

INHALT

Editorial	02
Bericht Schmerztag	04
WGPV – Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung	06
TIRAM – TherapeutInnenInitiative für Randgruppen und andere Menschen	08
Nationaler Aktionsplan gegen den Menschenhandel	10
Die Rolle der Psychoedukation in der Behandlung bipolarer Störungen	12
15. Fachkonsilium für Psychotherapie im Krankenhaus	15
Das Fachkonsilium für Psychotherapie im Krankenhaus	16
AD(H)S – Das Aufmerksamkeits - Defizit- (Hyperaktivitäts) – Syndrom	20
Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und das Skills – Training	22
Erstmals kostenlose psychotherapeutische Beratung im Amthaus des 3. Bezirks	24
Treffen von PsychotherapeutInnen	25
Bezirkspsychotherapeuten- vertreterInnen und -stellvertreterInnen	26
Bezirkstreffen	27
Künstler Biografie	
Impressum	28

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Der Ausgang der Wahl des ÖBVP Präsidiums ist gestern in Salzburg bei der o. GV verkündet worden. Es siegte mit großer Mehrheit das Team Dr. Mückstein.

Die Wahlbeteiligung war trotz Briefwahl sehr gering: 39%

In einem würdigen Rahmen wurde das alte Präsidium verabschiedet und für seine Arbeit bedankt.

Für die scheidende Präsidentin Dr. Aull hielt Frau Univ.- Prof. Dr. Springer-Kremser eine Laudatio, von ihren Präsidiumskollegen erhielt Frau Aull einen registrierten Stern geschenkt, der in Zukunft Margaret Aull Stern der 1. heißen wird.

Es ist für einen Verband wichtig, Zeremonien und Rituale für Willkommen, Dank und Abschied zu haben, es charakterisiert die Kultur und die Wertschätzung für einander.

Umso bedauerlicher und erschreckend war, was sich nach diesem wirklich schönen Szenario, das von echter Herzlichkeit geprägt war, abspielte.

Es wurden ÖBVP FunktionärInnen und Mitglieder geehrt, für die – zur Überraschung aller, denn es war mit keinem der Gremien abgesprochen – ein goldenes ÖBVP Lorbeer kreiert worden war.

Erstmals wurde auf diese Weise die Spaltung der Berufsgruppe nicht nur spürbar, sondern auch sichtbar gemacht: Es wurden ausschließlich Personen geehrt, die die Linie des Präsidiums getragen haben, alte AQA Veteranen, dafür, dass sie standhaft waren, "Versuchungen" nicht unterlegen sind, Ungerechtigkeiten ertragen haben, ihre Karriere aufs Spiel gesetzt haben und so weiter.

Hier wurde die Spaltung in Gut und Böse und Entwertung geehrt, die Sachebene völlig verlassen, die Wertschätzung anderer Meinung, Bemühungen verdienter Mitglieder um die Berufsgruppe über Bord geworfen, die in dem Spektakel nur dazu dienten, den Kontrast zu "wirklicher Redlichkeit und Ehrenhaftigkeit" sichtbar zu machen. So deutlich ist die Situation und Atmosphäre, in der sich die Berufsgruppe befindet noch nie demonstriert worden, aber zum ersten Mal haben Personen sich dazu auch öffentlich bekannt!

Dank an die KandidatInnen

Ich möchte an dieser Stelle und noch unter dem Eindruck der oben genannten Ereignisse stehend, ausdrücklich den Kandidatinnen und Kandidaten des Teams Dr. Traudl Szyszkowitz danken, die sich mit viel Engagement und Energie der Wahl überhaupt gestellt haben. Durchschnittlich 40% der Stimmen konnten sie für sich verbuchen, das ist absolut keine "Minderheit", sondern eine erkleckliche Anzahl von Mitgliedern, die gehört und vertreten werden möchten. Nach dieser "Show" ist das allerdings höchst fraglich.

Inhaltliches zur Generalversammlung:

Statutenänderungen:

Es wurde beschlossen, dass die Forenvorsitzenden als stimmberechtigte Mitglieder in den Bundesvorstand delegiert werden können. (Sie ersetzen dann eine/n Delegierte/n aus ihrem Forum, sodass die Gesamtzahl der BundesvorstandsteilnehmerInnen gleich bleibt)

Versorgungsgesellschaften - Kassenmodelle:

Sehr erfreulich lief die letzte Länderkonferenz ab. Alle Länder schilderten ausführlich Vor- und Nachteile ihrer Versorgungsmodelle mit den Kassen. Erstmals war es möglich, offen und interessiert über die verschiedenen Sichtweisen und auch die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten zu reden. Nicht zuletzt deshalb, weil das Präsidium endlich seine rigide Kontraposition und feindliche Haltung gegen die Vereinsmodelle aufgegeben hat und erkannt hat, dass die Gründung der Vereine eine Möglichkeit war, einen Beitrag zur PatientInnenversorgung zu leisten und die Psychotherapie mehr im Gesundheitssystem zu verankern.

Die Länder stellten einhellig fest, dass sie noch Zeit zur Diskussion brauchen, dass die Diskussion nicht unter der Überschrift: "Unvereinbarkeit" laufen solle, sondern unter dem Motto stehen sollte, gemeinsam ein Modell zu finden, das für alle vertretbar sein könnte.

Die Generalversammlung stimmte einer Fristverlängerung zu.

Briefwahl

Die Generalversammlung kann nur eine Empfehlung abgeben, den Landesverbänden somit nicht vor-

schreiben, ob eine Briefwahl stattfinden solle, oder nicht. Jeder Landesverband gibt sich sein Statut mit Beschluss seiner Landesversammlung selbst.

Das Argument, dass mit mehr Wahlbeteiligung zu rechnen sei, daher eine Abstimmung auf breiterer Basis legitimiert sei, ist grundsätzlich richtig. Der WLP Vorstand hat sich vor Jahren vehement für die Briefwahl im ÖBVP eingesetzt und auch immer wieder überlegt, sie auch in Wien vor zu schlagen. Wir sind letztlich immer wieder an für uns wichtigen Argumenten hängen geblieben:

- 1) Wien ist eine Großstadt, in der es – anders als in anderen Bundesländern und im ÖBVP - möglich ist, relativ leicht zum Veranstaltungsort einer Landesversammlung zu kommen. Der Vorteil ist, dass die Möglichkeit des persönlichen Kontaktes zu den Mitgliedern erhalten bleibt.
- 2) Für Wien wäre der organisatorische Aufwand erheblich, die Kosten hoch, da wir die meisten Mitglieder haben. Jährlich wird Wien das Budget gekürzt, wir sponsern immer mehr die anderen Bundesländer.
- 3) Unser Rechtsanwalt gab zu bedenken, dass eine Briefwahl, wie sie im ÖBVP durchgeführt wird, rechtlich eigentlich angreifbar sei: die Kuverts werden mit der Post verschickt, man wisse nicht, wer sie tatsächlich ausfülle und ins Kuvert stecke. Man müsste die Wahlkuverts eigentlich persönlich mit einem Ausweis im Büro abholen oder man müsse sie eingeschrieben schicken.

Es hat sich nicht zuletzt bei der jetzigen ÖBVP Wahl gezeigt, dass trotz Briefwahl bedauerlicherweise eine geringe Wahlbeteiligung war.



Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jutta Fiegl
Vorsitzende

2. Wiener Schmerztag – der WLP war dabei



Am 2. März 2007 fand im Wiener Rathaus der 2. Wiener Schmerztag, eine ganztägige Informationsveranstaltung für Betroffene, Angehörige und Interessierte statt.

Veranstalter war die Österreichische Arbeitsgemeinschaft zur Schmerzbekämpfung und Schmerzforschungszentrum "CONTRA DOLOREM" in Kooperation mit der Stadt Wien.

Die Vorträge reichten über Muskelschmerz, Gelenkschmerz, Fibromyalgie, Migräne, Rückenschmerz, neuropathischer Schmerz bishin zur Epiduroskopie (endoskopisches Verfahren für eine rückenmarksnahen Diagnostik und Therapie von Schmerzsyndromen), Ganzkörperkältetherapie, Osteopathie und Akupunkturmassage.

In Österreich gibt es ca. 1,5 Millionen SchmerzpatientInnen. Geschätzt wird, dass ca. 700.000 Menschen an chronischen Schmerzen leiden. Eine umfassende Schmerztherapie nimmt einen immer bedeutender werdenden Stellenwert in der medizinischen Versorgung ein. Besondere Beachtung ist dabei auf die Komplexität von chronischen Schmerzverläufen zu legen.

In der Veranstaltung wurde daher besonders auf die erforderliche interdisziplinäre Behandlung hingewiesen. Viele Betroffene sind in ihrer Lebensqualität durch therapiebedürftige Schmerzen sehr stark beeinträchtigt. Hinzukommt dass der Schmerz oft als Be-

gleitsymptom von Erkrankungen nicht entsprechend thematisiert wird.

Der WLP hat einen eigenen Informationsstand bei dieser Veranstaltung eingerichtet, welcher einen großen Zulauf von InteressentInnen hatte. Die psychische Komponente spielt im Zusammenhang mit Schmerzen eine große Rolle. Betroffene und Angehörige von SchmerzpatientInnen ließen sich Folder von den BezirkspsychotherapeutInnen geben und trugen sich zusätzlich auf einer Liste des WLP ein, um weitere Informationen über Psychotherapie zu bekommen. Sehr viele Fragen betrafen Psychotherapie auf Krankenschein und die psychotherapeutischen Methoden. Als sehr nützlich haben sich auch die Psychotherapie-Bezirksfolder herausgestellt. Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Praxen in den jeweiligen Bezirken war sehr groß, sodass am Abend manche Bezirksfolder vergriffen waren.

Alles in allem war der WLP-Stand ein großer Erfolg. Der Einsatz hat sich aufgrund des großen Zuspruchs gelohnt!

Großen Dank für die Organisation und Betreuung am WLP-Stand gebührt: Kollegin Edith Albrecht, Kollegin Nicole Kerber und Gatte, Kollegen Hans Mauder.

*Dr. Ines Stamm
Stv. Vorsitzende WLP-Vorstand
18. April 2007*



ARNO SCHMID · AUS DER SERIE «GHETTO - SLUM - PLASMA» · TUSCHE AUF PAPIER

WGPV – Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung

Im Folgenden soll ein stichwortartiger Überblick über Struktur, Vor- und Nachteile, Vergabekriterien der Gesellschaft gegeben werden.

1. Struktur

eingetragener Verein: "Wiener Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung" 2000 gegründet, seit 2001 gültig. Die Wiener Gebietskrankenkasse schloss mit diesem Verein einen Vertrag zur Kostenübernahme von psychotherapeutischer Behandlung ab, der seit 2001 gültig ist. Diesem Vertrag haben sich alle anderen Gebietskassen und andere Sozialversicherungsträger angeschlossen. Mit der WGKK ist der Vertragsabschluss unbefristet, er endet vertraglich festgelegt dann, sobald es einen Gesamtvertrag gibt.

PsychotherapeutInnen schließen einen Vertrag mit WGPV ab. Art der vertraglichen Bindung: (laut Steuerberater des ÖBVP): es handelt sich um **keine** dienstnehmerähnliche Abhängigkeit oder Beschäftigung:

- es wird weder Arbeit noch werden PatientInnen zugewiesen
- es wird nur eine Möglichkeit zur Verfügung gestellt

es besteht daher kein Rechtsverhältnis mit der WGPV – nur eine Rahmenbedingung.

2. Vorteile

enge Kooperation zwischen WLP und WGPV

- gemeinsame Kassenverhandlungen,
- Landesverband bei den Kassen präsent,
- Vertretung der Mitgliederinteressen un-mittelbar möglich;
- WLP hat Mitspracherecht und Kontrolle bei: Einhaltung der Kriterien zur Vergabe der freien Kassenplätze, Verteidigung wichtiger Grundpfeiler der Psychotherapie gegenüber den Kassen (Methoden, Störungsbilder, Länge der Therapien usw.), Honorarverhandlungen
- Es sind ausschließlich PsychotherapeutInnen, die auf der Liste des BMFGFJ stehen – keine Psy – Diplom Holder.

3. Nachteile

bürokratischer Aufwand, weil der Verein zwischen Kasse und PsychotherapeutIn als Verteiler geschaltet ist; Es müssen laufend prognostische Schätzungen angestellt werden, um den Stundenrahmen nicht zu überziehen (ansonsten kein Geld für Stunden, die außerhalb des Kontingentes liegen); Bei kleinen Kontingenten (KFA, SVA) muss meist früh im Jahr ein Aufnahmestopp für PatientInnen verhängt werden.

Zu wenig Stunden, zu niederes Honorar.

4. Kontakt, Verhandlungen mit den Kassen

Kontakte und Verhandlungen mit den Kassen gemeinsam: WGPV und WLP; Jahresstatistiken über konsumierte Stunden und durchschnittliche Anzahl der verbrauchten Stunden pro Kasse ist dem WLP jederzeit zugänglich; Keine eigenständige Berufspolitik der WGPV.

5. Voraussetzungen, um in das System zu kommen

a) als PsychotherapeutIn

- Erfüllen der Zugangsbedingungen (vertraglich geregelt mit den Sozialversicherungen)
- Schriftliche Anmeldung im Sekretariat der WGPV mit allen Unterlagen (Eintragung in die Pth. – Liste, Nachweis, dass die Zugangsbedingungen erfüllt werden)

Vergabekriterien der Verträge:

- Chronologie der Anmeldung
- Besondere Berücksichtigung von Bezirken mit pth. Unterversorgung
- Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Sprachkenntnisse

b, als KlientIn

Betroffene, die Psychotherapie auf Krankenschein in Anspruch nehmen möchten, wenden sich direkt an praktizierende Psychothe-

rapeutInnen und fragen nach einem Kassenplatz. Viele wenden sich direkt an die WGPV, sie erhalten per Post eine Liste der PsychotherapeutInnen nach Bezirken geordnet und mit einem Hinweis, welcher Methode er/sie angehört. PatientInnen müssen sich durchfragen, wer einen Kassenplatz frei hat.

Ein Verzeichnis aller Vertragstherapeuten ist auch im Internet abrufbar.

Spätestens vor der vierten Sitzung stellt der Psychotherapeut einen Antrag auf Kostenübernahme an die zuständige Kasse. Zuvor muss der Patient einen Arztbesuch absolviert haben und eine entsprechende Bestätigung vorweisen. Diese Bestätigung wird gemeinsam mit dem Antrag, der ICD 10 Diagnose, Einschätzung des Schweregrades der Störung und der voraussichtlich benötigten Stunden enthält, an die zuständige Kasse geschickt. Werden voraussichtlich mehr als 40 Stunden für die Behandlung benötigt, wird eine Zweitbegutachtung eines zweiten Psychotherapeuten benötigt.

Für Kinderpsychotherapien wird obligatorisch eine psychologische Diagnostik von den Kassen verlangt.

Wenn die Kasse es für nötig hält, kann der Patient vom Chefarzt einberufen und begutachtet werden.

6. VertragsnehmerInnen:

a, derzeit im System: 550; das sind 30% der Wiener PsychotherapeutInnen gesamt und 50% der WLP Mitglieder

b, wollen in das System: dzt. ca 180 auf der Warteliste (jährlich können ca 20 Verträge vergeben werden)

7. Vergaberichtlinien der Kassenkontingente, Anzahl der vergebenen Stunden etc.

Angebot: Die WGKK stellt 75 000 Stunden pro Jahr zur Verfügung, die die WGPV verwaltet und an die PsychotherapeutInnen in Wien verteilt, die einen Vertrag mit der WGPV geschlossen haben. Die anderen Kassen stellen weitaus geringere Kontingente zur Verfügung. Insgesamt verfügt die WGPV über ein jährliches Kontingent von ca. 115.000 Stunden, die den PatientInnen angeboten werden können.

Es werden Einzeltherapien und Gruppentherapien angeboten.

Honorarsatz: 50 Euro;

Gruppenstunde: 24 Euro

Das Stundenkontingent wird jährlich völlig ausgeschöpft, ganz besonders bei den Sonderversicherungsträgern (BVA, KFA, SVA d. Gewerblichen Wirtschaft) aber auch bei den Gebietskassen WGKK und NÖGKK erweist sich das Kontingent als zu gering und müsste erheblich aufgestockt werden. (2006 musste bereits im Februar ein Aufnahme-stopp für PatientInnen der BVA, KFA, NÖGKK und SVA der Gew. Wirtschaft verhängt werden). Stunden, die das Jahresstundenkontingent überschreiten, werden von allen Kassen nicht bezahlt.

Analytiker-Vertrag:

50 hochfrequente Analyseplätze stehen zur Verfügung. Vergeben werden die Plätze in Kooperation mit der Tiefenpsychologischen Dachgesellschaft

8. Wo entstehen möglicherweise Unvereinbarkeiten? Wie können diese verhindert werden?

Vorstandsmitglieder des Landesverbandes sollen nichts mit den Vertragsvergaben zu tun haben. Dies ist in der WGPV gewährleistet: Koordination der Vergabe: Dr. Anneliese Schigutt

Dr. Jutta Fiegl

TIRAM – TherapeutInnenInitiative für Randgruppen und andere Menschen

Der psychosoziale Bereich ist gegenwärtig von – zumindest – zwei Entwicklungen geprägt: zunehmende soziale Marginalisierung zahlreicher Menschen und ein zunehmender Bedarf an psychotherapeutischer Betreuung. Auch ohne über Kausalverhältnisse zu urteilen, kann und muß man sagen: Gerade diejenigen, die Therapie oft am dringendsten bräuchten, können es sich im Regelfall am wenigsten leisten.

Das Institut für angewandte Menschenkunde (IaM) unter der Leitung von Dr. Sabine Klar und Dr. Franz Reithmayr hat daher das Projekt TIRAM ins Leben gerufen, das ökonomisch benachteiligten Menschen systemische Einzel- Paar- und Familientherapie zu sehr günstigen Tarifen zur Verfügung stellt. Es trägt dazu bei, dass Psychotherapie kein elitäres Mittel für eine Minderheit bleibt, sondern dass auch Menschen am Rand der Gesellschaft bestmögliche Versorgung bekommen.

Das Projekt TIRAM ist im dritten Jahr seines Bestehens. Bisher haben rund 200 KlientInnen im Rahmen des Projekts Psychotherapie in Anspruch nehmen können - in der überwiegenden Mehrheit ökonomisch und/oder anderwertig benachteiligte Menschen.

Das Projekt verbindet unterschiedliche Interessen:

1. KlientInnen

Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen unter ökonomisch eingegengten Bedingungen leben müssen, haben – oder bekommen – zusätzlich oft psychosoziale Probleme, die ihnen die Bewältigung ihrer Lage und den Zugang zu Ressourcen erschwert. Durch psychische Störungen aus dem Erwerbsprozess ausgeschlossen, niemals in denselben eingetreten, nachhaltig in der Ausübung des erlernten Berufs behindert - all das sind Risikofaktoren, die auf soziale wie finanzielle Abstellgleise führen können. Diese Personengruppen werden mit den Normen und Mythen einer liberalistischen, leistungsorientierten Gesellschaft konfrontiert, die teilweise völlig unerfüllbare Erwartungen an sie richtet, Anpassung und Kooperation fordert – ihnen aber gleichzeitig die Möglichkeiten der Stärkung und Entlastung, wie etwa die Psychotherapie sie bieten, nicht in ausreichendem Maß zukommen lässt. Zwar gibt es mittlerweile Psychotherapie in öffentlichen In-

stitutionen und "auf Krankenschein", aber die freien Plätze sind da wie dort aufgrund des großen Bedarfs rar. KlientInnen und ÜberweiserInnen müssen oft lange warten.

Im Projekt TIRAM wird sozial benachteiligten KlientInnen, die von Institutionen überwiesen werden, systemische Einzel- Paar- und Familientherapie zu sehr günstigen Tarifen zur Verfügung gestellt. Die Therapien finden in verschiedenen Praxisräumen in Wien statt - fallweise, wenn z.B. aufgrund einer Behinderung keine andere Möglichkeit besteht, auch in der Wohnung der Betroffenen. Bei Dringlichkeit kann damit gerechnet werden, innerhalb sehr kurzer Zeit einen Therapieplatz zu bekommen. Auf den ersten Blick mag ein Sozialprojekt wie TIRAM geeignet erscheinen, niedergelassene PsychotherapeutInnen zu konkurrenzieren oder "den Markt mit Dumpingpreisen zu ruinieren". Dem möchten wir entgegenhalten, dass die KlientInnen von TIRAM in der Regel noch nie in privat finanzierter Psychotherapie waren oder sich diesen Schritt überlegt haben. Würde TIRAM diese Menschen nicht psychotherapeutisch unterstützen, würden sie Psychotherapie schlicht und ergreifend nicht in Betracht ziehen können.

2. PsychotherapeutInnen "in Ausbildung unter Supervision"

Fortgeschrittene StudentInnen müssen im Rahmen ihrer Psychotherapieausbildungen 600 Stunden eigene psychotherapeutische Arbeit "unter Supervision" leisten. Angesichts der starken Konkurrenz durch bereits fertige KollegInnen fehlt vor allem StudentInnen, die nicht im Rahmen ihres Herkunftsberufs psychotherapeutisch arbeiten, der entsprechende Klientenzugang. Diese Situation erschwert den Abschluß ihrer Ausbildung und verursacht zusätzliche Kosten und Frustrationen. StudentInnen binden sich deshalb häufig im Rahmen eines unentgeltlichen Praktikums in Institutionen ein, die ihnen die Möglichkeit bieten, zu Klientenstunden zu gelangen, allerdings keinerlei Verdienstmöglichkeit eröffnen.

Im Projekt TIRAM sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt ca. 12 systemische PsychotherapeutInnen und ein personenzentrierter Psychotherapeut "in Ausbildung unter Supervision" tätig. Der vorgesehene Zeitraum

der Mitarbeit im Projekt liegt bei 2-3 Jahren. Der pekuniäre Verdienst ist über die entsprechenden Beiträge der KlientInnen zwar sehr gering, deckt aber zumindest etwaige Unkosten und liegt höher als bei vergleichbaren anderen Praktikumsstellen. Mit dem Projektsekretariat wurde zusätzlich die Möglichkeit eines fachspezifischen Praktikums für den ersten Ausbildungsabschnitt geschaffen. Die meisten der beteiligten Studentinnen und Studenten pflegen Kontakt mit zuweisenden Institutionen bzw. bringen neue Institutionen als Überweiser ein, gewinnen auf diese Weise Erfahrung und machen sich in ihrer Kompetenz bekannt, was ihre zukünftige Etablierung als freiberufliche PsychotherapeutInnen erleichtert und fallweise über kollegiale Vermittlung auch Arbeitsplätze eröffnet. Sie arbeiten eigenständig und selbstbestimmt, können aber im Bedarfsfall jederzeit auf ein stabiles Team, unterstützende KollegInnen und eine Lehrtherapeutin (Dr. Sabine Klar) zurückgreifen. Zuweiser fühlen sich einem Projekt einer anderen Institution gegenüber sicherer als wenn sie zu freiberuflich arbeitenden PsychotherapeutInnen in Ausbildung überweisen müssten.

3. Psychosoziale Institutionen und Angehörige psychosozialer Berufe

Psychosoziale Institutionen und Angehörige psychosozialer Berufe sind heute damit konfrontiert, dass sie ihren ökonomisch benachteiligten KlientInnen immer weniger Ressourcen zur Verfügung stellen können, wenn ihre eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft sind – ein Psychotherapieplatz kostet entweder oder man muss lange darauf warten. Einsparungen und Bürokratisierungen bewirken, dass auch die eigenen zeitlichen Spielräume für den Kontakt mit KlientInnen zunehmend schwinden – man kann sich nicht leisten, allzu mühselige Vermittlungsversuche und Überweiserkontakte zu pflegen.

Über das Projekt TIRAM können psychosoziale Institutionen und Angehörige sozialer Berufe ihren KlientInnen kurzfristig, flexibel und verlässlich eine psychotherapeutische Begleitung vermitteln, die sich diese auch leisten können. Es besteht die Möglichkeit, ein gemeinsames Erstgespräch mit ÜberweiserInnen und KlientInnen vor Ort zu führen, um auf diese Weise die jeweils angestrebte Psychotherapie mit den Unterstützungsleistungen anderer Berufe aus dem psychosozialen Bereich zu verbinden und im Sinn der Anliegen der KlientInnen besser zu koordinieren. Zu den ÜberweiserInnen gehören bislang mehr als 30 Institutionen und öf-

fentliche Stellen aus verschiedenen Bereichen, darunter u.a. Behindertenorganisationen, Einrichtungen aus dem Arbeitsmarkt, Beratungsstellen, psychiatrische und andere medizinische Einrichtungen. Weitere Kontakte werden angestrebt und ergeben sich regelmäßig.

Rahmenbedingungen

KlientInnen:

Voraussetzung für die Teilnahme an dem Projekt ist für die KlientInnen eine ao. Mitgliedschaft beim IaM (Mitgliedsbeitrag € 20,- / Jahr) für die Dauer ihrer Therapie (also im Regelfall einmalig). Bei Paar- und Familientherapien reicht eine Mitgliedschaft. Der Tarif für die Psychotherapiestunden wird gemäß einer sozialen Staffelung nach Einkommenslage bestimmt. KlientInnen, die sich in einer schwerwiegenden sozialen Notlage befinden und ausschließlich über finanzielle Ressourcen unter der festgelegten Grenze verfügen, bezahlen an die PsychotherapeutInnen nur einen Unkostenbeitrag von € 10,- pro Stunde.

StudentInnen:

Die teilnehmenden PsychotherapeutInnen "in Ausbildung unter Supervision" sind verpflichtet zur regelmäßigen Teilnahme an den monatlichen Fortbildungen und Interventionen, zur Kooperation mit Projektleitung und -sekretariat sowie zur Weiterführung der Ausbildung. Neben einer obligatorischen ao. Mitgliedschaft im IaM fällt ein einmaliger Unkostenbeitrag von € 50,- zur Abdeckung des gesamten organisatorischen und materiellen Aufwands an.

Bislang stammen die mitarbeitenden StudentInnen vorwiegend aus verschiedenen Curricula der ÖAS (Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien). Dieses Naheverhältnis ergibt sich aus dem LehrtherapeutInnenstatus von Sabine Klar in dieser Einrichtung. Grundsätzlich ist aber auch eine Teilnahme von Studierenden anderer Ausbildungsinstitute bzw. anderer Psychotherapierichtungen möglich.

Info:

www.iam.or.at/tiram

Kontakt:

Projektsekretariat: Mag.a. Alexandra Hasenzagl,
tiram@iam.or.at, 0664 791 67 02

Projektleitung: Dr. Sabine Klar, Dr. Franz Reithmayr, IaM,
iam@iam.or.at, 320 78 17

Nationaler Aktionsplan gegen den Menschenhandel –

der österreichische Ansatz – neuer Schwerpunkt für die Psychotherapie

Der Menschenhandel hat sich international zu einer globalen Herausforderung entwickelt und stellt auf europäischer Ebene vor allem im Bereich des Frauen- und Kinderhandels eine bedeutende Fragestellung für die Zukunft dar. Die Lage Österreichs im Zentrum Europas ist dabei als besondere Einflussgröße zu sehen.

Daher hat sich der österreichische Ansatz bei der Bekämpfung des Menschenhandels zu einem umfassenden Konzept entwickelt, welches die nationale Koordination, Prävention, Opferschutz und Strafverfolgung sowie die internationale Zusammenarbeit beinhaltet.

Österreich ist Vertragsstaat sämtlicher relevanter internationaler Rechtsinstrumente gegen den Menschenhandel und hat im Herbst 2005 das VN-Protokoll zur Verhütung, Bekämpfung und Bestrafung des Menschenhandels gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität ratifiziert. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass der Menschenhandel nach Rechtsauffassung als eine Kriminalisierung zwingend anzusehen ist und die Verpflichtung zum Opferschutz festgeschrieben wurde. Darin sind der **Identitätsschutz bei Verfahren und die gesundheitlichen und psychosozialen Maßnahmen verankert.**

Das vom Europarat ausgearbeitete Übereinkommen zur Bekämpfung des Menschenhandels wurde durch Österreich anlässlich des dritten Gipfeltreffens des Europarats im Mai 2005 unterzeichnet und im Juni 2006 ratifiziert.

Österreich hat die VN Konvention über die Rechte des Kindes, die alle Staaten verpflichtet, Maßnahmen gegen jede Form der Gewalt und der Ausbeutung zu ergreifen und deren Zusatzprotokoll gegen die Kinderpornographie ratifiziert. Durch die VN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen hat sich Österreich verpflichtet, gegen den Frauenhandel und jede Form der Ausbeutung vorzugehen.

In Österreich wurde mit Ministerratsbeschluss vom November 2004 die **Task Force Menschenhandel unter der Leitung des Außenministeriums** eingerichtet.

Die Tätigkeiten der Task Force konzentrieren sich auf die Stärkung der Maßnahmen gegen den Menschenhandel. Die Einbindung von Nichtregierungsorganisationen, die in diesem Bereich tätig sind wird als hilfreiche Strategie umgesetzt.

Der Aktionsplan ist in sieben Teilen gegliedert: Koordination, Aktion, Prävention, Opferentschädigung, Strafverfolgung, Internationale Zusammenarbeit und Monitoring.

Die einzelnen Aktionen sind als Zielbestimmungen zu verstehen, die im Einklang mit der geltenden österreichischen Rechtslage zu erreichen sind. **Bis Ende März 2008 soll ein(e) Nationale(r) KoordinatorIn ernannt werden.**

Im Präventionsteil sind Sensibilisierungs- und Bewusstseinsbildungsaktivitäten enthalten. Die Zuständigkeiten der betroffenen Ministerien sind vor allem verteilt auf das Bundesministerium für Europäische und Internationale Angelegenheiten, das Innen- und Justizministerium, das BKA, das Sozial-, Gesundheits- und Wirtschaftsministerium. Weiter werden die Task Force selbst, die einschlägigen NGOs, die Sozialpartner und die Länder in den Arbeitsprozess miteingebunden. Die interdisziplinäre/interministerielle Kooperation zu diesem wichtigen Thema ist somit ein wichtiger Bestandteil des österreichischen Konzepts.

Aus der Sicht der Berufspolitik ist die interkulturelle psychotherapeutische Beratung im Bereich der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von AsylantInnen und von Menschenhandel Betroffenen als Zukunftsthema von großer Bedeutung. Dabei werden muttersprachliche psychotherapeutische Angebote und eine interdisziplinäre Vernetzung mit den für Menschenhandel zuständigen Einrichtungen eine wichtige Rolle spielen.

*Dr. Ines Stamm
Stv. Vorsitzende WLP-Vorstand
30. April 2007*



ARNO SCHMID · «IN EXIT - OUT OF ORDER» · LICHTINSTALLATION · 2003

Die Rolle der Psychoedukation in der Behandlung bipolarer Störungen

Die bipolare Störung oder auch manisch-depressive Erkrankung ist eine psychosozial sehr beeinträchtigende Langzeiterkrankung. Die Mortalität ist bei dieser Erkrankung unter Anderem auf Grund des gesteigerten Suizidrisikos im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht. Mitverantwortlich dafür ist, dass viele Patienten erst relativ spät eine spezifische Behandlung erhalten. Während in den letzten Jahren immer neuere Therapiemöglichkeiten (medikamentös + psychosozial) für die Behandlung von Schizophrenie, Angsterkrankungen und Depressionen entwickelt wurden, blieb die Bipolare Störung auf der Strecke. Erst seit Kurzem wendet sich die Forschung wieder dieser Erkrankung zu. Im Folgenden sollen Sie über Fakten und Symptome der bipolaren Erkrankung informiert werden. Sie erhalten eine kurze Übersicht über medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Zum Schluss möchte ich Sie über die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Psychoedukation bei dieser Patientengruppe informieren.

Was ist eine Bipolare Erkrankung?

Die Bipolare Störung ist durch eine krankhafte Veränderung des Gefühlslebens und der Stimmung gekennzeichnet. Menschen mit dieser Erkrankung leben mit extremen Emotionen, die häufig auch Auswirkungen auf das Verhalten der Erkrankten und deren Umfeld haben. Die Bipolare Störung ist durch einen zyklischen Wechsel zwischen manischen und depressiven Zustandsbildern gekennzeichnet. Diese Phasen sind meist durch symptomfreie Intervalle voneinander getrennt. Es gibt jedoch auch bipolare Formen mit sehr raschem Phasenwechsel (z.B. innerhalb von Stunden bis Minuten) oder mischbildhafte Zustände, bei denen manische und depressive Symptome gleichzeitig vorhanden sind. Wechseln sich schwer ausgeprägte Manien mit Depressionen ab spricht man von einer "Bipolar-I-Störung". Bei leichten hypomanen Episoden und Depressionen spricht man von einer "Bipolar-II-Störung".

Bipolare Störungen manifestieren sich meist zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr. Die Lebenszeitprävalenz (Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens zu erkranken) liegt zwischen 1 % und 5 % für die Bipolar-I-Störung und zwischen 0,5 % und 3 % für die Bipolar-II-Störung. Nach einer neuen epidemiologischen Studie aus der Schweiz (Zürcher Kohortenstudie,

Angst 2004) liegt die Lebenszeitprävalenz für das gesamte Spektrum bipolarer Störungen sogar bei bis zu 12 %. Wenn man diese Daten auf Wien umlegt würde dies 216.000 Menschen betreffen.

Die Behandlung bipolarer Erkrankungen

Die Behandlung der bipolaren Störung erfolgte über lange Zeit vornehmlich medikamentös. Auch heute noch stellt die medikamentöse Rezidivprophylaxe eine wichtige Behandlungssäule bei der Therapie bipolarer Erkrankungen dar. Im Akutstadium der Manie werden atypische Antipsychotika, oft gemeinsam mit Benzodiazepin Präparaten, angewendet. Zur medikamentösen Rezidivprophylaxe verwendet man stimmungsstabilisierende Substanzen wie Lithium, Valproinsäure oder Lamotrigin. Es werden aber heute auch atypische Antipsychotika in der Langzeittherapie verwendet.

Erst mit zunehmender Integration des bio-psycho-sozio-kulturellen Krankheitsmodells wurden psychotherapeutischen Behandlungsverfahren für die bipolare Erkrankung entwickelt. Wichtige Vertreter hierbei sind die familienfokussierte Therapie, die Soziale Rhythmustherapie und verhaltenstherapeutische Verfahren. In der familienfokussierten Therapie ist das familiäre Interaktionsverhalten ein entscheidendes Therapieziel. Stark affektbesetzte Ausdrucksweisen und wenig Verständnis im täglichen Miteinander werden mit einem negativen Krankheitsverlauf in Verbindung gebracht. Bei der sozialen Rhythmustherapie wird die Derhythmisierung biologischer Zyklen als krankheitsauslösend gesehen. Bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen werden dysfunktionale Kognitionen in enger Verbindung mit der erneuten Symptomexazerbation gesehen.

All diese Interventionsformen haben dennoch etwas gemeinsam: Sie basieren mit unterschiedlicher Gewichtung auf der Psychoedukation! Grund genug sich näher mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Psychoedukation bei bipolaren Erkrankungen

Allgemein versteht man unter Psychoedukation eine strukturierte Schulung des Betroffenen hinsichtlich seiner Erkrankung und der Behandlungsmöglichkeiten. Es handelt sich um Informationsvermittlung, die dazu

dient, die psychische Befindlichkeit zu verbessern, bzw. zu stabilisieren. Unter dem Begriff der Psychoedukation werden verschiedene Formen der Wissensvermittlung zusammengefasst. Hierzu zählen Patientenfolder, Bücher, Videos, Internetforen, Einzelgespräche mit Experten, und Gruppenprogramme. Letztere scheinen nicht nur aus ökonomischer Sicht einige Vorteile zu haben. Obwohl es sich bei Gruppenpsychoedukationsprogrammen nicht primär um eine Gruppentherapie im engeren Sinn handelt, ist der Einfluss gruppenspezifischer Faktoren nicht zu unterschätzen. So kann der Austausch über krankheitsbedingtes Fehlverhalten schon zu einer Erleichterung führen. Der Patient merkt, dass er nicht alleine ist, dass es anderen ähnlich ergangen ist. Aus der Gruppe können sich Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung, auch außerhalb der Gruppe, manchmal auch echte Freundschaften entwickeln. Zuletzt ist auch das Gefühl von Mitbetroffenen verstanden zu werden, oder aus deren Erfahrungen zu lernen als positiv einzustufen.

Zur Führung solcher Gruppen bewähren sich 2 Gruppenleiter. Es ist sinnvoll, dass ein Arzt als Ansprechperson für die biologischen Ursachen sowie die pharmakologischen Therapieoptionen vorhanden ist. Weiters sollte ein zweiter, nicht ärztlicher Gruppenleiter aus dem psychosozialen Bereich (Psychotherapeut, Psychologe) anwesend sein. Bei speziellen Themen kann es auch sinnvoll sein weitere Experten einzuladen (z.B. Sozialarbeiter).

Psychoedukation wird oft in Form von manualisierten Programmen durchgeführt. Dies gibt dem Patienten (und auch den Gruppenleitern) eine gewisse Struktur. Um im klinischen Alltag evidenzbasiert psychoedukativ arbeiten zu können, sind evaluierte manualisierte Psychoedukationsprogramme wichtig. In der Tabelle finden Sie eine Übersicht verschiedener Gruppentherapiemanuale.

Manualisierte Programme sind in der Regel modular aufgebaut, beinhalten Informationsteile, aber auch Arbeitsmaterialien und Hausübungen für die Patienten. Der zeitliche Umfang bei den Gruppenprogrammen beträgt 6 bis 14 Sitzungen. Um der Diskussion zwischen den Teilnehmern auch ausreichend Zeit zu geben sind aber oft mehr Sitzungen notwendig als die geforderte Modulanzahl. Die Dauer der einzelnen Sitzungen liegt zwischen 30 und 90 Minuten, die Therapiefrequenz sollte wöchentlich, mindestens aber alle 2 Wochen sein. Alle Programme vermitteln Wissen über Krankheitssymptome sowie über medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. So wird neben Informationen über biologische Ursachen bipolarer Erkrankungen auch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell vermittelt, Pat. sammeln und diskutieren ihre eigenen Frühwarnsymptome und werden angehalten, einen Stimmungskalender zu führen. Es soll ein Austausch über Umgangsmöglichkeiten mit Stress- und Belastungsfaktoren stattfinden. Auch werden interpersonelle Probleme angesprochen. Die Notwendigkeit einer Tagesstrukturierung wird besprochen und dann auch geübt. Zuletzt soll auch ein Krisenplan für jeden Patienten ausgearbeitet werden. Bei erfolgreichem Abschluss eines Psychoedukationsprogrammes, ist der Pat. zum Experten für seine Erkrankung geworden.

Wirksamkeit der Psychoedukation bei bipolaren Erkrankungen

Die Anwendung von Psychoedukationsprogrammen hat einen prognostisch günstigen Effekt. Im renommierten psychiatrischen Journal "Archives of General Psychiatry" wurden insgesamt 120 bipolare Patienten in einer Studie untersucht. Alle Patienten erhielten eine Standardbehandlung in Form von Psychopharmaka sowie eine Konsultation beim Psychiater

Programm	Dauer	Sprache	Referenz
Bauer u. McBride	6 Sitzungen PE + weitere Sitzungen zum Erreichen eines Lebenszieles	Englisch	The Life Goals Program. New York: Springer Publishing Company, 1996
Wagner u. Bräunig	12 Sitzungen	Deutsch	Psychoedukation bei bipolaren Störungen. Ein Therapiemanual für Gruppen. Stuttgart: Schattauer, 2004
Schaub, Bernhard u. Gauck	14 Sitzungen	Deutsch	Kognitive-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe, 2004
Erfurth, Dobmaier u. Zechendorff	6 Sitzungen	Deutsch	Kurzpsychoedukation für Bipolare Patienten (PEB), Thiemeverlag 2005

alle 4 Wochen. Eine Gruppe von 60 Patienten nahm zusätzlich zur Standardbehandlung an einer Psychoedukationsgruppe teil (21 Sitzungen zu 90 Minuten). Die zweite Gruppe von 60 Patienten nahm an einer unstrukturierten Gruppe teil. Beide Gruppen wurden von denselben beiden Psychologen gehalten. Die Ergebnisse waren recht eindeutig. Während der 21 wöchigen Behandlungsphase kam es bei 60 % der Patienten in der unstrukturierten Gruppe zu einem Krankheitsrückfall. In der Psychoedukationsgruppe erlitten nur 38% einen Rückfall. Alle 120 Patienten wurden nach Abschluss der 21-wöchigen Behandlungsphase über insgesamt 2 Jahre weiter beobachtet. Auch nach 2 Jahren traten in der Psychoedukationsgruppe um ca. 30 % weniger Rückfälle auf als in der Kontrollgruppe.

Diese Daten untermauern die Sinnhaftigkeit von Psychoedukationsprogrammen in dieser Patientengruppe. Es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft psychoedukative Maßnahmen genauso als Standard angeboten werden, wie es schon bei der psychopharmakologischen Therapie der Fall ist.

*Dr. Nikolas Klein
Präventions- und Therapiezentrum für
Manisch-Depressive und Schizophrenie Patienten
Schottenfeldgasse 40/8, 1070 Wien*



ARNO SCHMID · «DADA IM KOFFER» · 2000

15. Fachkonsilium für Psychotherapie im Krankenhaus
(methoden- und berufsgruppenübergreifend – überparteilich)

**Wie sag ich`s ... Vermittlung von
psychotherapeutischem Behandlungsbedarf**

Wann?

Freitag, den 22. Juni 2007
09.00 bis 15.00 Uhr

Wo?

Krankenanstalt Rudolfstiftung
Boerhaavegasse 8a / Stg. 1
1030 Wien

Multimediarraum

Programm:

**Impulsreferate werden die Diskussion und den Erfahrungsaustausch aller TeilnehmerInnen
möglich machen.**

Begrüßung durch den ärztlichen Direktor der Krankenanstalt Rudolfstiftung(KAR)

- o Dir. MR Dr. Robert März

Die KAR und die Geschichte der Klinisch-psychologischen Beratungstelle in der KAR

- o Mag. Martina Gross (Psychotherapeutin / Klinische Psychologin)

Psychotherapeutische Versorgung und Zuweisungsmodi in der KAR

- o Mag. Patricia Pörscht (Psychotherapeutin / Klinische Psychologin)

Was braucht die Patientin? – Bedürfnisse und Motivationen

- o Dr. Christian Vest-Rusan (Klinischer Psychologe / Psychotherapeut)

Reden als Prozess um gemeinsam zu verstehen

- o Mag. Irmgard Biedermann (Psychotherapeutin / Klinische Psychologin)

“Ich bin doch krank und nicht verrückt” – Somatoforme Störungen

- o Dr. Stefanie Seel (Fachärztin für Plastische Chirurgie / Psychotherapeutin)

“Schneiden Sie mir die Bauchschmerzen weg” -

- o **Dir. MR Dr. Robert März (Facharzt für Chirurgie)**

Wir freuen uns auf Ihr/Euer Kommen!

Um Anmeldung wird gebeten unter patricia.poerscht@wienkav.at Tel: **01 71165 2953**
Patricia Pörscht / Andrea Gelosky / Wilfried Peinhaupt / Stefanie Seel / Irmgard Biedermann

Um Anrechenbarkeit für das DFP-Fortbildungsprogramm der Ärztekammer, sowie Fortbildungspunkte des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen und Fortbildungspunkte des Österreichischen Berufsverbandes für Psychotherapie ist angesucht.

Das Fachkonsilium für Psychotherapie im Krankenhaus

Worum handelt es sich beim Fachkonsilium für Psychotherapie im Krankenhaus? Das ist gar nicht so einfach zu beantworten. Auf der strukturellen Ebene gesehen ist es ein Mittelding zwischen einer Tagung und einem Expertenseminar. Für ein Expertinnenseminar ist es zu wenig auf anerkannte und öffentlichkeitswirksame Expertinnen zentriert, da es vorwiegend von den Teilnehmern getragen wird. Das heißt, daß die Referatszeit nicht die Diskussionszeit überschreiten soll - die Wissensvermittlung findet nicht hauptsächlich vom Referenten zum Publikum statt, sondern ganz wesentlich untereinander.

Damit bestimmt sich die teilnehmende Zielgruppe ganz von selbst. Es sollen hauptsächlich Personen sein, die innerhalb eines Krankenhauses psychotherapeutisch tätig sind oder sich für eine solche Tätigkeit interessieren und diese unterstützen wollen.

Die Grundidee für das Fachkonsilium entstand 1997 innerhalb einer kleinen Gruppe von Personen, die schon einige Jahre im Bereich Krankenhaus mit Patientinnen psychotherapeutisch arbeiteten (Dr. Mathilde Pichler, DDr. Dieter Zabransky, Dr. Katharina Leithner und Mag. Wilfried Peinhaupt). Daraus entstand das erste Treffen im Pulmologischen Zentrum auf der Baumgartner Höhe, durchgeführt von der Psychologisch / Psychotherapeutischen Ambulanz an diesem Standort.

Heute gibt es eine kleine Steuerungsgruppe von fünf Personen (Mag. Patricia Pörscht, Mag. Irmgard Biedermann, Dr. Stefanie Seel, Mag. Andrea Gelosky und Mag. Wilfried Peinhaupt), die die inhaltliche Planung der einzelnen Veranstaltungen übernehmen.

Wie aber lautet die Grundidee? Es soll jenen Professionistinnen, die psychotherapeutisch innerhalb eines Krankenhauses arbeiten bzw. arbeiten wollen, eine Struktur zum fachlichen Austausch geboten werden. Da die jeweiligen Themen recht neu sind, wurde eine Struktur gewählt, die vor allem den in der Praxis stehenden Anwenderinnen die Möglichkeit bietet ihre Entwicklungen darzustellen und mit den Anwesenden zu reflektieren.

Aus heutiger Sicht war die Gründung des Fachkonsiliums eine Reaktion auf die Einsamkeit, die ein psychotherapeutisch arbeitender Mensch innerhalb eines Krankenhauses erlebt. Meistens hatte es zuvor auf der jeweiligen Abteilung bzw. Station keine psychotherapeutische Behandlung für die Patientinnen gegeben; es gab also auch keine Struktur für den Umgang mit den Patientinnen, den Umgang mit den anderen Professionen und das Einfordern einer passenden räumlichen und strukturellen Verortung.

Es war meistens nicht möglich, sich fachlich adäquat mit anderen auseinander zu setzen, weil die psychotherapeutisch Tätige die Einzige ihrer Art auf der Abteilung oder manchmal sogar im ganzen Krankenhaus war.

Daraus entwickelten sich die im folgenden angeführten vier Ziele, an denen sich das Fachkonsilium konzeptuell orientiert.

a) Vernetzung

Jede Profession braucht, um sich gut entwickeln zu können, professionelle Reflexion ihres Arbeitsalltages. Diese Reflexion war bisher höchstens dann gewährleistet, wenn sich einige Kolleginnen eine Supervision organisierten. Um die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Arbeit im Krankenhaus fachgerecht reflektieren zu können, braucht es eine Veranstaltung mit größerer Breitenwirkung und größerer Öffentlichkeit. Innerhalb des Fachkonsiliums entsteht Gelegenheit zum Kennenlernen ähnlich arbeitender Personen.

Dieses Ziel spiegelt sich auch in den Veranstaltungsorten wieder: jedes Fachkonsilium findet in einem Krankenhaus statt, in dem es eine Einheit gibt, die psychotherapeutische Arbeit mit den Patientinnen als Schwerpunkt hat. Diese Einheit bestimmt das jeweilige Thema und organisiert vor Ort die Veranstaltung.

b) Fachlicher Austausch

Da die psychotherapeutische Arbeit im Krankenhaus und ihre jeweiligen Wirkungen noch nicht aus-

reichend inhaltlich und strukturell beschrieben sind, betreten alle, die so arbeiten, Neuland. Der fachliche Austausch orientiert sich daher an den konkreten Erfahrungen der Kolleginnen mit ihren jeweiligen Patienten. Dabei spielt einerseits die jeweilige somatische Erkrankung der Patienten und andererseits die Veränderung, welche das psychotherapeutische Setting durch die Institution erfährt, eine große Rolle.

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zusammenarbeit findet im Krankenhaus nach informell und formell geregelten Mustern statt. Eine psychotherapeutisch arbeitenden Person muss sich diesen Regeln zum Teil unterwerfen und sprengt sie andererseits. Unterschiedliche Fach-Sprachen und unterschiedliche Vorgangsweisen bei Diagnose und Therapie behindern gemeinsames Behandeln. Psychotherapeutische Interventionen in dieses System sollen auf Patientinnen und Kolleginnen so wirken, dass eine optimale Behandlung der Patientinnen stattfinden kann.

d) Integration psychotherapeutischer Sichtweisen ins Krankenhaus

Patienten sind Menschen, die wegen eines Leidens, einer Erkrankung, eines Unfalles ins Krankenhaus kommen. Sie wollen dort Hilfe erhalten. Die herrschende Medizin versucht diese Hilfe meist im Reparaturmodell mit starker Distanz zum einzelnen Individuum zu leisten. Die Nähe zum Patienten wird oft ausgeschaltet. Die Psychotherapie hat gelernt, mit der Nähe zum leidenden Menschen positiv umzugehen. Zudem kann sie ihr großes Wissen über die Zusammenhänge zwischen körperlichen Erkrankungen und psychischen Vorgängen klärend und behandlungsfördernd einbringen.

Das Fachkonsilium ist berufsgruppenübergreifend, methodenpluralistisch und parteiunabhängig.

Berufsgruppenübergreifend meint die Klammerfunktion, welche die Psychotherapie für die unterschiedlichen Berufsgruppen, die im Bereich der psychischen Behandlung von Menschen im Krankenhaus arbeiten, erfüllt. Nur durch diesen übergreifenden Ansatz kann man der Vielfalt der Patientinnenbedürfnisse und Patientenpersönlichkeiten einigermaßen gerecht werden.

Methodenpluralistisch meint die Vielfalt der psychotherapeutischen Methoden, die alle in ihrer Vorgehensweise innerhalb des Krankenhauses eine deutliche Abwandlung erfahren. Es ist wichtig, sich diese Methoden in ihrer jeweils konkreten möglichen Anbindung an die Behandlungen im Krankenhaus anzuschauen.

Parteienunabhängig meint die deutliche Abgrenzung gegenüber Interessen von Pharmafirmen und politischen Einrichtungen aller Art. Das Fachkonsilium ist nur der professionellen und menschlichen Behandlung der Patientinnen im Krankenhaus verpflichtet. Als Richtwert gelten die Erfahrungen der jeweils in dieser Weise vorgehenden Personen und die dazugehörigen theoretisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Diese Ausrichtung des Fachkonsiliums spiegelt sich in der Anerkennung der letzten Veranstaltung im Krankenhaus Mistelbach als Fortbildungsveranstaltung durch den Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie, den Berufsverband Österreichischer PsychologInnen und die Ärztekammer wieder.

Bisherige Themen des Fachkonsiliums

Die Themen der einzelnen Veranstaltungen beziehen sich auf die Anbindung und Abgrenzung eines psychotherapeutischen Dienstes innerhalb eines Krankenhauses und auf die spezielle Herausforderung, die mit der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen im Krankenhaus verbunden ist.

Wir beschäftigten uns bisher mit drei großen Themenkreisen. Einer davon betraf die Modifikation von psychotherapeutischen Vorgehensweisen und insbesondere Fragen des Settings. Veränderungen und Anpassungen sind notwendig, da innerhalb der Institution Krankenhaus nicht einzelne als Behandelnde im Vordergrund stehen, sondern für den Patienten ein gut funktionierendes und sich adäquat zuwendendes Behandlungsteam zur Verfügung stehen sollte.

Das führt zum zweiten großen Themenkreis – der Kooperation mit den anderen Professionen im Krankenhaus. Insbesondere haben wir uns den Themen des Informationsaustausches und der Dokumentation gewidmet. Beide sind bei weitem in ihrer inhaltlichen Brisanz nicht ausgeschöpft. Psychotherapeutisch arbeitende Personen, die vor allem im dyadischen Beziehungssystem verankert sind, stellt die enge Zusammenarbeit mit einem Behandlungsteam und die daraus ent-

stehenden Anforderungen vor neue und spannende Aufgaben.

Der dritte große Themenkreis bezieht sich auf die Behandlung und Betreuung von unterschiedlichen Personengruppen und deren spezifischen Erkrankungen. Dabei widmeten wir uns bisher den onkologischen Patienten, den alkoholkranken Menschen und den hochbetagten Menschen im Krankenhaus.

Einen Überblick über die bisherigen Themen und Veranstaltungsorte können sie aus der folgenden Darstellung entnehmen.

men und beschreiben, doch braucht es umfassendere Dokumentationsweisen, um diese adäquat darzustellen. Es geht dabei nicht darum zu beweisen, dass Psychotherapie wirkt - das ist hinreichend erwiesen; es geht mehr darum zu zeigen, wie Psychotherapie innerhalb eines institutionellen Umfeldes die Gesundung der Patienten positiv beeinflusst.

Weiterhin werden der Informationsaustausch, die interprofessionelle Zusammenarbeit und die öffentliche und interne Dokumentation zentrale Themen sein. Darüber hinaus wird es wichtig sein, sich der Frage

Fachkonzilium für psychotherapeutische Arbeit im Krankenhaus

Aufstellung der bisherigen Themen und Orte

1.	05.06.1998	Psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken und onkologischen Patienten im KH	Pulmologisches Zentrum Wien
2.	08.05.1999	Schulenspezifisches psychotherapeutisches Arbeiten im KH	Univ. Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie
3.	23.02.2000	Schulenspezifisches psychotherapeutisches Arbeiten im KH	Pulmologisches Zentrum Wien
4.	04.07.2000	Dokumentation von psychotherapeutischer Arbeit im KH	Waldviertelklinikum Horn
5.	20.02.2001	Therapeutische Abstinenz und Beziehungsgestaltung	Krankenanstalt des göttlichen Heilandes
6.	06.11.2001	Kooperation mit anderen Professionen	Krankenhaus Rudolfstiftung
7.	14.05.2002	Krisenintervention	Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde
8.	19.02.2003	PSY-Net(z) und Kurzpsychotherapie	Kaiser Franz Josef Spital
9.	12.05.2003	Zuweisungspraxis und interdisziplinäre Zusammenarbeit	Krankenhaus St. Pölten
10.	24.02.2003	Psychologisches-Psychotherapeutisches Arbeiten im WSP	Wilheminspital
11.	04.05.2004	Schulenübergreifende psychotherapeutische Zusammenarbeit	Waltviertelklinikum Eggenburg
12.	11.11.2004	Der hochbetagte Mensch im KH – Interdisziplinäre Zusammenarbeit	SMZ - Floridsdorf
13.	08.03.2006	Psychotherapie – sichtbar machen	SMZ-Süd / Geriatriezentrum
14.	07.11.2006	Psychotherapeutischer Erstkontakt im KH. Diagnose?! Therapie?!	Landesklinikum Weinviertel Mistelbach/Gänserndorf

Mag. Wilfried Peinhaupt – OWS Wien

Zukünftige Themen

Wir wollen uns stärker auf die Erforschung und Qualitätssicherung unserer Arbeit konzentrieren. Zwar können wir die positiven Auswirkungen der psychotherapeutischen Arbeit im Krankenhaus gut wahrneh-

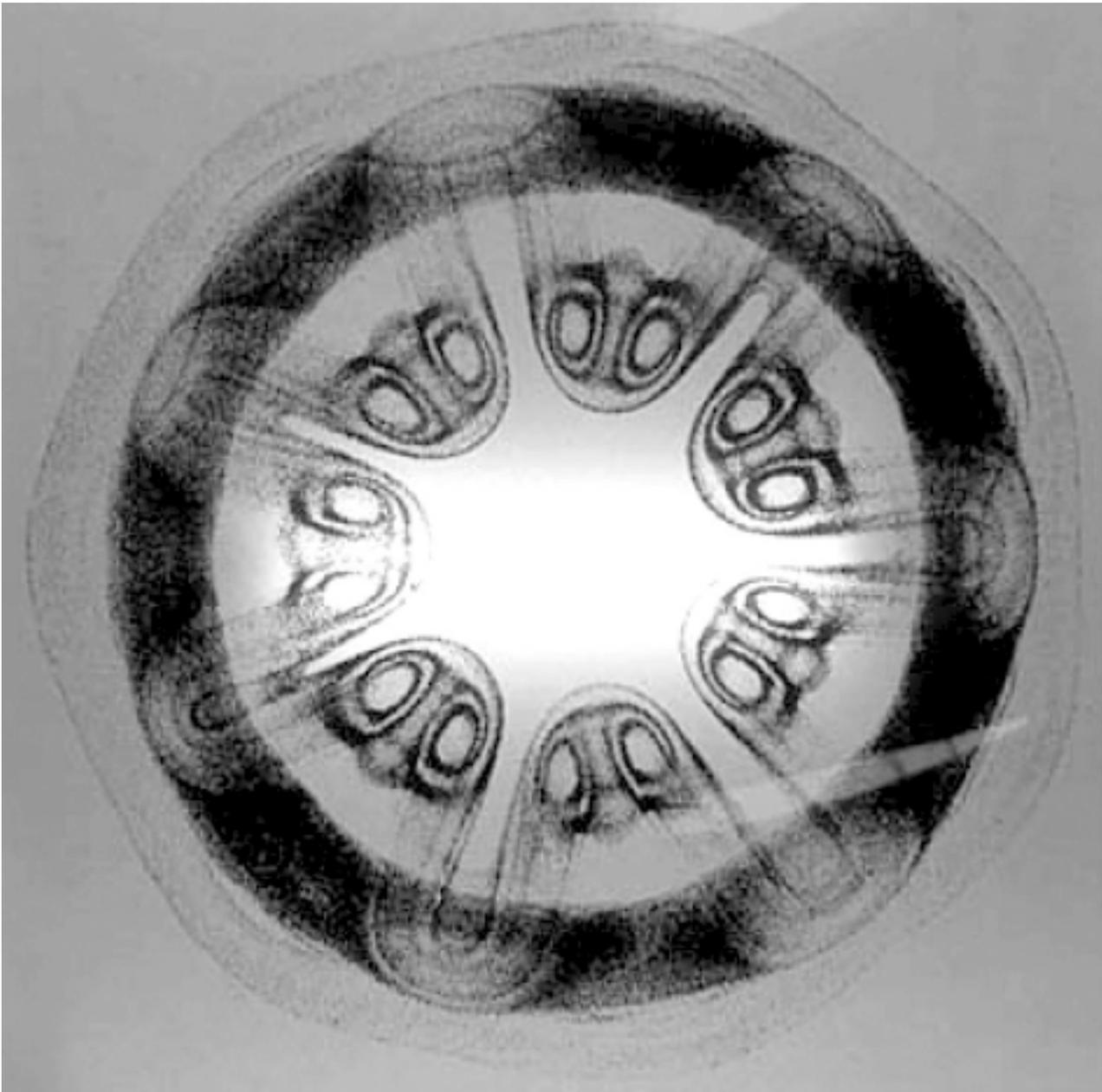
men und beschreiben, doch braucht es umfassendere Dokumentationsweisen, um diese adäquat darzustellen. Durch die schleichende Vernachlässigung der Anamnese als wichtiges Instrument im Prozess der Diagnostik wird mehr und mehr der Umgang mit diesen Daten der Patienten verlernt.

Das nächste Fachkonsilium findet am Freitag den 22. Juni von 9:00 - 15:00 Uhr in der Krankenanstalt Rudolfstiftung statt. Titel: "Wie sag ich's ...! Vermittlung von psychotherapeutischem Behandlungsbedarf." Wenn Sie das Programm der Veranstaltung erhalten möchten, mailen sie bitte an patricia.pörscht@wienkav.at oder an meine unten angeführte Mailadresse.

In Planung befindet sich ein Fachkonsilium im Krankenhaus Schladming / Steiermark am 23. No-

vember 2007 mit dem Titel: "Umgang mit traumatisierten Menschen im Krankenhaus".

Mag. Wilfried Peinhaupt
Psychologisch / Psychotherapeutische Ambulanz
Otto Wagner Spital / II. Interne Abteilung
Sanatoriumstrasse 2, 1140 Wien
email: wilfried.peinhaupt@wienkav.at
Tel: 0043 01 91060 42517



ARNO SCHMID · «NEO-LUPRIS NR. 5» · 2000

AD(H)S – Das Aufmerksamkeits - Defizit- (Hyperaktivitäts) – Syndrom.

Oder Der Modevirus 2007 für Kinder und Jugendliche

Man findet sie in jeder Schule: Die "wilden", immer störenden Kinder, die man heute schon gruppenweise als ADHS- Kinder diagnostiziert, aber auch die "stillen Träumerlein", die ruhig und brav sitzen bleiben, nicht auffallen und niemanden stören. Was haben diese Kinder gemeinsam? Oftmals haben sie allesamt keinen "Plan" und teilweise massive Schul- und Lernschwierigkeiten.

Sie haben keinen Hausaufgabenplan, keine vollständigen Lernunterlagen, sind mit vereinbarten Übungen niemals fertig, kommen ins Hintertreffen mit allen Arbeiten, fühlen sich ständig überfordert und müde, möchten endlich einmal Freizeit haben etc., etc.,... und können es vor allem NIEMANDEN recht machen! Und die Lehrer? Die beklagen, dass es unmöglich ist zu unterrichten, denn sie müssten sich ständig um die störenden Kinder kümmern und hätten keine Zeit für die Ruhigeren. Die Kinder könnten sich nicht mehr konzentrieren, brächten keine Hausaufgaben und die Kommunikation wird immer schlechter. Und die Eltern? Die beklagen, dass sie keine Zeit hätten sich am Abend um die Hausaufgaben zu kümmern, vor allem da sie ja im Hort oder im Nachmittagsunterricht gemacht werden sollten, die Familie möchte den Abend genießen, jedoch müssen erst einmal die Eintragungen im Mitteilungsheft gelesen werden, sofern das Heft gefunden wird...

Und dann? Dann sollten die Therapeuten relativ rasch gezielte Interventionen setzen. Die Aufmerksamkeitsspanne steigern, die Impulskontrolle verbessern, die Strukturierung des Lernalltages planen und der unterschiedlichen Schulfächer, sowie die Kommunikation mit den jeweiligen Lehrern übernehmen und somit die drohende Suspendierung vermeiden! Vor allem auch die belastende Situation, die zu Hause entstanden ist zu entspannen. . .

Notwendiges Clearing im Diagnoseprozess

Die Komorbidität von AD / HS ist sehr hoch. Aufgrund der dynamischen Entwicklung und negativen Auswirkung auf den Schul- und Lernerfolg, steht oftmals der Leistungsdruck im Vordergrund, sowie das Störungsbild mit oppositionellem Trotzverhalten und des Sozialverhaltens. Auffälliger sind vorhandene Tic's. Internalisierende Störungen treten hierbei in den Hintergrund und werden weniger beachtet. Angststörun-

gen und depressive Störungen sind bei ADHS häufig vorhanden. Zusätzliche Internalisierende Störungen wirken sich negativ auf den Krankheitsverlauf von ADHS aus. Die Betroffenen haben in der Regel wenig Selbstvertrauen, erleben Schule und soziale Situationen belastender als bei ADHS alleine, verfügen über weniger Kompensationsmöglichkeiten für ihre Probleme und sind schwerer zugänglich für therapeutische Interventionen. Neben der Behandlung der Kernsymptomatik von ADHS muss auch den assoziierten Störungen genügend Aufmerksamkeit zukommen, in der Diagnostik und bei der weiteren Behandlungsentscheidung.

Ursachen von AD/HS

Zur Ätiologie lässt sich sagen, dass über die primär organische Ursache des AD/HS heute kaum mehr ein Zweifel besteht. Nach medizinischen Wissenstand ist die Störung das Resultat einer biologischen Funktionsstörung im Bereich der Informationsverarbeitung zwischen einzelnen Gehirnabschnitten. Man nimmt an, dass im Bereich der Schaltstellen (Synapsen), zwischen einzelnen Hirnzellen, die entsprechenden Überträger-substanzen (Neurotransmitter) nicht korrekt wirken. Das bewirkt, dass das Gehirn nicht zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen unterscheiden kann. Die betroffenen Neurotransmitter sind hier vor allem Dopamin und Noradrenalin, in den Regionen, die für Aufmerksamkeit, Konzentration und Wahrnehmung verantwortlich sind.

Allgemeine Symptomatik von ADS

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung
- Störung der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung
- Störung der Gedächtnisbildung, das heißt, das Abspeichern von relevanten Informationen.

Offensichtliche Folgen: Die betroffenen Kinder können längeren Gesprächen schwer folgen, es besteht eine erhöhte Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit, häufiges Verlieren und Verlegen von Gegenständen..

Weiters können folgende Symptome auftreten:

- Impulsivität: unvorhersehbares, unberechenbares Verhalten, das Kind kann nicht warten, es platzt mit Antworten sofort heraus, sagt immer gleich,

was es sich denkt.

- Mangelhafte emotionale Steuerung: fehlende oder gesteigerte Sensibilität, Probleme mit dem Selbstwertgefühl, Erregbarkeit, Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Aggressivität, geringe Frustrationstoleranz, enormes Mitgefühl.

Und bei ADHS

- Motorische Hyperaktivität: Unruhe, Zappeligkeit, gesteigerte Nervosität.

Teufelskreis der ADHS – Kinder

Oftmals wird das Erscheinungsbild lange fehlgeschätzt von Eltern, Freunden und Lehrern. Kein Kind ist absichtlich störend, schusselig oder schwierig. Kein Kind bemüht sich laufend Frustrationserlebnisse zu sammeln, außer es bekommt keine andere Aufmerksamkeit. ADHS – Kinder können nicht anders! Ein innerer Schluckauf der Gefühle und der Ballon ist schon geplatzt bevor ich nachdenken kann. Denken sie an einen Theaterabend mit Hustenreiz! Stellen sie sich vor, jeden Abend in ein Theater gehen zu müssen, jeden Abend dieselben Zuschauer und jeden Abend ein immer stärker werdender Hustenreiz... ein ALB-TRAUM? Hoffentlich! Nur manchmal ist es für unsere ADHS – Kinder bittere Realität, dass sie keiner mehr in der Schule haben will. Sie nerven, sie stören und die Umgebung reagiert mit Unverständnis.

Emotionales Wahrnehmen

Eigene Gefühle wahrnehmen und den anderen mitteilen gelingt schwer und schon gar nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt! Gleichzeitig ist es schwierig Gefühlsausbrüche aufzuschieben und zu kontrollieren, um ein zielgerichtetes Handeln zu ermöglichen

Beobachtet man Kinder so scheint es, als würden sie sich zwischen zwei gegensätzlichen emotionalen Polen – außerhalb der pubertären Phase – bewegen. Bei guter Laune sind sie lebensfroh, kreativ, kooperativ und fröhlich. Allerdings können sie in ihrer Begeisterung auch oft hemmungslos sein und sie sind dann schwer zu bremsen. Häufig ist dann auch ein gemeinsames Spielen mit anderen Kinder unmöglich, da sie nicht auf die Bedürfnisse anderer Kinder einsteigen können.

Fühlen sie sich allerdings schlecht, dann können sie ungeduldig, gereizt und aggressiv sein. Dabei kann sich ihre Aggression gegen andere Menschen und Dinge richten, als auch gegen sich selbst. Sie können ihre Wutausbrüche, wie oben bereits erwähnt, nicht kontrollieren oder steuern. Auch von außen sind sie schwer beeinflussbar. Dies gibt auch allen ein Gefühl der Hilflosigkeit. Nach einem emotionalen Ausbruch sind sie wieder offen, freundlich kooperativ, gut gelaunt und nicht nachtragend.

Ratlose Eltern und Lehrer

Oft fühlen sich Eltern im Zusammenleben mit ihrem hyperaktiven Kind überfordert. Der Alltag mit ihrem Kind treibt sie oft an ihre eigenen Grenzen der Belastbarkeit, da viele kleine Alltagshandlungen, die mit dem Kind zu erledigen sind, zu echten Herausforderungen werden. Einige Eltern beginnen auch an ihren eigenen Fähigkeiten zu zweifeln und geben sich Schuldzuweisungen, bzw. bekommen sie oftmals welche, wenn das Kind nicht mehr adäquat reagiert. Häufig fühlen sich auch die Eltern alleine gelassen, da ihnen niemand helfen kann und sie viele gute Ratschläge von Erziehungsexperten bekommen. Jeder Tag kann enden mit einem verständnislosen Kopfschütteln der Mitmenschen und einem großen Ohnmachtsgefühl. Zudem verletzen die Aussagen, die hyperaktive Kinder in einem Wutanfall machen, die Gefühle ihrer Eltern. Besonders Beschimpfungen, die das Kind dann macht, können die Eltern sehr kränken. Gegenseitige Kränkungen und gegenseitige Schuldgefühle verursachen eine sehr unglückliche Verstrickung, in der oftmals kein Ausweg mehr gesehen wird, denn herkömmliche Interventionen greifen nicht schnell genug.

Erreichbare und realistische Therapieziele definieren

Keine neuen Regeln schaffen, sondern Verständnis, Zeit und Aufmerksamkeit für das Kind und die Betroffenen! Klare Sicht und Klärung des allgemeinen Wissensstandes. Eine vernetzte Zusammenarbeit mit Eltern, Kind, Schule, Kinderarzt und Psychotherapeuten und gemeinsam erreichbare Zielsetzungen, sind Grundvoraussetzungen, damit Interventionen rasch wirksam werden können und zu einer grundlegenden Entlastung führen.

Verhaltenstherapeutisches Vorgehen, eingebettet in Familienzentrierte Interventionen und kombiniertes Aufarbeiten von entwicklungsbedingten oder schulischen Defiziten, bewährt sich in der Praxis bestens bei einer ADHD – Störung.

*Mag. Doris Pühringer
Institutsleitung von Apädo, Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie und Hypnotherapie, Akademische Heilpädagogin,
Bewegungstherapeutin, Lehrgangsführung: Lerncoach für
Kinder- und Jugendliche, Ausbildungsleitung der Lebens-
und Sozialberater, Therapeutin auf der SFU – Ambulanz
Institut Apädo: 1070 Wien, Kaiserstr. 14/8,
Tel./Fax 01/524 62 93
www.apaedo.at, http://www.apaedo.at
apaedo@inode.at, mailto: apaedo@inode.at*

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und das Skills – Training

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha M. Linehan ursprünglich für die ambulante Behandlung chronisch suizidaler Borderline -Patientinnen entwickelt. Das allgemeine Interesse an der Thematik ist groß. Die Not der Betroffenen bei der Suche nach fachlicher Hilfe und die unsicheren und hilflosen Reaktionen der Öffentlichkeit bei der Konfrontation mit Borderline - Patienten machen den Informationsbedarf deutlich. Aufgrund der Komplexität der Borderline-Störung ist es zweckmäßig, zwischen aktueller Krisenintervention, psychotherapeutischer Behandlung, psychiatrischer Behandlung, Pharmakotherapie und sozialtherapeutischen Maßnahmen sowie zwischen ambulanter und stationärer Therapie zu unterscheiden.

Die bizarre Welt der Borderline – Patientinnen basiert im wesentlichen auf einer gestörten Affektregulation und Selbstwahrnehmung, einer Beeinträchtigung der kognitiven Funktionsfähigkeit, begleitet von Problemen sozialer Integration und selbstschädigenden Verhaltensweisen. Vor dem Hintergrund dieses tiefgründigen, Flexibilität fordernden Störungsbildes erwächst die Forderung nach einer therapeutischen Konsequenz, die bereit ist, bisherige Strukturen zu verlassen. Borderline - Patienten galten und gelten immer noch als äußerst schwierig behandelbar. Hohe Behandlungskosten lassen die Erfolge psychotherapeutischer Bemühungen oft gering erscheinen. Zwischen Erstbehandlung und Stellung der Diagnose besteht oft ein Intervall von circa sechs Jahren; die Therapie dauert durchschnittlich mehr als sieben Jahre, ist oft langwierig und die Zahl von Patienten, die eine Behandlung abbrechen und wieder neu beginnen, ist sehr hoch. Die Schwierigkeiten erstrecken sich auf den ambulanten und den stationären Bereich. Tatsache ist, dass die medizinisch - versorgenden Einrichtungen, in denen die Patientinnen oft nur in Form einer Krisenintervention unterstützt werden können, kaum in der Lage sind, die psychosozialen Hilfen zu koordinieren. Die erforderlichen psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie sozialtherapeutischen Maßnahmen sind nicht gewährleistet. Außerdem stellen die wiederholten stationären Aufenthalte eine massive Belastung des Gesundheitssystems dar. Der Aufbau einer psychosozialen Gesamtversorgung so-

wie störungsspezifische Therapieangebote können, langfristig gesehen, sicher zu einer Kostenminimierung führen. Je adäquater interveniert werden kann, desto größer sind die Chancen, Folgeschäden, langfristige stationäre Aufenthalte und frühzeitige Arbeitsunfähigkeit hintan zu halten.

Mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) und dem Skills – Training liegen richtungweisende Konzepte vor. Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Marsha M. Linehan gilt als das empirisch am besten gesicherte Konzept zur Behandlung der Borderline - Störung. Die DBT wurde in mehrfach kontrollierten Studien als wirksam nachgewiesen. Sie beinhaltet Bereiche der kognitiv behavioralen Therapie, der Sozialpsychologie, der Neurobiologie sowie Aspekte der fernöstlichen Meditation (Zen). Linehan bezeichnet die DBT als eine Werkstätte (factory) in die ständig neues Wissen fließt und die weiterentwickelt werden kann. Um den Anforderungen einer störungsspezifischen Behandlung gerecht zu werden, werden wissenschaftliche Untersuchungen hinsichtlich suizidalem, selbstschädigendem und aggressivem Verhalten durchgeführt, sowie neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren für die Theorieentwicklung herangezogen.

Weiters versteht sich die DBT als ein Netzwerk, das sowohl im ambulanten als auch im stationären setting für eine strukturierte Kooperation von Therapeutinnen verschiedener Therapierichtungen und anderer Berufsgruppen konzipiert ist. In der Dialektisch Behavioralen Therapie wird davon ausgegangen, dass trotz der vorhandenen emotionalen Vulnerabilität durch eine Analyse der Verhaltensabläufe, die zur Selbstverletzung oder zum Suizidversuch geführt haben, und durch das Erlernen von Skills eine Verhaltensveränderung und eine Emotionsregulation erreicht sowie neue Copingstrategien erworben werden können. Das Bemühen, eine störungsspezifische Behandlung für Borderline - Patientinnen zu gewährleisten, hat einen Prozess eingeleitet, um neue Ressourcen zu entdecken.

Im Mai 2005 wurde die Österreichische Gesellschaft für Dialektisch Behaviorale Therapie und Skills-Training (ÖDBT) gegründet. Der Verein hat sich zur Aufgabe gestellt Kolleginnen und Kollegen zu unter-

stützen, zu vernetzen und in DBT und/oder Skills-Training auszubilden.

Die ÖDBT bietet u.a.

- Die Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in DBT und Skills-Training
- Die Entwicklung eines Netzwerkes sowie die Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches
- Die fachliche Beratung der an DBT und Skills-Training interessierten Personen und Institutionen

Die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sind konzipiert für Psychotherapeutinnen und alle Berufsgruppen, die in ihrem Berufsfeld mit Borderline - Patienten und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung direkt oder indirekt arbeiten und neue Impulse für ihre Arbeit bekommen möchten. Die jeweiligen Fortbildungsveranstaltungen sowie individuell abgestimmte facheinschlägigen Vorträge, Seminare und Workshops vermitteln die Dialektisch Behaviorale Therapie und das Skills-Training für den ambulanten, stationären sowie halbstationären Bereich. Die Fortbildungsveranstaltungen bieten die Möglichkeit das Konzept der Dialektisch Behavioralen Therapie und des Skills -Trainings kennen und anwenden zu lernen. Seminare vermitteln u.a Basiswissen in Diagnostik, Differentialdiagnostik, Komorbidität und Epidemiologie und bieten psychosoziale Erklärungsmodelle im Bezug auf die Problembereiche der Borderline - Störung (BLS) und Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD).

Die Weiterbildung in der Dialektisch Behavioralen Therapie oder die Ausbildung zum Skills - Trainer erfolgt in einem Modulsystem, das einerseits die Möglichkeit bietet die DBT und das Skills - Training kennen zu lernen, Erfahrungen zu sammeln andererseits den jeweiligen kompletten Ausbildungslehrgang zu durchlaufen. Es ist aber auch möglich, sich einzelne Bausteine individuell zusammen zu stellen und damit seine jeweilige Kompetenz gezielt zu erweitern.

Therapiestruktur, Behandlungsstrategien, verhaltenstherapeutische Grundlagen, Beziehungsgestaltung, Schematherapie, Emotionstheorien, das therapeutische Verständnis und Besonderheiten der Dialektisch Behavioralen Therapie und des Skills -Trainings (Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen Zwischenmenschliche Skills), körpertherapeutische Verfahren, Therapie bei Essstörungen, Umgang mit Schmerz, u.a.m. werden in aufbauenden Blockseminaren vermittelt.

Die Dialektisch Behaviorale Therapie und/oder das Skills - Training kann als Baustein dort eingesetzt werden, wo es gilt, Betroffenen einen anderen Weg aus dem Chaos zu zeigen.

Nähere Informationen: www.oedbt.at

Anfragen: Mag. Dr. Alice Sendera

Tel. 069911 494639

Mail: office@oedbt.at oder

Alice.Sendera@kabsi.at

Sendera A. Sendera M. (2007) Skills-Training bei Borderline und Posttraumatischer Belastungsstörung. Springer, Wien, 2. Auflage

Das Buch vereint Theorie und Praxis des Skills-Trainings nach der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) und richtet sich an alle, die im therapeutischen, medizinischen, sozialen und pädagogischen Bereich mit Patientinnen und Patienten mit Borderline- oder Posttraumatischen Belastungsstörungen befasst sind sowie an Betroffene.

Es bietet einen verständlichen Überblick über Diagnostik, Problembereiche, Neurobiologie, Therapiekonzepte sowie Inhalt, Planung und Aufbau von Skills-Gruppen.

Wirksame Strategien und Techniken werden in den Modulen Achtsamkeit, Emotionsregulation, Stresstoleranz und Zwischenmenschliche Skills beschrieben. Erfahrungen der Autorinnen und Texte Betroffener ergänzen das Buch.

Die zweite Auflage wurde erweitert um die Bereiche *chronischer Schmerz, Somatisierungsstörung, Sucht, Forensik und Pädagogik*.

Neu ist auch eine CD-ROM mit Arbeitsblättern und Handouts sowie einer prägnanten Zusammenfassung des Buchinhaltes.

Erstmals kostenlose psychotherapeutische Beratung im Amtshaus des 3. Bezirks

Die Idee in jedem Wiener Gemeindebezirk eine kostenlose psychotherapeutische Beratung im Bezirksamt einzurichten wurde schon in einigen Wiener Gemeindebezirken umgesetzt.

Nun gibt es diese "Amtshausberatung" erstmals seit April 2007 jeweils am ersten Donnerstag im Monat in der Zeit von 16.00 – 17.00 Uhr im

3. Bezirk. Die BezirkspsychotherapeutInnen werden abwechselnd für Beratung, Information und Erstgespräch sowie zur weiteren Vermittlung an eine psychotherapeutische Praxis den InteressentInnen zur Verfügung stehen.

Das Konzept basiert außerdem auf einem multiprofessionellen An-

satz. Neben PsychotherapeutInnen bieten zeitgleich Lebens- und SozialberaterInnen sowie RechtsberaterInnen ihr Knowhow an.

Kollege Andreas Mauerer hat mit seinem Verhandlungsgeschick die Idee, mit großer Unterstützung des Bezirksvorstehers Herrn Erich Hohenberger, in die Wege geleitet und umgesetzt. Damit wird ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung öffentlichkeitswirksame Maßnahmen für Psychotherapieberatung und -behandlung sowie für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gesetzt.

Neben den Räumlichkeiten im Amtshaus am Karl-Borromäus-Platz 3, wird auch die Honorierung (analog zum Krankenkassen-

tarif) für die psychosoziale Beratung von der Bezirksvorstehung zur Verfügung gestellt. Dafür ein herzliches Dankeschön im Namen aller BezirkspsychotherapeutInnen an Herrn Hohenberger und an Kollegen Mauerer!

*Dr. Ines Stamm
Stv. Vorsitzende
30. April 2007*

EINLADENDER, HELLER PRAXISRAUM

in zentral gelegener
Praxismgemeinschaft
ab Juli 2007
an 1-2 KollegInnen zu vermieten.

Kontakt: Christine Prillhofer
Tel.: 5227105 oder
0699/15227105

PSYCHOTHERAPIE- ZENTRUM APOSTELHOF

vermietet
Praxismöglichkeiten
(stunden-
oder tageweise)

1030 Wien,
Apostelgasse 25-27
(U3 – Nähe)
Tel.: 71 28 288

Treffen von PsychotherapeutInnen

Am 21. März fand im Währinger Martinschlössl ein sehr gut besuchtes, informelles Treffen von PsychotherapeutInnen des 17. und 18. Bezirkes statt, die nach längerer Pause wieder das Bezirksleben und den fachlichen Austausch neu beleben möchten.

Der Abend begann mit einem kurzweiligen Vortrag von Frau Dr. Uta Sailer über "Neue Forschungsergebnisse zur Auge-

Hand-Koordination" und endete nach vielen bereichernden und interessanten Gesprächen mit dem Ergebnis, dass alle Anwesenden die Fortführung dieser Bezirkstreffen begrüßen würden. Aus diesem Grunde wird es noch vor dem Sommer einen weiteren informellen Abend geben. Im Herbst sind dann offizielle Wahlen geplant, damit der 17. und 18. Bezirk wieder über eigene Bezirkspsy-

chotherapeutInnen und deren VertreterInnen verfügt.

Termin für nächstes informelles Treffen: Montag, 04.06., 19h

Termin für Wahlen im 17.+18. Bezirk: Mittwoch, 03.10., 19h

(es kandidieren im 17. Bezirk Renée Kronfuss-Goldwein, im 18. Bezirk Michael Adametz)



ARNO SCHMID · «NEO-LUPRIS ROTE METAMORPHOSE» · 2001

BezirkspsychotherapeutenvertreterInnen und -stellvertreterInnen

BEZIRK. BPV			BPV-STELLVERTRETERINNEN	
1010 Wien	Zips Astrid Mahlerstr.7/19	Tel. 0699/1804936 astrid.zips@aon.at	Battistich Dr.Peter Rathausstr.11	Tel/Fax 403 83 60 peter@battistich.at
1020 Wien	Kerber-Teubenbacher Nicole Mag. Ob.Donaustr.6/17	Tel/Fax 330 40 04 nicole.kerber@gmx.at	Peinhaupt Wilfried Mag. Ob.Donaustr.7/6	Tel&Fax:330 72 94 0664/5420427
1030 Wien	Mauerer Andreas Radetzkystr. 31/8b	Tel. 710 74 44 andreas@maurerer.at	Stamm Ines Dr. Matthäusg.13/1	Tel. 0664/243 78 78 ines.stamm@bmgfj.gv.at
1040 Wien	N. N.		N.N.	
1050 Wien	Töpel Elisabeth Diehlg. 1A/12	Tel/Fax 544 40 46 Elisabeth.toepel@chello.at	Gamrith Margarete Mag. Margaretenplatz 7/1/12	Tel. 585 63 26 gritgamrith@inode.at
1060 Wien	Grimmer Karl Mariahilferstr. 117/2/21	Tel: 596 40 42 karl.grimmer@chello.at	N. N.	
1070 Wien	Boll Heidemaria Mag. Burggasse 100A	Tel/Fax 524 92 26	N. N.	
1080 Wien	N.N.		N.N.	
1090 Wien	N. N.		N.N.	
1100 Wien	Mauder Hans Quellenstraße 156/2	Tel. 0676/400 49 56 johann.mauder@chello.at	Fritsch Monica A. DSA Schröttergasse 37/7	Tel. 0676/75 00010 monica.fritsch@utanet.at
1110 Wien	Wölfler-Handlos Susanne Hauffg. 10/3/23	Tel/Fax 743 43 60 susanne.woelfler-handlos@gmx.at	Ourada Eva Elisabeth Herbortgasse 28/6 Aderhold Margot Kopalg.1/1/10	Tel. 966 30 82 psyche.ourada@utanet.at Tel. 0676/533 82 83 margot.aderhold@24on.cc
1120 Wien	Hollerer Theresia DSA Meidl.Hauptstr.32/30	Tel. 810 87 05 tivoli@chello.at	Albrecht-Steinkellner Günther KGV Sagedergasse GR 5, Parz.18	Tel. 0664/46 10 293
1130 Wien	N.N.		N.N.	
1140 Wien	Weis-Danhofer Monika Dr. Diesterweggasse 2/7	Tel/Fax 894 06 84	Trojan Angela Linzerstr. 151	Tel. 914 87 40 Tel. 914 37 87
1150 Wien	N.N.		N.N.	
1160 Wien	Baumgartner Gertrud Mag. Enekelstr. 32/15	Tel/Fax 494 36 76 gertrud.baumgartner@inode.at	N.N.	
1170 Wien	N.N.		N.N.	
1180 Wien	N.N.		N.N.	
1190 Wien	Kren-Kwauka Ursula Sieveringerstraße 135/1	Tel/Fax 328 20 80 Kren-kwauka@chello.at	Ranzinger Helga Rudolf Kassner Gasse 6	Tel. 20 73 89, 0699/88816422 helga_ranzinger@yahoo.com
1200 Wien	Enzenhofer Ingrid Staudingerg. 1-3/3/11	Tel. 334 92 21 ingrid.enzenhofer@aon.at	N.N.	
1210 Wien	Köhler Hildegard Mag. Brünnerstr. 169/6	Tel. 292 13 43 hmkoehler@gmx.net	Ruthner-Springer Christa DSA Pius-Parsch-Platz 12/13	Tel. 0699/101 72 316
1220 Wien	Zaczek Bozena Maria Kratowjlestraße 12/1/2.4/Turm 1	0664/371 17 12 Tel. 263 71 34 bozena.zaczek@multikom.at	N.N.	
1230 Wien	N.N.		N.N.	

2. BEZIRK

Das nächste Bezirkstreffen findet am Donnerstag, den 14.6.07 ab 19:30 in der Oberen Donaustr.6/DG statt. Alle KollegInnen sind herzlich zu diesem (vor)sommerlichen Treffen eingeladen. Beratungsnachmittage im Amtshaus/ Karmelitergasse sind jeweils am letzten Donnerstag im Monat von 15:30 - 17:30. Wer Interesse an der Mitwirkung (Beratung) hat, möge sich bitte bei dem/r Bezirksvertreter/in melden.
LG N.Kerber-Teubenbacher

3. BEZIRK

Die BPV-Sitzung für den 3. Bezirk wird am 4. Juni 2007 um 19.30 Uhr, im Café Zartl, 1030 Wien, Rasumovskygasse 7 stattfinden.

4/5. BEZIRK

Nächstes Bezirkstreffen am: 22.5.2007
Wir freuen uns auf zahlreichen Besuch
Elisabeth Töpel Mag. Margarete Gamrith

6/7. BEZIRK

Das nächste Treffen findet Do 24.5.um 20 Uhr im Cafe Ritter (Klavierzimmer) statt.
24.5. Thema: Therapeut-Klient-Begegnungen in Alltagssituationen, Seminaren...
Alle KollegInnen sind herzlich eingeladen.
Mag. Heidemaria Boll, Karl Grimmer

9. BEZIRK

Das nächste Bezirkstreffen findet am Montag den 4.Juni 2007 im Cafe Restaurant Winter,1090 Wien, Alserstr. 30,Tel 405 02 01 um 20.00 statt. Bei diesem Treffen gibt es auch die Wahl der Bezirkspsychotherapievertreter(BPV).Mit der Bitte um zahlreiches Erscheinen.
Liebe Grüße Gerlinde Farkas

10. BEZIRK

Regelmäßige Treffen im Airo Tower Hotel, Kurbadstr.8, 1100 Wien.
Infos bei den BPV

11. BEZIRK

Unser nächstes Bezirkstreffen für Simmering findet statt am: Mittwoch, den 23.05.07, 20.00 Uhr, Gaststätte Pistauer
Liebe Grüße Susanne Wölfle-Handlos

12. BEZIRK

Die Treffen der BezirkspsychotherapeutenInnen des 12. Bezirks finden am 27.06.2007
19.09.2007 (mit Wahl der BezirkstherapeutenvertreterInnen)
31.10.2007
12.12.2007
jeweils um 20 Uhr im Restaurant "Wienerwald" in 1120 Wien, Schönbrunnerstraße 244 statt.
Mit freundlichen Grüßen
Günther Albrecht

13. BEZIRK

INTERVISION - INTERVISION - INTERVISION
Die erste Intervision findet am Dienstag, 22. Mai um 20 Uhr statt!
Ort: 1130 Wien, Hietzinger Hauptstraße 140a/1/2
Bei Interesse oder für Anfragen rufen Sie mich bitte unter 0676/405 3006 an.
Mit herzlichen Grüßen
Margarete Finger

16. BEZIRK

Das nächste Bezirkstreffen im 16. Bezirk findet am Dienstag 26. Juni um 20.00 Uhr statt.
Ort: Praxis Mag. Gertrud Baumgartner 1160, Enenkelstr. 32/15

19. BEZIRK

Ärzte und Psychotherapeutentreffen:
Terminänderung!
Montag, 2. Juli 07 um 19:30 Uhr
Thema: Depression aus drei Perspektiven
Referat: Dr. Ulrike Preiml, Sportärztin
Dr. Herbert Bartosch, Facharzt für Psychiatrie
Ursula Kren-Kwauka, Psychotherapeutin und Coach
Im Anschluss daran laden wir Sie zu einem Buffet ein.
Ort: Praxis Dr. Bartosch, 1190 Wien, Döblingerhauptstr. 14 / 19 u.A.w.g. unter herbert.bartosch@chello.at
kren-kwauka@chello.at

Neu im 19. Bezirk:

Die PsychotherapeutInnen des 19. Bezirks bieten seit Oktober 2006 einmal monatlich kostenlose Erstinformation im

Magistratischen Bezirksamt an.
Ort: Magistratisches Bezirksamt, 1190 Wien, Gatterburggasse 14, 1. Stock
Termin: an jedem 4. Donnerstag im Monat von 16.00 bis 17,30 Uhr
nächste Termine: 24. Mai 2007,
28. Juni 2007
- Sommerpause - 27. Sept. 2007

20. BEZIRK

Es finden regelmäßige Treffen zum Austausch und zur Planung gemeinsamer Aktivitäten statt. Alle Kolleginnen und Kollegen aus dem Bezirk sind willkommen!
Nächster Termin und Ort auf Anfrage:
BPV Mag. Ingrid M. Enzenhofer
Tel: 334 92 21

21. BEZIRK

Das nächste Bezirkstreffen findet am Fr, 15.6.2007 um 12 h in der "Creperie" an der Alten Donau statt.
Herzlich Willkommen an alle KollegInnen im Bezirk,
Hildegard und Christa
VHS-Reihe "Psychotherapie: Schulen und Methoden", 1210 Wien, Angererstraße 14
Mo, 21. Mai 2007, 19 h, "Gerontopsychotherapie" Vortrag: Mag. Brigitte Zotter, Mag. Barbara Mihatsch-Jung, Moderation: Mag. Hildegard Köhler
Mo, 1. Oktober 2007, 19 h, "Gewaltfreie Kommunikation - eine Sprache des Lebens" Vortrag: Mag. Renate Pils, Moderation: Mag. Hildegard Köhler

23. BEZIRK

Liebe KollegInnen!
Nach einiger Zeit der Ruhepause wollen wir das Bezirksleben wieder erwecken. Deshalb Treffen wir uns am Mittwoch den 27.Juni 2007 ab 19.30 im Wagner-Jauregg Institut im Geriatriezentrum am Wienerwald :
1130 Wien, Wolkersbergenstraße/Versorgungsheimplatz ,Fußgänger-Haupteingang Versorgungsheimplatz (gute Parkplatzmöglichkeit),1. Straße (rechts an der Kirche den Hügel hinauf), Gebäude D/ 1. Stock, Memory-Institut
Hoffe auf rege Teilnahme
Liebe Grüße Franziska Berger

ALS NEUE MITGLIEDER BERGRÜSSEN WIR:

Dr.	Karin	Beringer
Dr.	Julia	Bräuer
Dr.	Eileen	Egerer
MAS	Ingrid	Frag
	Sabine	Fischer
Mag.	Ilse	Kuchling
Mag.	Elisabeth	Lipovits-Nobis
	Ina	Manfredini
	Elisabeth	Peinhaupt
Mag.	Bettina	Saur
	Haldis	Steinböck-Löfström
	Irene	v.Ballmoos MSC

NEUE WLP-INSERTPREISE:

Für WLP-Mitglieder:	Für Nicht-WLP-Mitglieder:
1 Seite: € 245,-	1 Seite: € 410,-
1/2 Seite: € 135,-	1/2 Seite: € 235,-
1/3 Seite: € 105,-	1/3 Seite: € 165,-
1/4 Seite: € 80,-	1/4 Seite: € 115,-
1/8 Seite: € 50,-	1/8 Seite: € 70,-
1/16 Seite: € 35,-	1/16 Seite: € 45,-

Preise zzgl. Abgaben.

Alle BezirkspsychotherapeutenvertreterInnen und deren StellvertreterInnen erhalten einen 10% Rabatt.



ARNO SCHMID

Geboren 06.02.1968, Innsbruck
1989 – 1993 Meisterklasse für Grafik und Malerei .Prof. Ernst Caramelle, Hochschule für angewandte Kunst, Wien. Lebt und arbeitet als freischaffender Künstler in Wien und Tirol

Projekte: u.a. 2005 Künstlerische Gestaltung des Sitzungssaales der Innsbrucker Kommunalbetriebe AG – Glas – Licht – Malerei
Ausstellungen: 1991 Kunststraße Innsbruck – Skulpturen im öffentlichen Raum · 1993 % - DIOPTRIEN - % - NEO – LU-PRIS, Galerie im Andechshof Innsbruck · 1997 CONFRONTI – Palazzo della regione, Trento / Italien · 2000 LIGHT – BACK - Gallery of fine Art, New Orleans · 2002 PEST + PUDA, Super 8 Filme 39 DADA – MASC F.- Budapest · 2002 6 – NIETEN, Zität Kunstfabrik. 3 Ländereck D- CZ – P · 2003 TURM-INSTALLATION, Kunsthalle Exnerg. – 39 DADA – MASC F. · 2004 ROOM TO MOVE, Kunsthalle Exnerg. 39 DADA – MASC F. · 2004 LIVE – ART and VIDEO EVENTS in Viinistu, Estland - 39 DADA – MASC F. · 2004 TRANSFER IKB – 39 DADA – MASC F. 2 · 2005 - BLACK AND WHITE WHEN WORLDS COLLIDE - 39 DADA – MASC F · 2005 - DADA ist – Galerie im Andechshof, Innsbruck · 2006 - Eröffnung - Skulptur " SCHRAUFEN", Betonsymposium Walchsee · 2005 MASC F.N – 39 DADA
Kontakt: Arno Schmid, 39 DADA – Atelier,Grundsteingasse 39/1-3 · 1160 Wien, Tel. 0664/ 5302382

REDAKTIONSSCHLUSS: ENDE SEPTEMBER

DIE NÄCHSTE AUSGABE
ERSCHEINT VORAUSSICHTLICH
MITTE OKTOBER

Die abgedruckten Leserbriefe, Kommentare oder Fachartikel müssen nicht immer der Meinung der Redaktion entsprechen

VORSTAND

Vorsitzende	Dr. Jutta Fiegl
Vorsitzende Stv.	Dr. Ines Stamm
KandidatInnenvertreter	Dr. Nikolas Klein
Schriftführerin	DSA Monica A. Fritsch
Schriftführer Stv.	Michael Adametz, BA.pth.
Kassier	Hans Mauder
Kassier Stv.	Heinz Laubreuter
Sekretariat	Andrea Wolfart Mo, Di, Mi 10-13h, Do 12-15h

IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber: WLP, 1090 Wien, Lustkandlgasse 23/Top 3-4, Tel. 512 61 73, Fax 512 44 77

Redaktion: Michael Adametz, BA.pth.

Druck: Druckerei Wolfgang Söldner GmbH, 1100 Wien

Zulassungsnummer: GZ02Z031107M

DVR: 0738506, Auflage 1200, Verlagspostamt: 1010, P.b.b

INTERNET: psychotherapie.wien.at, Email: wlp@pips.at