundenen sozialen und ökonomischen Belastungen gerecht werden zu können. Die Vielzahl der Möglichkeiten präventiver Hilfen werde aber erst greifen können, wenn Kapazität bildende Maßnahmen in Ausbildung und Versorgung zum Tragen kämen. Röhrle forderte, das Präventionsgesetz entsprechend auszugestalten.

In parallelen Veranstaltungen wurden eine Vielzahl von Präventionsprogrammen und –projekten im Überblick dargestellt oder vertieft erläutert und diskutiert. Thematisch wurden dabei psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention (*Prof. Dr. Heiner Keupp, LMU München*) erläutert sowie Präventionsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Lebensaltern dargestellt: Bindungsstörungen (*PD Dr. Karl-Heinz Brisch, Dr. von Haunersches Kinderspital, München*), Kindes- und Jugendalter (*Prof. Dr. Manfred Döpfner, Universitätsklinik Köln*), Ältere Menschen (*Dr. Meinolf Peters, Praxis, Marburg*).

Primärprävention bei Ess-Störungen (*Dr. Uwe Berger, Universitätsklinikum, Jena*), Suchtprävention (*Dr. Anneke Bühler, IFT, München*), Suizidprävention (*Prof. Dr. Thomas Giernalczyk, Universität der Bundeswehr, München*) und Prävention häuslicher Gewalt (*Dr. Andreas Schick, Heidelberger Präventionszentrum*) wurden erläutert, aber auch tertiäre Prävention bei chronischen Erkrankungen (*Prof. Dr. Peter Herschbach, TU München*), betriebliche Prävention (*Ludwig Gunkel, AOK Bayern*) und Notfallpsychotherapie als Prävention von Traumafolgeschäden (*Prof. Dr. Rita Rosner, LMU München*). Ein Vortrag beschäftigte sich auch mit den Psychotherapeuten selbst: Prävention von Burn-Out bei Psychotherapeuten (*Prof. Dr. Jörg Fegler, Universität zu Köln*).

8 Auswertung des Feedback-Bogens

Von den ca. 500 Teilnehmern des 2. Bayerischen LPT haben 154 (ca. 31%) den Feedback-Fragebogen abgegeben.

Drei Viertel der Teilnehmer waren PPs, ein Viertel KJP (27%). 58% arbeiten niedergelassen, 27% angestellt.

	n	%
PP	115	74,7%
KJP	42	27,3%
niedergelassen	90	58,4%
angestellt	41	26,6%
ÄP	4	2,6%
in Ausbildung	1	0,6%
Gesamt	154	100,0%

Bewertung der Workshops und Vorträge

Hinsichtlich des Informationsgehaltes wurde die Veranstaltung als gut (2,2) bewertet. Über zwei Drittel (69%) der Besucher fanden den Informationsgehalt sehr gut bis gut.

Die Themenauswahl wurde ebenfalls mit gut (2,4) bewertet. 60% kreuzten sehr gut oder gut an. 28% fanden die Themenauswahl befriedigend.

Auch die Qualität der Vorträge und Workshops wurde von den Teilnehmern mit gut (2,2) beurteilt. 70% fanden sie sehr gut bis gut, 22% urteilten mit befriedigend.

Den Teilnehmern erschienen die Inhalte nur mäßig anwendbar für die eigene praktische Arbeit. Der Nutzen für die eigene praktische Arbeit wurde mit befriedigend bewertet (2,8). 11% beurteilten die Nützlichkeit mit sehr gut, 65% mit gut oder befriedigend.

Bewertung in Schulnoten	Informationsgehalt		Themenauswahl		Qualität		Nutzen für die eigene praktische Arbeit	
	n	%	n	n	%	%	n	%
1	29	19,7	29	19,6	29	20,1	16	11,0
2	72	49,0	60	40,5	72	50,0	49	33,6
3	34	23,1	41	27,7	31	21,5	46	31,5
4	7	4,8	14	9,5	8	5,6	24	16,4
5	4	2,7	3	2,0	4	2,8	9	6,2
6	1	0,7	1	0,7	0	0,0	2	1,4
Gesamt	147	100,0	148	100,0	144	100,0	146	100,0
Mittelwert	2,2		2,4		2,2		2,8	

Veranstaltung insgesamt

Insgesamt wurde der Informationsgehalt der Veranstaltung mit gut (2,3) bewertet. 17% fanden sie sehr gut, 47% gut und 27% befriedigend.

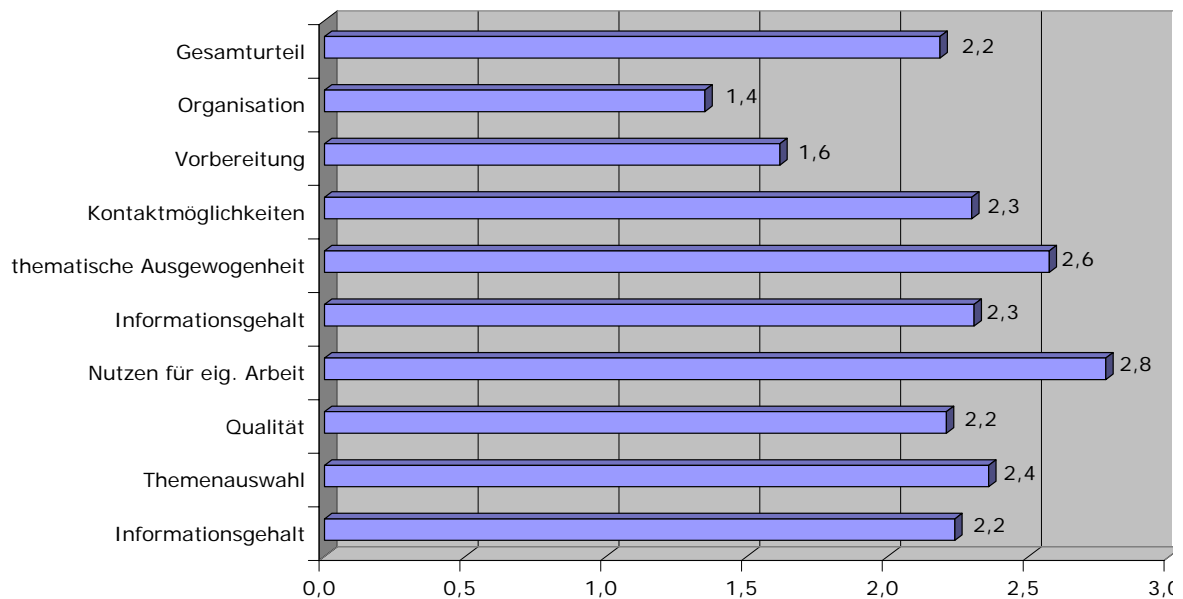
Mit der thematischen Ausgewogenheit waren die Teilnehmer mäßig zufrieden. Sie wurde insgesamt mit befriedigend (2,6) bewertet. 15% erlebten die Inhalte als sehr ausgewogen, 35% als gut ausgewogen und 31% als befriedigend ausgewogen.

Die Kontaktmöglichkeiten wurden mit gut (2,3) bewertet.

Die Organisation der Veranstaltung wurde als sehr gut (1,4) und damit am besten bewertet. Fast alle Teilnehmer (97%) fanden die Veranstaltung sehr gut bis gut organisiert.

Das Gesamturteil über die Veranstaltung fiel gut (2,2) aus. 71% der Teilnehmer fanden die Veranstaltung sehr gut bis gut.

Bewertung (Schulnoten)	Informations- gehalt		Thematische Ausgewo- genheit		Kontakt- möglich- keiten		Vorbereitung (Anmeldung, Vorinformati- on, etc.)		Organisation der Veran- staltung		Gesamturteil über die Ver- anstaltung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	25	16,7	23	15,3	32	21,2	85	55,2	106	68,8	27	17,9
2	71	47,3	53	35,3	61	40,4	52	33,8	43	27,9	80	53,0
3	41	27,3	46	30,7	45	29,8	11	7,1	4	2,6	35	23,2
4	9	6,0	23	15,3	7	4,6	4	2,6	1	0,6	7	4,6
5	4	2,7	3	2,0	6	4,0	1	0,6	0	0,0	2	1,3
6	0	0,0	2	1,3	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Gesamt	150	100,0	150	100,0	151	100,0	154	100,0	154	100,0	151	100,0
Mittelwert	2,3		2,6		2,3		1,6		1,4		2,2	



Die Teilnehmer wurden auch um Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge gebeten. In den insgesamt recht positiven Rückmeldungen wurden am häufigsten vertiefende Veranstaltungen, eine verstärkte Praxisbezogenheit und Skripten gewünscht. Kritisiert wurde die zeitliche Gedrängtheit der Vorträge.

Die Anmerkungen im einzelnen:

- Die Nachmittagsvorträge sollten sich an andere Teilnehmer richten, denn ein PP muss nicht erst überzeugt werden, dass Prävention wichtig ist!
- Der Workshop "Burn-Out" war gut, dagegen die Vorträge am Nachmittag langweilig, wegen Vortragsstil.
- Bitte nicht auf die Zeit vom Oktoberfest legen.
- Bestens organisier und vorbereitet, Verlauf übersichtlich. Gute, kompetente Referenten. Verpflegung war super.
- Hervorragender Workshop über Suizidprävention.
- Die Themen der Migration, Migranten und deren Probleme sollten auch in einem PTK-Tag berücksichtigt werden.
- Überschneidungen in den Vorträgen und zu wenig praxisbezogen. Fehlender Hinweis, wo Infos der Vorträge abgerufen werden können.
- Workshops waren sehr gut. Vorträge zu theoretisch.
- Mehr geübte Referenten.

- Weniger Zahlen- mehr Inhalte!
- Ab 14Uhr wären Workshops sinnvoll. Vorträge ab 14Uhr zu praxisfern. Vortragsstil mancher Referenten war schwer erträglich.
- Vorträge zu langweilig.
- Für die Nachmittagsvorträge mehr Bezüge.
- Lob an Brisch und Röhrle. Kritik an Vorträge, zu viel Text und zu wenig Inhalt, war sehr ermüdend.
- Sehr interessant und für mich äußerst praxisrelevant. Essen gut, mehr schwarzen Tee.
- Mehr Beiträge über Arbeitsmöglichkeiten für Psych. im Präventionsbereich. Vorträge zu abstrakt mehr Beispiele was in Bayern läuft.
- Gute Wegausschilderung und freundliche, kompetente Mitarbeiter. Leider keine Möglichkeit zur Mantel-Abgabe.
- Lob an Keupp und Fengler.
- Essen und Service sehr gut. Workshop von Peters gut.
- Mittagsvorträge sehr langweilig.
- Vorträge von 14.15 bis 15.15 Uhr didaktisch nicht gut aufbereitet.
- Über die Hinweisschilder schon in der U-Bahn war ich sehr erfreut!
- Workshop 5 war sehr gut. Service und Essen spitze.
- Die Veranstaltungen von Brisch und Fengler waren toll!
- Termin wegen Oktoberfest ungünstig, überfüllte und verspätete Züge.
- Inhaltliche Qualität durch Vorträge wesentlich besser als 2005!
- Garderobe hat gefehlt, zu wenige offizielle Pausen mittags. Essen gut und Workshop von Dr. Berger sehr gut.
- Weniger Vorträge, mehr Workshops.
- Ich finde es wichtig, dass die PTK uns politisch ins Gespräch bringt. Danke für den Humor an Brisch und Fengler.
- Durch schlechte Lautsprechertechnik schlechtes Verstehen der Reden.
- Mehr Workshops, weniger Frontalvorträge. Weniger Statistiken, mehr Praxisbezug. Service war sehr gut.
- Die Workshops und die fachspezifischen Vorträge waren sehr gut.
- Mit Workshop sehr zufrieden. Inhaltlich leider viele Wiederholungen, wirkt nicht abgesprochen.
- Leider keine Informationen im Vorfeld über Referenten bzw. vorträge
- Vormittagsvorträge gut, Nachmittagsvorträge eher langweilig. Letztes Jahr allgemein lebendiger, wegen Moderator.
- Die Veranstaltungsstile waren recht unterschiedlich, nachmittags sehr langweilig. Nächstes mal nicht zum Oktoberfest.

- Danke für Thema und Veranstaltung. Bitte mehr Frauen und Praxiselemente. Wegen technischer Anlage Vorträge schwer verständlich.
- Danke! Bitte mehr Praxisbezug im Workshop.
- Präsentierungen ohne konkrete Anpassung auf die entsprechende Veranstaltung. Ich wünsche mir gezieltere Fortbildungen auf dem nächsten PTK-Tag.
- Bei den hohen Beiträgen zur PTK, ginge es nicht billiger?
- Verpflegung sehr gut. Vorträge waren langweilig und schlecht präsentiert.
- Themen sehr allgemein.
- Vorträge waren langweilig.
- Workshops wesentlich interessanter als Vorträge. Zu wenig praxisbezogen und dabei zu viel Text.
- Lob an Brisch. Zu viele theoretische, kopflastige Beiträge, zu wenig Praxisbeiträge.
- Vorträge akustisch nicht gut verständlich. Schlechter Zeitpunkt: Oktoberfest und Quartals-Abrechnung.
- Diskussionszeiten zu kurz.
- Die dritte Landestherapeutentagung sollte mehr praxisbezogen sein!
- Verpflegung und Versorgung war gut. Mehr Referenten aus der Praxis. Mehr Workshops mit Praxisbezug. Mehr Informationsmaterial. Bessere Abstimmung unter den Referenten.
- Im Workshop „Burn-out bei PT“ fühle ich mich nicht ernst genommen, miserables Niveau!
- Lob an Kleiber, Döpfner und Keupp; Kritik an Knufmann-Happe, Gostomzyk und Röhrle, zu wenig praxis-relevant.
- Bessere Wahl der redenden Referenten, teils zu ungeübt, unerträglich beim Zuhören.
- Zu hochschullastig.
- Mehr Workshops! Nicht zur Oktoberfestzeit.
- Es wurden zu viele Details in die Vorträge gepackt und mehr Praxisbezüge wären schön.
- Vorträge hatten zu viel Inhalt, nicht alles konnte verarbeitet werden.
- Sehr positiv überrascht.
- Veranstaltung direkt nach der Mittagspause war viel zu langweilig.
- Schlechter Zeitpunkt, zur Wiesn. Fehlten E-mail Zugänge zu den Studien.
- Lob an Dr. Giernalcyk, außergewöhnliche therapeutische Haltung!
- Mehr kritische Redner/Referenten einladen, die ev. Auch ein bisschen Temperament haben.
- Workshop war praxisbezogen, sehr gut! Tolle Organisation! Toller Service!
- Zu wenig Praxisbezug!

- Allgemein sehr gute Organisation.
- Politische Redner waren langweilig. Röhrle, Döpfner, Schick und Keupp gut
- Angabe von Parkplätzen wäre gut.
- Mehr Bezug zur Therapie.
- Bitte weiter so!
- Vorträge zu allgemein, Programme wurden nicht wirklich besprochen.
- Vorträge waren zu langatmig, weniger Theorie mehr Dozenten aus der PT-Praxis. Workshop war super!
- Vorträge waren schwer aufmerksam zu verfolgen.
- Workshop "Burn- Out" war vorbildlich.
- Ak-Übertragung in der Aula war schwer verständlich.
- Nachmittagsvorträge waren langweilig. Mehr Diskussionen wären ein muss.
- Lieber mehr Workshops um mit neuen Ideen in die Praxis zu gehen.
- Insgesamt gut, wegen zentraler Lage und guten Referenten.
- Wenig Zeit für Diskussionen. Längere Mittagspause gegen Müdigkeit.
- Bei den Workshops einen Übungsteil und Räume, die das ermöglichen.
- Gute zentrale Lage, Essensorganisation und Beschilderung. Lieber mehr Workshops statt Vorträge.
- Sehr unterschiedliche Lebendigkeit der Referenten, bei einigen zu viel Statistiken.
- Eine Teilnehmerliste wäre gut.
- Vorträge waren langweilig, zu viel Zahlen.
- Mehr Handwerkzeug!
- größere Namensschilder

9 Berichte über den LPT

Am Freitag den 29.09.2006 fand im Sitzungssaal der Geschäftsstelle der PTK Bayern ein Pressegespräch zur Tagung statt.

Präsident Dr. N. Melcop und die Beauftragte für Prävention, Frau Angelika Wagner-Link berichteten zum Thema Prävention, zur Bedeutung für die Gesundheitsreform und stellten u.a. aktuelle Präventionsprojekte vor.

Im Bayerischen Ärzteblatt (11/2006) erschien ein Bericht von Martin Eulitz (KVB) zum zweiten Landespsychotherapeutentag unter dem Titel:
„Zweiter Psychotherapeutentag: Prävention psychischer Störungen bei der Gesundheitsreform integrieren!“

Der Münchner Merkur berichtete in der Wochenendausgabe vom 30.09./01.10.06 in einem Artikel von Andrea Borowski zur Tagung: „Gesundheitsreform vergisst Vorsorge. Psychotherapeuten schlagen Alarm.“ Münchner Merkur Nr. 226, München-Teil, S. 14.

10 Personenverzeichnis

10.1 Referenten

Dr. Uwe Berger
 Universitätsklinikum Jena
 Institut für Medizinische Psychologie
 Steubenstr. 2
 07740 Jena

PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
 Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie
 Kinderklinik und Kinderpoliklinik
 im Dr. von Haunerschen Kinderspital
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Pettenkoferstr. 10
 80336 München

Dr. Anneke Bühler
 IFT - Institut für Therapieforchung
 Parzivalstr. 25
 80804 München

Prof. Dr. Manfred Döpfner
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
 Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität Köln
 Robert-Koch-Str. 10
 50931 Köln

Prof. Dr. Jörg Fengler
 Universität zu Köln
 Arbeitsbereich Psychologie und Psychotherapie
 Klosterstraße 79 b
 50931 Köln

Prof. Dr. Thomas Giernalczyk
 Universität der Bundeswehr, München
 Franz-Joseph-Str. 35
 80801 München

Prof. Dr. Johannes Gostomzyk
 Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
 Landwehrstr. 60-62
 80336 München

Dipl.-Psych. Ludwig Gunkel
 AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
 Gesundheitsförderung
 Hofererstr. 23
 81737 München

Prof. Dr. Peter Herschbach
 Klinik und Poliklinik für psychosomatische Medizin
 und Psychotherapie der Technischen Universität München
 Sektion Psychosoziale Onkologie
 Klinikum rechts der Isar
 Langerstr. 3
 81675 München

Prof. Dr. Heiner Keupp
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Department Psychologie
 Reflexive Sozialpsychologie
 Leopoldstr. 13
 80802 München

Prof. Dr. Dieter Kleiber
Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

MD Karin Knufmann-Happe
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
11055 Berlin

Dr. Meinolf Peters
Schwanallee 48a
35037 Marburg

Prof. Dr. Bernd Roehrlé
Psychological Department
Philipps-University Marburg
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg

Prof. Dr. Rita Rosner
Ludwig-Maximilians Universität München
Department für Psychologie
Leopoldstr. 13
80802 München

Dr. Andreas Schick
Heidelberger Präventionszentrum
Keplerstraße 1
69120 Heidelberg

10.2 PTK Bayern

Vorstand: Dr. N. Melcop, Präsident
Gerda B. Gradl, Vizepräsidentin
Peter Lehndorfer, Vizepräsident
Ellen Bruckmayer, Vorstand
Rainer Knappe, Vorstand
Dr. Karin Tritt, Vorstand
Dr. Heiner Vogel, Vorstand

Das Organisationsteam der Geschäftsstelle: Petra Kümmler, Wis.Ref.
Astrid Petersdorf
Elfriede Baumann, Buchhaltung
Karin Welsch, Wis.Ref.

Tagungsbüro: Eiber COM, Großvenedigerstr. 37a, 81671 München

