

Karl-Heinz Stange

**Psychotherapiemöglichkeiten,
Hilfen und Nachteilsausgleiche
für Studierende**

Februar 2014

„Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Wir können an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln, über uns selbst hinaus denken und uns dabei auch verlieren: Wer lange Zeit verzweifelt ist, ohne Trost und Halt zu finden, wer seine Gefühle nicht mehr mitteilen kann oder sie nicht mehr aushält, kann depressiv werden oder, wenn er die Flucht nach vorn ergreift, auch manisch. Wer sehr dünnhäutig ist, kann in Lebenskrisen so durchlässig werden, dass er seine Grenzen verliert. Die Wahrnehmungen können eigensinnig werden, die Gedanken sprunghaft. Wer sich so fühlt, ist kein Wesen vom anderen Stern, sondern reagiert zutiefst menschlich“ (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare 2007)

	Seite
1. Einleitung	5
2. Psychische Beeinträchtigungen und Studium	7
2.1 Entwicklungstrends psychischer Erkrankungen	7
2.2 Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen	9
2.3 Zur Situation an der Fachhochschule Erfurt	16
3. Was versteht man unter ... ?	21
3.1 Angstkrankheiten/Phobien	21
3.2 Depressionen	22
3.3 Persönlichkeitsstörungen	25
3.4 Psychosen	28
3.5 Sucht	32
3.6 Psychosomatische Erkrankungen	34
4. Wann brauche ich Hilfe?	37
5. Psychotherapie und PsychotherapeutInnen	38
5.1 Was heißt Psychotherapie?	38
5.2 Wer ist Psychotherapeutin/Psychotherapeut?	39
5.3 Welche ambulanten Therapieformen werden von den Gesetzlichen Krankenkassen bezahlt?	40
6. Ambulante Therapiemöglichkeiten und Hilfen	43
6.1 Hausärztliche Versorgung	43
6.2 Psychosomatische Grundversorgung	43
6.3 ÄrztInnen für Psychiatrie	44
6.4 PsychotherapeutInnen	44
6.5 HeilpraktikerInnen für Psychotherapie	46
6.6 Psychosoziale Beratungsstellen	46
6.7 Soziotherapie	47
6.8 Ergotherapie	47
6.9 Psychiatrische Pflege und Ambulant Betreutes Wohnen	48
6.10 Selbsthilfegruppen	49
7. Stationäre/Teilstationäre Therapiemöglichkeiten	49
7.1 Psychiatrische Stationen im Allgemeinkrankenhaus und psychiatrische Fachkrankenhäuser	49
7.2 Psychotherapeutische/Psychosomatische Fachkliniken	50
7.3 Tageskliniken	50
7.4 Psychiatrische Institutsambulanzen	51

	Seite
8. Hilfen an der Hochschule und durch die Studentenwerke	52
8.1 Beauftragte der Hochschulen für die Belange chronisch kranker und behinderter Studierender	52
8.2 Nachteilsausgleiche	53
8.3 Psychologische Beratung	57
8.4 Sozialberatung	58
8.5 Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) des Deutschen Studentenwerks	60
8.6 Interessengemeinschaften behinderter Studierender	60
8.7 Allgemeine Studentenausschüsse der Hochschulen und Behindertenreferate	61
Literatur	62

1. Einleitung

Zahlreiche Untersuchungsergebnisse, Zahlen, Daten und Fakten belegen, dass psychische Erkrankungen in den letzten 25 Jahren stark zugenommen haben. Zwar ist aus epidemiologischer Sicht bisher nicht hinreichend bewiesen, dass es sich um eine tatsächliche Prävalenzsteigerung handelt, unbestritten sind jedoch die mittlerweile weite Verbreitung und Bedeutungszunahme in der Bevölkerung, das damit verbundene individuelle Leiden der Betroffenen und die Herausforderungen an das Versorgungssystem.

An den fast 400 Hochschulen in Deutschland studieren im WS 2013/2014 ca. 2,5 Millionen Studentinnen und Studenten. Sie sind in ähnlicher Weise wie die Gesamtbevölkerung von der großen Zunahme psychischen Erkrankungen betroffen. Hinsichtlich ihrer Hilfe- und Therapiemöglichkeiten ergeben sich jedoch einige Besonderheiten:

- Studierenden sind während ihres Studiums keine Beschäftigten der Hochschulen, d. h. sie können die für die Beschäftigten geltenden Arbeitnehmerschutzrechte nach den Personalvertretungsgesetzen, dem Arbeitssicherheitsgesetz oder die Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Berufsleben nach dem SGB IX nicht in Anspruch nehmen.
- Sozialversicherungsrechtlich ergeben sich ebenfalls einige Besonderheiten: Beispielsweise sind Ansprüche auf stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherungsträger von bestimmten Beitragszeiten abhängig, die Studierenden aufgrund ihres Status nicht nachweisen können und sie haben keinen Krankengeldanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hieraus resultieren u. a. veränderte Zuständigkeiten innerhalb des Sozialversicherungssystems.
- Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) ist durch ihre Unterzeichnung und Ratifizierung in Deutschland seit März 2009 verbindliche Grundlage für die staatliche Bildungspolitik, die Landeshochschulpolitik und die Hochschulen als Institutionen des öffentlichen Rechts. Der Aufbau und die Unterhaltung eines inklusiven Bildungssystems ist somit Pflicht für Deutschland. Da dies für jede Form einer studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung gilt, fordern besonders die starke Zunahme psychischer Erkrankungen die Hochschulen und die zuständigen politischen Akteure heraus.

Auf Bundes- und Landesebene sind Aktionspläne zur Umsetzung der UN-BRK entstanden. Ihr Ziel ist es, die Zahl der Studierenden mit Behinderungen zu erhöhen, in dem Hochschulen und ihre Angebote zunehmend barrierefrei ausgestaltet werden. Der Thüringer Maßnahmenplan enthält im Handlungsfeld Bildung Ziele der Landesregierung sowie konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der UN-BRK. Ziel des Freistaates ist es, ein flächendeckendes inklusives Bildungs- und Ausbildungssystem in Thüringen zu schaffen. Die Maßnahmen sollen „[...] weiterhin auf die Beseitigung und Verhinderung von Benachteiligung behinderter und chronisch kranker Studierender im Hochschulbereich hinwirken, um gleichwertige Studienbedingungen sicherzustellen. Ein Aspekt kommt hierbei der barrierefreien Gestaltung der Hochschulen

zu. Studierende mit Behinderung oder chronischer Krankheit sollen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der Hochschulen die Möglichkeit zur uneingeschränkten Teilnahme an allen bereitgestellten Angeboten erhalten und vorhandene Ressourcen vor Ort ebenso nutzen können wie Studierende ohne Behinderung.“ (Thüringer Ministerium für Soziales 2012, S. 23)

Auf diesem Hintergrund und in diesem Kontext entstand die vorliegende Broschüre. Sie wurde im Rahmen von Lehrveranstaltungen an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Erfurt zum Thema Inklusion konzipiert. Mit großem Engagement und fachlich versiert haben die Studentinnen Theresa Goldhammer, Tilla Masberg, Dorothee Rapp und Anna-Maria Zentgraf dieses Projekt mit gestaltet und die Broschüre mitverfasst.

Ein weiterer Dank geht an den Studierendenrat der FH Erfurt -besonders an dessen damaligen Sprecher Björn Schröter- für die Unterstützung der Umfrage unter den Studierenden. Weiterhin haben Andrea Herfert, Antje Römhild und Anne Gideon, Mitarbeiterinnen des vom Freistaat Thüringen geförderten Projektes „FH Erfurt-Hochschule der Inklusion“ sowie der Projektleiter Dr. Markus Rebstock und Prof. Dr. Matthias Gather vom Institut Verkehr und Raum der Fakultät Wirtschaft-Logistik-Verkehr, viel zur Erstellung der Broschüre beigetragen. Besonders der Vizepräsident der FH Erfurt, Prof. Dr. Ronald Lutz, unterstützt die Inklusionsaktivitäten mit großem Nachdruck. Die Broschüre will über psychische Erkrankungen informieren, Transparenz über die Hilfe- und Therapiemöglichkeiten und Nachteilsausgleiche herstellen und die betroffenen Studierenden motivieren und unterstützen, diese in Anspruch zu nehmen, damit sie Krisen bewältigen und ihr Studium erfolgreich abschließen können. Es versteht sich von selbst, dass sie keine professionelle Diagnostik und Behandlung ersetzen kann, sondern dazu ermutigen will.

Prof. Dr. Karl-Heinz Stange

Fachhochschule Erfurt
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Lehrgebiet Rehabilitation
Beauftragter der FH Erfurt für die Belange chronisch
kranker und behinderter Studierender

2. Psychische Beeinträchtigungen und Studium

2.1 Entwicklungstrends psychischer Erkrankungen

Es gibt Belege für eine stark steigende Zahl von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Auch wenn meist keine ausreichenden Informationen über die Dauer dieser Beeinträchtigungen vorliegen, könnten diese Daten Hinweise auf eine Zunahme längerfristiger psychischer Beeinträchtigungen sein. Die Schwerbehindertenstatistik weist für die Jahre 2005 bis 2011 einen ansteigenden Anteil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an allen schwerbehinderten Menschen aus. In absoluten Zahlen ausgedrückt, wird die Relevanz dieser Beeinträchtigungsart deutlich: Im Jahr 2011 hatten rund 500.000 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung eine psychische Beeinträchtigung. Gegenüber 2005 ist dies eine Zunahme um 42 Prozent.

Tabelle 1: Als schwerbehindert anerkannte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Art der Beeinträchtigung, 2005 bis 2011

Art der psychischen Beeinträchtigung	2005	2007	2009	2011	Differenz 2005 - 2011
körperlich nicht begründbare Psychosen (Schizophrenie, affektive Psychosen)	177.810	189.721	195.261	207.565	17%
Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	126.753	153.664	186.251	232.889	84%
Suchtkrankheiten	44.090	49.280	51.299	55.508	26%
Insgesamt	348.653	392.665	432.811	495.962	42%
Anteil an allen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung	5%	6%	6%	7%	

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Berlin, S. 382

Die Zahl der stationären Aufnahmen von PatientInnen mit psychischen oder Verhaltensstörungen ist zwischen 2000 und 2010 um 27 Prozent angestiegen. Dabei gab es einen besonders steilen Anstieg der Aufnahmen bei den unter 15-Jährigen (um 49 Prozent) sowie bei den 45- bis 64-Jährigen (um 39 Prozent). Ähnliche Entwicklungen sind auch bei stationären Aufnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu beobachten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, S. 382). Nahezu verdoppelt hat sich zudem die Zahl der Menschen, die aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen eine Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten. Inzwischen erfolgen fast 40 Prozent aller Renten-

neuzugänge betreffs Erwerbsminderung/Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Beeinträchtigungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013).

Auch der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage, die auf psychische Beeinträchtigungen entfallen, ist innerhalb der letzten Jahre deutlich angestiegen. Hinsichtlich des aktuellen Ausmaßes zeigen die Angaben großer gesetzlicher Krankenkassen eine hohe Übereinstimmung: Die Barmer GEK bezifferte den Anteil psychischer Beeinträchtigungen an allen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstagen 2011 auf 17,2 Prozent (Barmer GEK 2012), die DAK auf 13,4 Prozent (DAK 2012) und die BKK auf 12,8 Prozent (BKK Bundesverband 2012). Die AOK berichtete, dass die Zahl ihrer Versicherten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren, von 2004 bis 2012 um 40 Prozent gestiegen war (AOK 2012).

Dabei ist die Krankheitsdauer bei einer Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Beeinträchtigungen mit ca. 40 Tagen überdurchschnittlich lang. Innerhalb der letzten 30 Jahre hat sich der Anteil psychischer Beeinträchtigungen am Krankenstand mehr als verdreifacht. Ob Frauen tatsächlich stärker betroffen sind als Männer, ist zumindest zweifelhaft. Sie haben sozialisationsbedingt zwar den Vorteil, eher wegen psychischer Probleme Hilfe nachfragen zu können, Männer neigen dagegen jedoch stärker zu Somatisierungen wie Rückenschmerzen und Herzbeschwerden als Ausdruck von Kränkungen und Aggressionsunterdrückung (www.maennergesundheitsportal.de).

Bei Arbeitslosen zeigt sich im Vergleich zu Beschäftigten eine weit höhere Zahl und Dauer der Erkrankungen. Zudem bestehen erhebliche regionale Abweichungen. Dabei weisen die westdeutschen Bundesländer mit 13,1 Prozent einen höheren Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen auf als die ostdeutschen mit 10,9 Prozent (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, S. 383).

Zu den am weitesten verbreiteten psychischen Beeinträchtigungen zählen depressive Erkrankungen. Nach Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts haben aktuell zehn Prozent der 18-bis 79-jährigen Frauen sowie sechs Prozent der Männer eine depressive Erkrankung. Besonders häufig sind mit ca. 10 Prozent 18- bis 29-Jährige betroffen. Ein „Burn-out-Syndrom“ wurde bei insgesamt vier Prozent der Befragten diagnostiziert (Frauen 5 Prozent, Männer 3 Prozent). Hier sind es vor allem Menschen zwischen 50 bis 59 Jahren, die am häufigsten betroffen sind. Anders als bei anderen depressiven Erkrankungen steigt die Wahrscheinlichkeit einer „Burn-out“-Diagnose mit dem sozioökonomischen Status: Bei besser gebildeten und situierten Menschen wird die Diagnose mit sechs Prozent etwa doppelt so häufig gestellt wie bei Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status (Robert-Koch-Institut 2011, Kurth 2012, siehe hierzu auch Kapitel 3.2).

In der bundesweiten Referenzstudie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS) wurden bei etwa 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten festgestellt. Dabei sind Jungen mit 18 Prozent deutlich stärker betroffen als Mädchen mit 12 Prozent (Robert-Koch-Institut 2008). Ein besonderes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst psychische Beeinträchtigungen zu entwickeln, tragen Kinder und Jugendliche, die bei Eltern mit psychischen Beeinträchtigungen aufwachsen. Die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter ist gegenüber der Normalbevölkerung um das Vierfache erhöht. Schätzungen gehen von

etwa zwei bis drei Millionen Kindern aus, bei denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist (Mettejat/Remschmidt 2008).

Neben Alter, Geschlecht und Region scheint ein Migrationshintergrund von Bedeutung zu sein: Untersuchungen deuten auf eine erhöhte Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen unter Menschen mit Migrationshintergrund hin. Eine Gruppe mit großen Risiken für die psychische Gesundheit sind insbesondere Menschen mit Flucht- und Vertreibungserfahrungen (Robert-Koch-Institut 2008).

Die Zunahme psychischer Befindlichkeitsstörungen wird, neben der biologischen/körpermedizinischen (schulmedizinischen) Annahme einer Störung der Neurotransmittersituation im Gehirn und einer genetischen Vererbungs-/Veranlagungshypothese, auch mit biopsychosozialen Entstehungsmodellen erklärt: Gesellschaftliche Risikofaktoren (beispielsweise Arbeitsverdichtung oder soziale Isolation) und die Verringerung von Schutzfaktoren (beispielsweise Bindungsstörungen in den Familien) begünstigen hiernach die Entwicklung psychischer Krankheiten (Jacobi 2009).

Neben ihrer unbestritten weiten Verbreitung und Bedeutungszunahme ist eine tatsächliche Prävalenzsteigerung psychischer Erkrankungen wissenschaftlich bisher nicht hinreichend belegt (Jacobi 2009, Wittchen 2013). Arbeitsunfähigkeitsdaten sind lediglich ein Indikator zur Bestimmung der Morbidität der Bevölkerung. Es wird angenommen, dass die Daten zur Verbreitung psychischer Krankheiten heute besser dokumentiert sind. Weiterhin handelt es sich bei der Veränderung der Arbeitsunfähigkeitsdaten um eine Verlagerung der Diagnosestellung, Differenzierung des Diagnosespektrums und einer Zunahme der Sensibilität seitens der Ärzte und Patienten gegenüber diesem Thema (DAK 2013, S. 52ff.). Bei der Zunahme von Diagnosestellungen psychischer Erkrankungen können also auch eine gestiegene Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Krankheiten eine Rolle spielen. Möglicherweise kommt es auch zu einer Verschiebung von Diagnosen: Während die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen in den letzten Jahren angestiegen sind, ist bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ein Rückgang zu erkennen.

2.2 Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen

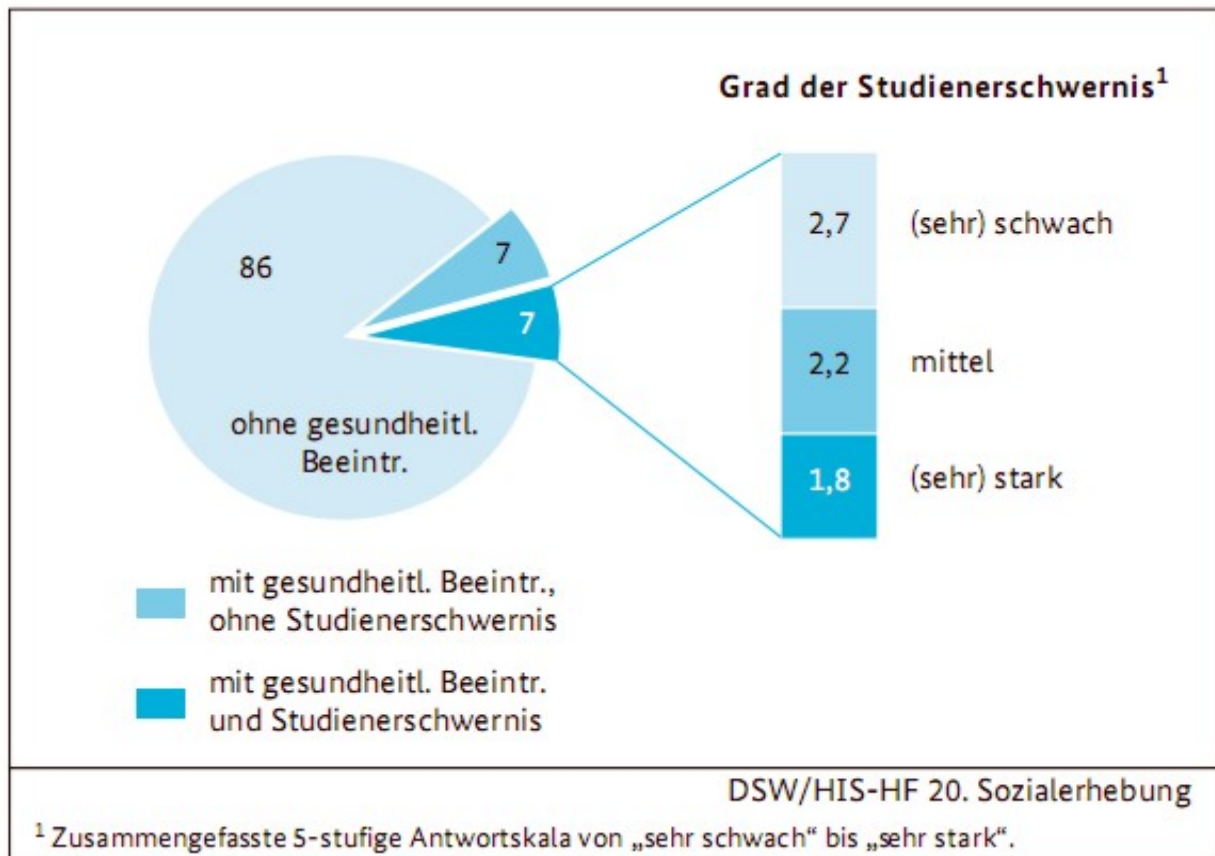
Die UN-BRK verpflichtet die Bundesregierung auch zur Erhebung statistischer Daten über die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung. Ziel dieser Verpflichtung ist die Schaffung einer Datengrundlage als Voraussetzung für die gesetzliche Umsetzung der UN-BRK. Darüber hinaus dienen die Daten zur Berichterstattung der Bundesregierung gegenüber den Vereinten Nationen über die Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Die Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks sind ein Bestandteil dieser Berichterstattung.

Die Erfassung gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Sozialerhebung beruht auf der Selbstausskunft der Studierenden, d. h. darüber was sie durch ärztliche Befunde, entsprechende Behandlung und durch Informationen über ihren Gesundheitszustand erfahren haben. Die Betroffenen geben anhand ihrer Selbstwahrnehmung und Erfahrungen an, ob und wie stark sie durch ihre gesundheitliche Beeinträchtigung im Stu-

dium beeinträchtigt sind. Die Teilhabeinschränkung wird dementsprechend ausschließlich auf Beeinträchtigungen im Studium bezogen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, 2013, S. 452).

Im Sommersemester 2012 hatten sieben Prozent der Studierenden eine studienerschwerende Gesundheitsbeeinträchtigung:

Abb. 1: Anteil Studierender mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und Grad der Studienschwernis in Prozent

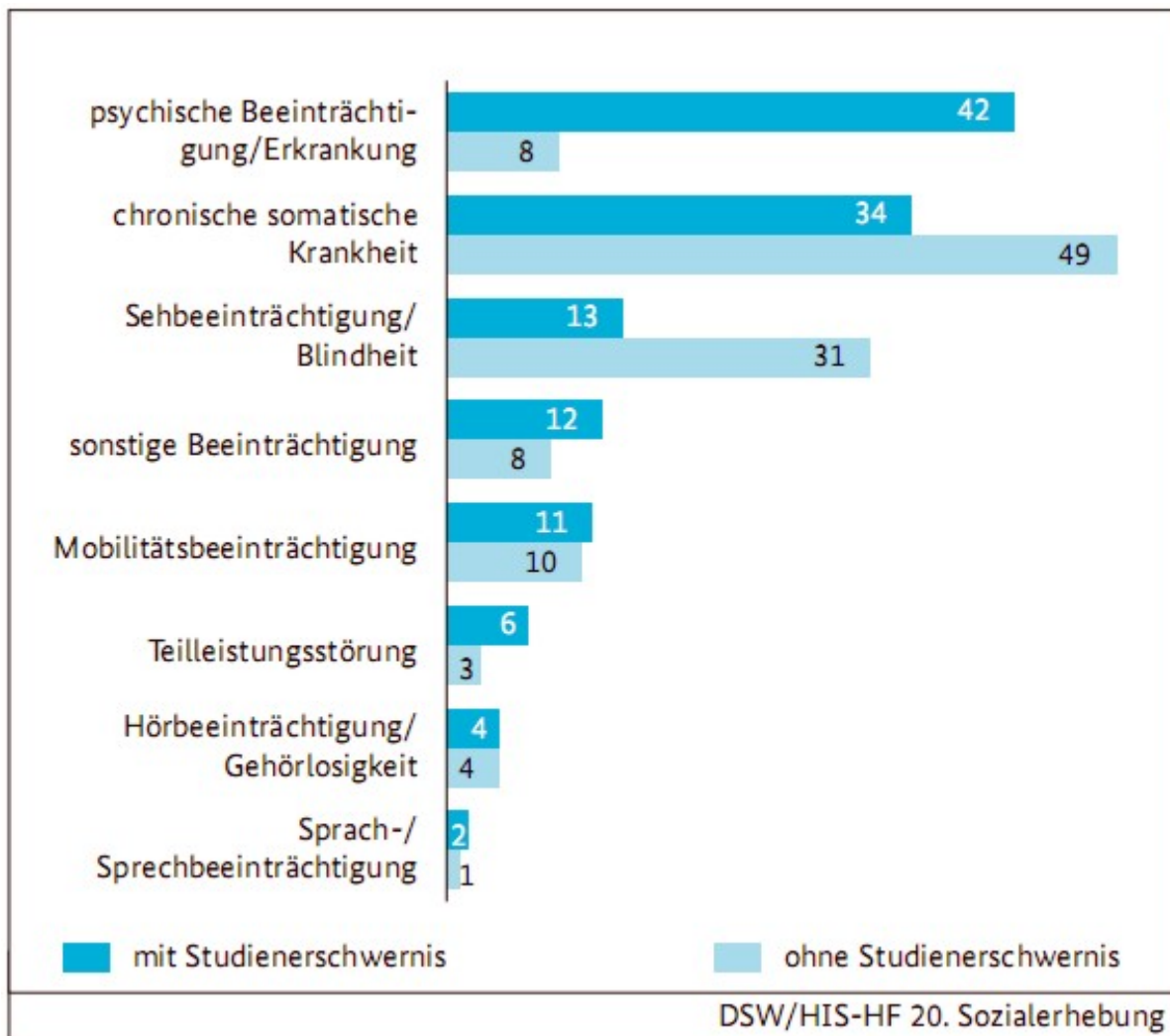


Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Berlin, S. 453

Zusätzlich zu den Studierenden mit einer studienrelevanten Beeinträchtigung haben weitere sieben Prozent der Studierenden eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die ohne Folgen für das Studium bleibt. Ihre Beeinträchtigungen sind entsprechend schwach und/oder die Bedingungen ihres Studiums ermöglichen eine Kompensation ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung und sorgen somit für eine erfolgreiche Inklusion dieser Studierenden ins Studium.

Vier von fünf Studierenden mit einer studienerschwerenden Gesundheitsbeeinträchtigung (80 %) geben eine einzelne Art der Beeinträchtigung an. Die übrigen sind zum größten Teil auf zweifache Weise beeinträchtigt (17 %), während drei bis maximal fünf verschiedene Beeinträchtigungen nur bei wenigen gesundheitlich Beeinträchtigten vorliegen (3 %).

Abb. 2: Form der gesundheitlichen Beeinträchtigung, Studierende mit gesundheitlicher Beeinträchtigung in Prozent (Mehrfachnennungen möglich)

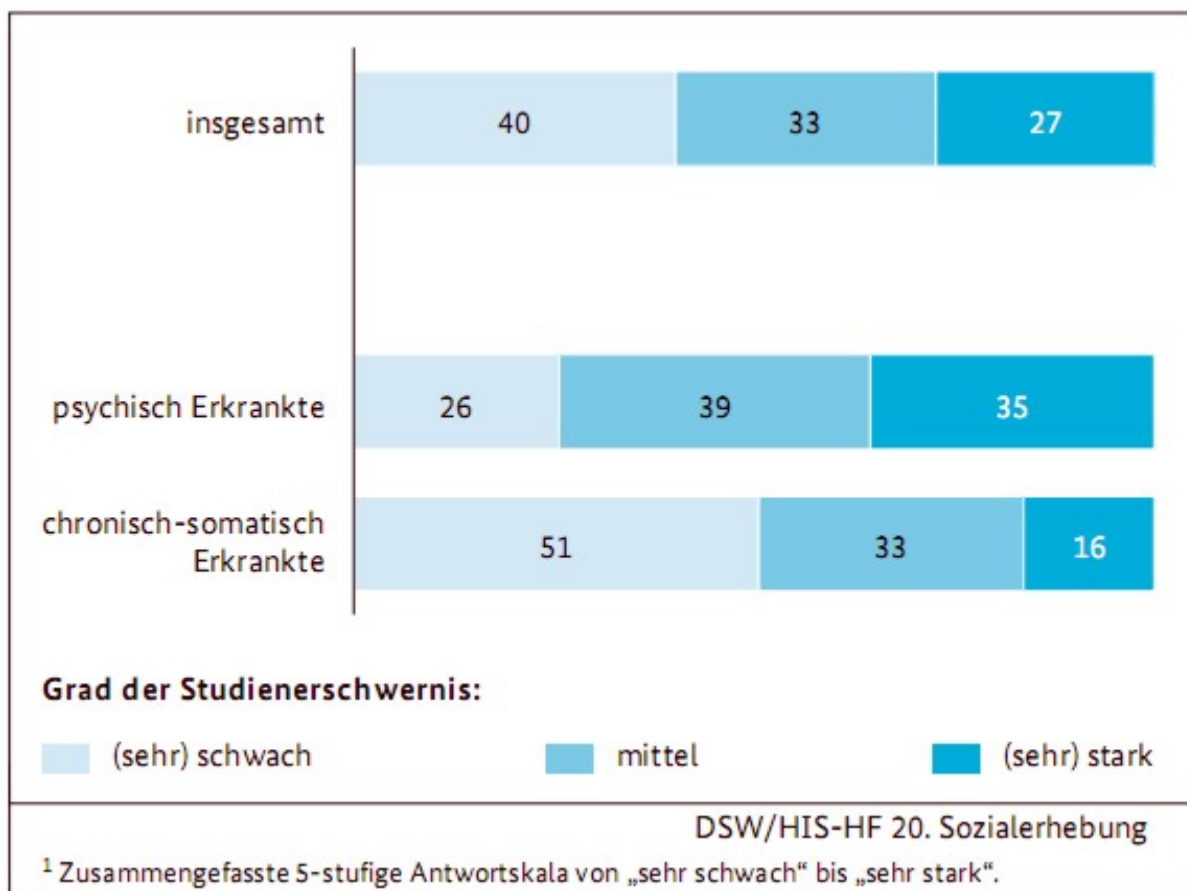


Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Berlin, S. 455

Mehr als zwei Fünftel (42 %) der studienrelevant Beeinträchtigten leiden unter einer psychischen Erkrankung. Jede(r) Dritte (34 %) hat eine chronische somatische Krankheit. Eine Sehbeeinträchtigung/Blindheit liegt bei jedem achten Studierenden mit studienerschwerender Beeinträchtigung vor (13 %). Zu ähnlich großen Anteilen treten sonstige Beeinträchtigungen (12 %) sowie Mobilitäts- und Bewegungsbeeinträchtigungen (11 %) auf. Vergleichsweise wenige Studierende mit studienerschwerender Beeinträchtigung haben eine Teilleistungsstörung (6 %), eine Hörbeeinträchtigung/Gehörlosigkeit (4 %) oder eine Sprach-/Sprechbeeinträchtigung (2 %).

Bezogen auf die Gesamtheit der studienerschwert Beeinträchtigten ist festzustellen, dass drei Fünftel von ihnen (60 %) mindestens eine mittlere Studienschwierigkeit haben. Jeder vierte beeinträchtigte Studierende (27 %) ist (sehr) stark im Studium eingeschränkt:

Abb. 3: Grad der Studienschwernis insgesamt und nach ausgewählten Beeinträchtigungsformen in Prozent (zusammenfassende Antwortskala)



Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013): 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Berlin, S. 456

Der Grad der Studienschwernis hängt auch mit der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung zusammen: Psychisch Erkrankte sind anteilig mehr als doppelt so häufig wie Studierende mit einer chronischen somatischen Krankheit (sehr) stark im Studium eingeschränkt (35 % vs. 16 %).

Studentinnen haben zu ähnlichen Anteilen wie Studenten eine studienrelevante Gesundheitsbeeinträchtigung (sieben bzw. sechs Prozent). Bei beiden Geschlechtern sind psychische Erkrankungen die häufigste Art studienerschwerender Gesundheitsbeeinträchtigungen. Frauen haben nach ihrer Auskunft jedoch häufiger eine psychische Erkrankung als Männer (46 % vs. 37 %). Auch chronisch-somatische Krankheiten sind mit 37 % vs. 31 % stärker verbreitet. Zudem fällt die Studienschwernis bei den studienrelevant beeinträchtigten Studentinnen stärker aus als bei den Studenten: Fast zwei Drittel der weiblichen Beeinträchtigten (64 %) haben eine mittlere bis (sehr) starke Studienschwernis, unter den Männern gilt dies hingegen für 56 Prozent.

Auf dem Hintergrund dieser bereits seit einigen Jahren bekannten Entwicklung ließ das Deutsche Studentenwerk 2011 eine repräsentative Studie „Beeinträchtigt studieren“ (best-Studie) durchführen, um weitergehende Informationen zur Situation von

Studierenden mit studienrelevanten Gesundheitsbeeinträchtigungen zu bekommen (Deutsches Studentenwerk 2012). Die Daten der best-Studie zeigten folgenden Arten der Beeinträchtigungen:

Tab. 2: Arten der Beeinträchtigungen

Kurzbezeichnung	Frauen	Männer	Gesamt
Bewegung	3%	5%	4%
Hören / Sprechen	3%	4%	3%
Sehen	5%	6%	5%
Psychisch	47%	42%	45%
Chronisch-somatisch	20%	19%	20%
Teilleistungsstörung	4%	7%	6%
Sonstige	4%	5%	5%
Psychisch und chronisch	4%	3%	3%
Mehrfach	10%	10%	10%
Summe	100%	100%	100%

Quelle: Deutsches Studentenwerk 2012, S. 21

Mit 45 % litten dabei knapp die Hälfte der befragten Studierenden an psychischen Erkrankungen, gefolgt von somatischen Erkrankungen (20 %) und Mehrfachbeeinträchtigungen (13 %). Auf den ersten Blick ist das oft nicht erkennbar: 94 % der Betroffenen gaben an, dass ihnen ihre Beeinträchtigung nicht anzusehen sei. Die best-Studie ergab, dass in einem Viertel der Fälle die Erkrankung während des Studiums auftrat.

Mehr als die Hälfte der befragten Studierenden nannten sehr starke und starke Auswirkungen ihrer Handicaps auf das Studium:

Tab. 3: Ausmaß beeinträchtigungsbedingter Studienschwierigkeiten

	Sehr stark	stark	mittel	schwach	Summe
Bewegung	15%	27%	34%	24%	100%
Hören / Sprechen	19%	29%	37%	15%	100%
Sehen	10%	25%	34%	31%	100%
Psychisch	29%	39%	27%	5%	100%
Chronisch-somatisch	20%	29%	35%	17%	100%
Teilleistungsstörung	13%	28%	41%	19%	100%
Sonstige	13%	31%	41%	14%	100%
Psychisch und chronisch	36%	44%	18%	2%	100%
Mehrfach	35%	36%	26%	4%	100%
Gesamt	24%	35%	31%	11%	100%

Quelle: Deutsches Studentenwerk 2012, S. 23

Bei einer gesonderten Betrachtung der Befragten mit psychischen Erkrankungen wird deutlich, dass die erkrankten Studierenden überdurchschnittlich häufig von Depressionen (80 %), Angst- (38 %) oder Essstörungen (18 %) betroffen sind. Gleichzeitig steigt die Häufigkeit dieser Erkrankungen mit der Größe der Hochschule und des Hochschulorts an (Deutsches Studentenwerk 2012, S. 47f.). Auch eine Umfrage unter psychologischen BeraterInnen der Studentenwerke ergab einen um 20 % gestiegenen Bedarf an psychologischen Beratungsangeboten an den Hochschulen (Kramer/Langhoff 2012, Rückert 2011).

Die Umstellung der Studienstruktur und der Studienabschlüsse auf BA und MA wirkt sich zumindest bisher überwiegend negativ auf Arbeitsbelastung und Zufriedenheit der Studierenden aus. Ein größerer Druck bei den Leistungsanforderungen im Studienalltag, geringere Möglichkeiten einer flexiblen und selbstbestimmten Studienplanung und Unsicherheiten in Bezug auf die Zukunftsplanung führen zu einer sinkenden Studierendenzufriedenheit. So erhöhte sich auch das Risiko psychischer Erkrankungen (Spiegel online 26.02.2012; 29.05.2013; 30.05.2013; Rückert 2011). Außerdem vergrößerte sich die Orientierungslosigkeit hinsichtlich der Lebens- und Studienplanung insbesondere durch die Verkürzung der Schulzeiten, einen früheren Studienbeginn und einer fehlenden institutionellen Unterstützung durch die Hochschulen (Heine 2011).

Psychische und psychosomatische Symptome bei Studierenden können demnach Reaktionen auf Belastungssituationen in Studium und Alltag (z.B. vor Prüfungen oder bei privaten Konflikten) sein. In dieser Zeit können bei den Studierenden akute Beeinträchtigungen im Studienverlauf auftreten. In Abhängigkeit von den Bewältigungsressourcen der betroffenen Studierenden und den Unterstützungsangeboten der Hochschule, kann eine solche Belastungssituation vorübergehend sein oder aber im Zusammenspiel mit persönlicher Vulnerabilität zu einer Manifestation einer psychischen Störung führen. Häufig sind längere Studienzeiten bzw. ein vorzeitiger Studienabbruch oder Studienfachwechsel.

Die Mehrzahl der Befragten (76 %) nahm bereits mit einer Erkrankung/Behinderung ihr Studium auf. Wie bereits erwähnt, entstehen ein Viertel der studienerschwerenden Beeinträchtigungen somit erst während des Studiums. Besonders häufig ist dies bei psychischen und Mehrfachbeeinträchtigungen der Fall (Deutsches Studentenwerk 2012, S. 28). Es ist daher davon auszugehen, dass viele der betroffenen Studierenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits bei ihrer Studienwahl in ihren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt sind.

Während des Studiums ergeben sich Studienerschwernisse insbesondere aus den organisatorischen (70 %) und zeitlichen Vorgaben des Studiengangs (61 %), sowie aus den Anforderungen von Lehr- und Prüfungssituationen (63 %). Rund ein Viertel der Befragten gaben fehlende Ruhe-/und Rückzugsräume als bauliche Barrieren der Hochschulen an. Weiterhin bestehen Bedarfe zur Barrierefreiheit für mobilitäts- (6%) und sinnesbeeinträchtigte (Hören 7 %, Sehen 5 %) Studierende.

Hinsichtlich der krankheitsspezifischen Unterstützungsangebote wurde neben Studienassistenzen (9 %) häufig ein nicht gedeckter Bedarf nach einer Psychologischen Beratungsstelle (26 %) und fehlende Angebote der Mensen und Cafeterien (16 %) betreffs gesundheitsgerechter Ernährung genannt. Weiterhin ergeben sich aus einer

gesundheitlichen Beeinträchtigung für die befragten Studierenden meist beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten. Auch der erste Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-BRK (BRK-Allianz 2013, S. 48f.) bestätigt, dass Barrierefreiheit, Nachteilsausgleiche und Unterstützungsangebote für Studierende mit Behinderungen von den Hochschulen noch nicht ausreichend gewährt werden.

Bei den Studierenschwernissen zeigt sich der hohe Anteil der krankheitsbedingten Studienbeeinträchtigungen der Befragten und der sich hieraus ergebende Bedarf an Unterstützungs- und Beratungsangeboten und Barrierefreiheit insbesondere für Studierende mit psychischen Erkrankungen (Herfert/Römhild 2013). Die Veröffentlichung von psychischen Krankheiten ist für die Betroffenen oft mit Stigmatisierungsrisiken verbunden. So entwickeln viele Studierende mit psychischen Problemen Strategien, um ihre Beeinträchtigung zu verbergen. Das führt aber auch dazu, dass viele der betroffenen Studierenden aus Angst vor dem Bekanntwerden ihrer Erkrankung Angebote der psychosozialen oder psychologischen Beratungsstellen der Studentenwerke oder der Hochschulen bzw. ihre rechtlichen Ansprüche auf Nachteilsausgleiche nicht wahrnehmen.

Dem gegenüber werden Nachteilsausgleiche im Studium trotz starker bis sehr starker Beeinträchtigungen nur von etwa einem Drittel (30 %) der Studierenden in Anspruch genommen. Auch Beratungsangebote werden laut der best-Studie von nur 25 % der Betroffenen genutzt. Als Gründe für die geringe Nutzung von Nachteilsausgleichen und Beratung werden am häufigsten fehlende Informationen darüber und der Wunsch, dass die Beeinträchtigung nicht bekannt wird, genannt. Insbesondere gilt letzteres für Studierende mit psychischen Beeinträchtigungen, von denen 62 % aus diesem Grund auf Beratungsangebote verzichten (Deutsches Studentenwerk 2012, S. 91, 159 ff.).

Die Ergebnisse der Best-Studie machen deutlich: Die beeinträchtigungsbedingten Erschwernisse und Barrieren im Studienalltag werden an vielen Hochschulen bei weitem nicht durch ausgleichende Strukturen und Regelungen kompensiert. Hieraus lässt sich ein dringender Handlungsbedarf für die Hochschulen zur Verbesserung der Studienbedingungen und Barrierefreiheit vor dem Hintergrund der UN-BRK ableiten.

Tipps zum Weiterlesen:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2013): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2012, Berlin

Diel, Irena/Ute Sonntag/Nadine Hohmann (2009): Psychische Gesundheit und gesundheitsfördernde Hochschulen, Hamburg

Deutsches Studentenwerk (2012): Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit, Berlin

Kramer, Julia/Thomas Langhoff (2012): Die Arbeits- und Lebensbedingungen der jungen Generation, Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 260, Düsseldorf

www.best-umfrage.de

www.studentenwerke.de/behinderung

2.3 Zur Situation an der Fachhochschule Erfurt

Im Rahmen der best-Studie wurde die Möglichkeit einer hochschulspezifischen Sonderauswertung angeboten. Die Fachhochschule Erfurt hat dies genutzt. Obwohl die Datenbasis mit 95 TeilnehmerInnen relativ schmal und nicht repräsentativ ist, zeigten sich dennoch einige wichtige Trends, die zumindest mit den Bundesdurchschnittswerten verglichen werden können. In der folgenden Tabelle werden zunächst die Arten der Beeinträchtigungen gezeigt:

Tab. 4: Arten der Beeinträchtigungen an der FH Erfurt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Art der Beeinträchtigung	FH Erfurt	Alle Studierenden mit Beeinträchtigung
Bewegungs-/ Mobilitätsbeeinträchtigung	2,7%	3,7%
Hör-/Sprechbeeinträchtigung	3,5%	3,4%
Sehbeeinträchtigung	8,7%	5,2%
Psychische Beeinträchtigung	33,9%	44,5%
Chronisch-somatische Erkrankung	20,4%	19,5%
Teilleistungsstörung	8,2%	5,5%
Sonstige Beeinträchtigung	5,7%	4,8%
Mehrfach: psychische und chronische Erkrankung	1,7%	3,5%
Andere Mehrfachbeeinträchtigung	15,2%	9,8%

Quelle: Zaussinger et. al 2013, S. 7, Gideon/Römhild 2013

Die grün hinterlegten Rubriken verdeutlichen die unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Angaben, die rot hinterlegten Rubriken die darüber liegenden Nennungen. Eine besondere Herausforderung ist auch an der FH Erfurt der hohe Anteil an psychischen Beeinträchtigungen (33,9 %) und der chronisch-somatischen Erkrankungen (20,4 %).

Nach der Sonderauswertung der best-Studie schätzten 41,7 % der teilnehmenden Studierenden der FH Erfurt die studienbeeinträchtigenden Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Handicaps als sehr stark und stark ein. Dieser Wert liegt unter dem Bundesdurchschnitt von ca. 50 % (Zaussinger et. al. 2013). Ein Überblick über die infrastrukturelle Barrieren und sonstigen Teilhabesituationen der Studierenden mit studienbeeinträchtigenden Gesundheitsproblemen zeigt, dass die Angaben der Studierenden der FH Erfurt dem Bundesdurchschnitt ähneln. Dies bezieht sich sowohl auf die Studienwahl wie auch die Schwierigkeiten bei der Studiendurchführung, dem Bedarf an physikalischer Barrierefreiheit, dem Bedarf an Begleit- und Beratungsangeboten und Schwierigkeiten bei der Studienfinanzierung.

In der Sonderauswertung der best-Studie wird jedoch auch deutlich, dass es sich bei einem Großteil der Studierschwernisse um phasenweise Überforderungen, vor allem in Prüfungssituationen, handelt. Eine besondere Belastung ergibt sich hierbei

für die Studierenden der FH Erfurt aus dem Zeitdruck sowie durch die Anzahl der Prüfungen (Zaussinger et. al 2013, Gideon 2013, Stange/Uhlig 2013).

Tab. 5: Beeinträchtigungsbedingte Studienschwernisse von Studierenden der FH Erfurt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Beeinträchtigungsbedingte Studienschwernisse	Bund Anteil in Prozent	Erfurt Anteil in Prozent
Beeinflussung der Studienwahl	67	71,1
Schwierigkeiten bei der Studiendurchführung		
Zeitliche Vorgaben des Studiengangs	70	64,3
Organisatorische Vorgaben	61	60,9
Lehr- und Prüfungssituation	63	62,9
Praktika und Exkursionen	17	9,5
Bedarf an Barrierefreiheit von Gebäuden		
Bauliche Grundausstattung	6	2,4
Orientierungshilfen	5	2,4
Hörverhältnisse/Akustik	7	6,2
Ruhe-/Rückzugsräume	25	18,9
Belüftungsbedingungen in Lehrveranstaltungen	8	11,5
Bedarf an Begleit- und Beratungsangeboten		
Studienassistenz	9	10,8
Kommunikationsassistenz	1	0,9
Textumsetzungsdienst	2	2,2
Barrierefreiheit im Internet	4	1,7
Angebot Mensen/Cafeterien	16	9,5
Psychologische Beratung	33	22,7
Schwierigkeiten bei der Studienfinanzierung		
Beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten/ Studium	9	6,6
Beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten/ Lebensunterhalt	67	66,6
Beeinträchtigungsbedingte Zusatzkosten für Studium und Lebensunterhalt	71,3	71,4

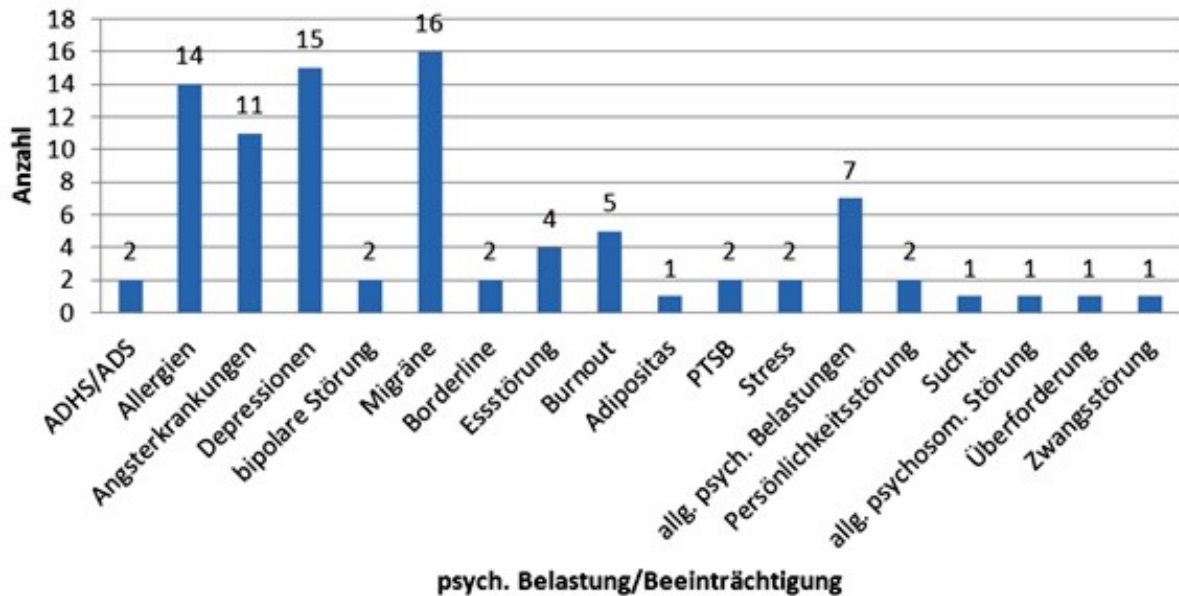
Quelle: Zaussinger et. al 2013, Gideon/Römhild 2013

Im Rahmen der Inklusionsaktivitäten der FH Erfurt wurde zum Jahreswechsel 2012/2013 mit einem standardisierten Fragebogen eine Online-Befragung der Studierenden zu ihrer gesundheitlichen Situation durchgeführt (Stange/Uhlig 2013). An dieser Studie nahmen 438 Studierende mit und ohne Beeinträchtigungen teil. Dies ergab eine Rücklaufquote von ca. zehn Prozent. Diese relativ geringe Anzahl war sicher wesentlich einer schlecht vorhersehbaren Prüfungskumulation zum Befragungszeitpunkt geschuldet. Die „Momentaufnahme“ der Befragung ist mathematisch zwar ebenfalls nicht repräsentativ, ermöglicht aber dennoch das Erkennen von Trends sowie u. a. eine Differenzierung einzelner Fachbereiche.

Zu den körperlichen Handicaps gab es 18 Nennungen (Rollstuhlpflichtigkeit, Schilddrüsenerkrankungen, Herzerkrankungen), zu den Sinnesbehinderungen 11 Nennungen (Seh- und Hörbehinderung) und bei den Teilleistungsstörungen sechs Nennungen zu Legasthenie. Unter Sonstiges gab es 11 Nennungen (Schmerzen, Hals- und

Kehlkopfentzündungen und Inkontinenz). Bei den psychischen Beeinträchtigungen gab es 73 Nennungen, die wie folgt zusammengefasst werden konnten:

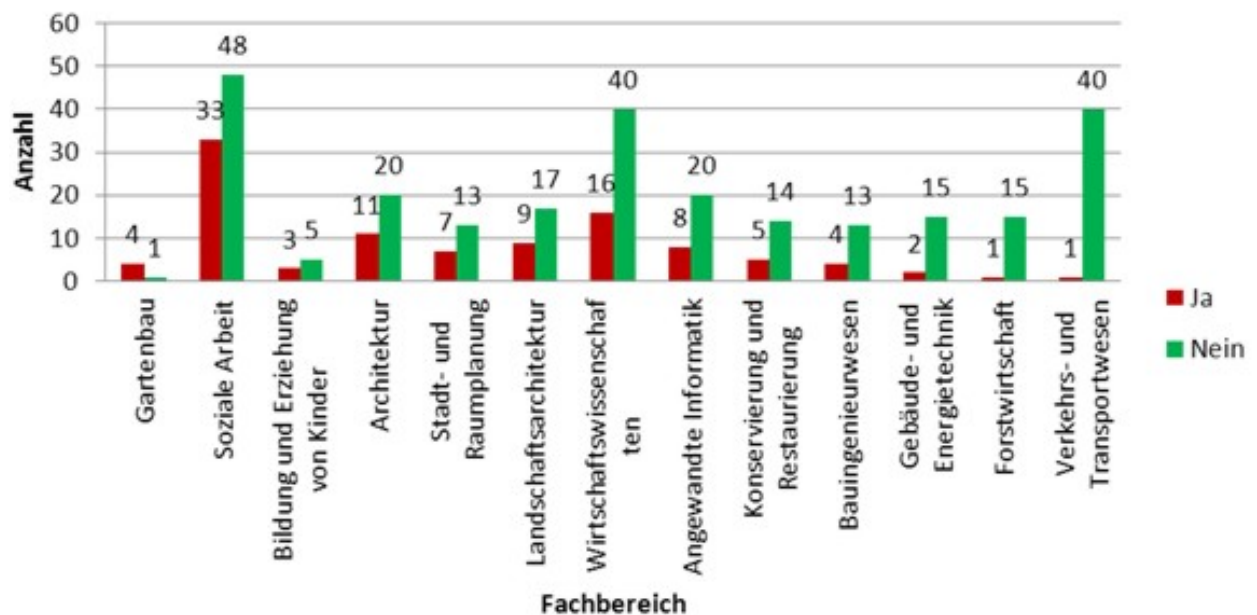
Abb. 4: Psychische Beeinträchtigungen Studierender der FH Erfurt



Quelle: Stange/Uhlig 2013

Hinsichtlich der der Verteilung der Beeinträchtigungsarten in den Studienfächern und Fachbereichen zeigte sich eine Häufung in den Studiengängen Soziale Arbeit und in den Wirtschaftswissenschaften, deren Hintergründen nachgegangen werden sollte:

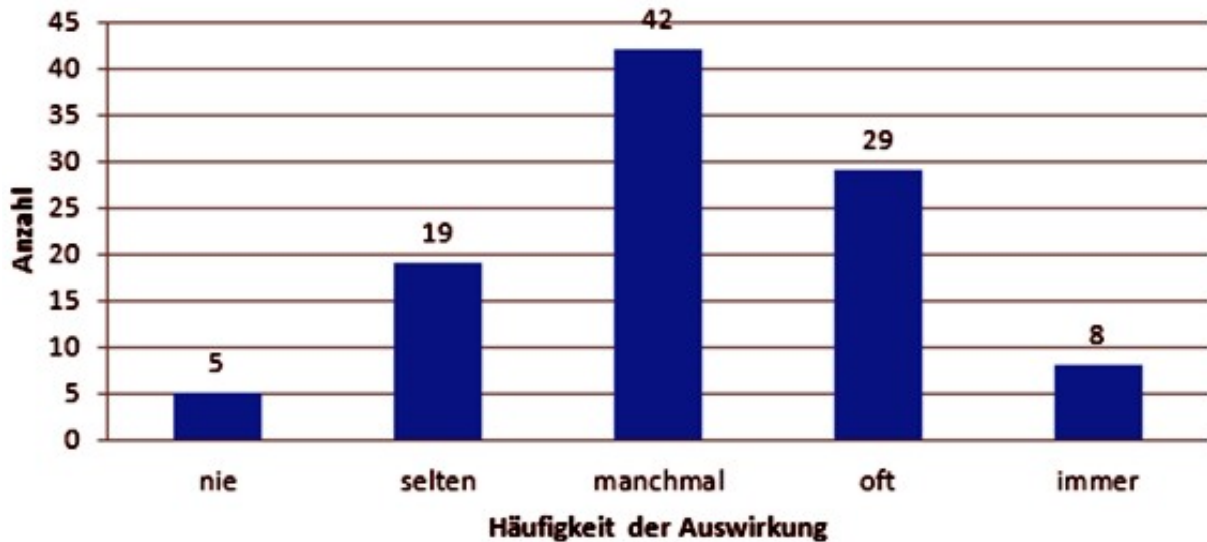
Abb. 5: Häufigkeitsverteilung studienrelevanter Gesundheitsbeeinträchtigungen nach Studiengängen und Fachbereichen



Quelle: Stange/Uhlig 2013

Die genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirkten sich nach den Angaben der Befragten in 79 Fällen manchmal, oft oder immer auf das Studium aus:

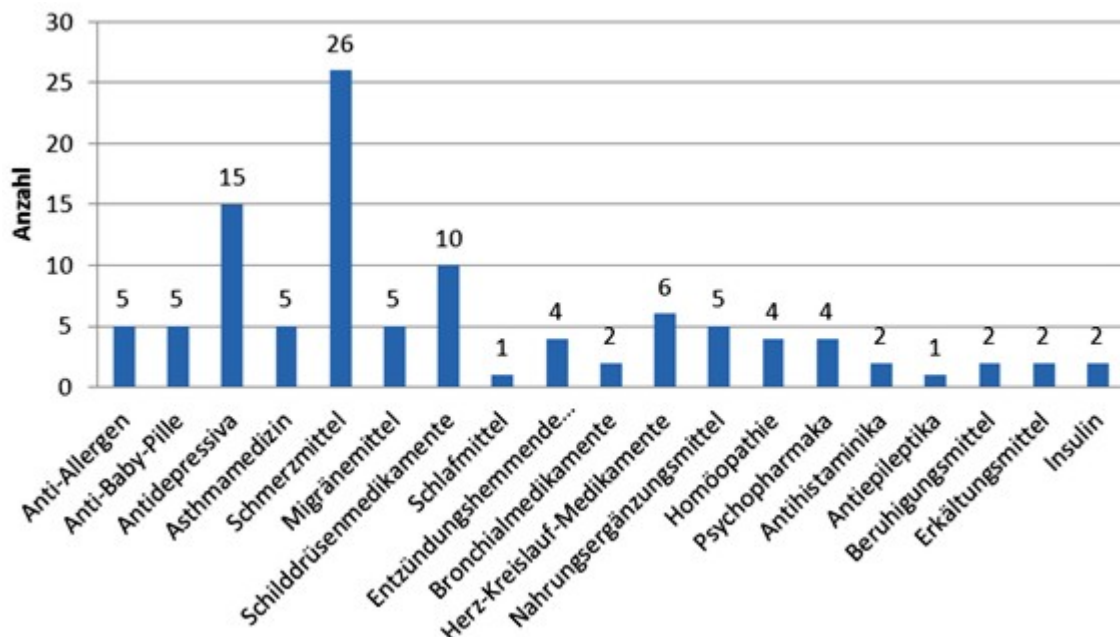
Abb. 6: Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf das Studium



Quelle: Stange/Uhlig 2013

In 39 Fällen gaben die befragten Studierenden an bei Körperärzten in Behandlung zu sein, 35 Studierende befanden sich in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung und fünf Studierende besuchten regelmäßig krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen. Auffällig war der relativ hohe Anteil von Studierenden, die regelmäßig Schmerzmittel einnehmen:

Abb. 7: Medikamenteneinnahme

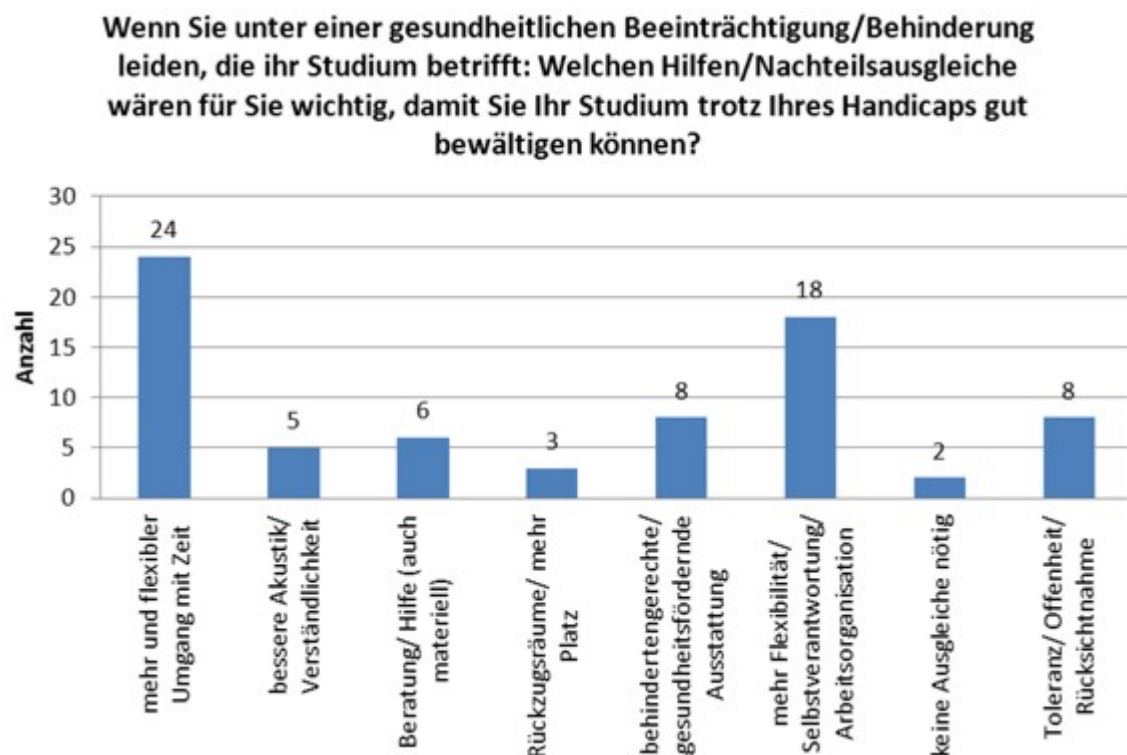


Quelle: Stange/Uhlig 2013

Es gab Hinweise darauf, dass der Anteil von Studierenden mit chronischer Krankheit und Behinderung mit zunehmendem Alter und zunehmenden Fachsemester ansteigt. Die betroffenen Studierenden benötigen offenbar einen längeren Zeitraum für ihr Studium. Anteilig gaben mehr Studentinnen (35 %) als Studenten (21 %) an durch eine chronische Erkrankung oder Behinderung unter Beeinträchtigungen im Studium zu leiden.

Ein zentrales Ergebnis der Befragung war die Frage nach den von den Studierenden gewünschten Hilfen und Nachteilsausgleichen, um das Studium trotz des gesundheitlichen Handicaps gut bewältigen zu können.

Abb. 8: Wünsche nach Hilfen und Nachteilsausgleiche



Quelle: Stange/Uhlig 2013

Auffällig sind bei den Nennungen die beiden großen Gruppen „flexibler Umgang mit Zeit“ und „mehr Flexibilität bei der selbstverantwortlichen Arbeitsorganisation“. Der durch die Studienstruktur implizierte Zeitdruck macht besonders kranken und behinderten Studierenden zu schaffen. Dies spiegelt sich auch in den Vorschlägen, die sich auf längere Pausen, Prüfungszeiträume etc. beziehen, wider. Gewünscht wurden weiterhin mehr Lehrveranstaltungen in der Form von E-Learning oder ähnliches anzubieten, um bei krankheitsbedingten Fehlzeiten und Präsenzschwierigkeiten nicht in Nachteile zu kommen.

Die Ergebnisse zur Eruierung der Situation der gesundheitlich beeinträchtigten Studierenden der FH Erfurt deuten einige Problemschwerpunkte an, auf die sich zukünftige Inklusionsstrategien und Maßnahmen des im Projekt "FH Erfurt-Hochschule der Inklusion" erarbeiteten Aktionsplans beziehen sollten.

3. Was versteht man unter ... ?

In diesem Kapitel kann natürlich nur auf einige psychische Erkrankungen eingegangen werden. Daher beziehen sich die Tipps zum Weiterlesen auf Übersichtsquellen, in denen Sie sich über weitere Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfeeinitiativen informieren können.

Tipps zum Weiterlesen:

Dörner, Klaus et. Al. (2013): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 22. Auflage, Bonn

Gabbard, Glen O. (2010): Psychodynamische Psychiatrie. Ein Lehrbuch, Gießen

Trost, Alexander/ Wolfgang Schwarzer (Hg.) (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe, 5. Auflage, Dortmund

www.bapk.de (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker)

www. bpe-online.de (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener)

www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)

3.1 Angstkrankheiten und Phobien

Allen Angstkrankheiten und Phobien ist gemeinsam, dass die Betroffenen übermäßig starke Ängste haben vor Dingen, Gegenständen, sozialen Situationen, Tieren oder Personen, vor denen Nichtbetroffene keine oder kaum Angst oder Furcht empfinden. Angstkrankheiten und Phobien entstehen meist aufgrund nicht hinreichend verarbeiteter Lebensereignisse und Konflikten, die bis in die Kindheit zurückreichen können oder aufgrund von erlerntem Fehlverhalten. Es gibt vielfältige Ängste und Phobien, die vereinfacht in drei Gruppen zusammengefasst werden können:

Panikattacken:

Hiermit sind spontan auftretende „Angstanfälle“ gemeint, die nicht auf ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation bezogen sind. Sie können prinzipiell überall auftreten und beginnen in der Regel plötzlich. Die Panikattacken können ca. 20 Minuten andauern und werden meist von starken Existenz- und Todesängsten begleitet. Die Körpersymptome können sich in Herzrasen, Erstickungsgefühlen, Brustschmerz, Schwindel etc. äußern. Die Angst zu sterben, die Angst vor Kontrollverlust oder die Angst wahnsinnig zu werden, führen nicht selten dazu notärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen

Generalisierte Angststörung:

Von einer generalisierten Angststörung spricht man, wenn die Betroffenen von „morgens bis abends“ unter diffusen Ängsten leiden, d. h. nicht genau sagen können wo vor sie eigentlich Angst haben. Die Angst ist also nicht objekt- oder situationsbezogen, daher die Bezeichnung Generalisierte Angststörung. Sie wird ebenfalls oft von somatischen Symptomen wie erhöhtem Puls, Schwindel, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Beklemmungsbeschwerden, Brustschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall etc. begleitet bzw. dominiert.

Phobien:

Es gibt eine Vielzahl von Phobien, die Angst bezieht sich hier auf ein spezifisches Objekt oder eine Situation, wie beispielsweise:

Agoraphobie: Furcht vor öffentlichen Plätzen oder Menschenmengen, in schwereren Fällen können allein keine Reisen unternommen oder die Wohnung kann nicht mehr verlassen werden. Nicht selten treten auch Panikattacken auf.

Soziale Phobie: Furcht vor sozialen Situationen, bei denen die Gefahr besteht im Mittelpunkt zu stehen, Furcht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.

Tierphobien: Angst vor Spinnen (Arachnophobie), Hunden (Canophobie), Reptilien, Schlangen (Herpetophobie).

Situative Phobien: Flugangst, Höhenangst, Tunnel, Aufzüge, Dunkelheit.

Natur-Phobien: Donner, Wasser, Wald, Naturgewalten etc.

Es besteht eine deutliche Belastung durch die Angstsymptome und die Neigung die Angst auslösenden Objekte und Situationen zu vermeiden. Dies hilft oft jedoch nur vorübergehend. Unbehandelt neigen Phobien zur Ausweitung und Chronifizierung. Es besteht gleichwohl die Einsichtsmöglichkeit, dass die Ängste übertrieben oder unvernünftig sind. Wenn sie so stark werden, dass bisherige Aktivitäten eingeschränkt werden müssen, das Leben nicht mehr als befriedigend empfunden wird und/oder noch andere psychische Probleme (wie beispielsweise Sucht als Folge von misslungenen Selbstheilungsversuchen) hinzu kommen (Komorbidität), sollte auf jeden Fall keine Zeit verloren und professionelle Hilfe gesucht werden.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Angstkrankheiten:

- Versuchen Sie die Symptome als körperlichen Ausdruck von Not und psychischen Problemen zu verstehen. Sie sind zwar unangenehm, aber nicht wirklich gefährlich oder schädlich. Nichts Schlimmes wird geschehen.
- Mit dieser Grundhaltung Ruhe und Zuversicht vermitteln.
- Angst zulassen und als normaler Bestandteil des Lebens akzeptieren. Abwarten und der Angst Zeit geben sich abzuschwächen oder vorüberzugehen
- Die Angst nicht bekämpfen oder davonlaufen.
- Aufklärung und Information suchen (Psychoedukation).
- Selbsthilfe und Trainingsprogramme ausprobieren.

Tipps zum Weiterlesen:

Fabian, Egon (2010): Anatomie der Angst. Ängste annehmen und an ihnen wachsen. Stuttgart

Flöttmann, Holger Bertrand (2011): Angst. Ursprung und Überwindung, 6. Auflage, Stuttgart

Peurifoy, Reneau (2006): Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfeprogramm, 3. Auflage, Bern

Stiftung Warentest (Hg.) (2010): Ängste überwinden, 2. Auflage, Berlin

Wilms, Bettina/Hans-Ulrich Wilms (2008): Meine Angst-eine Krankheit?, Bonn

3.2 Depressionen

Man geht von rund vier Millionen Menschen in Deutschland aus, die von Depressionen und Burnout betroffen sind. Burnout ist ein Modebegriff, den es übrigens ausschließlich in deutschsprachigen Länder gibt. Burnout ist sehr oft nur ein besser klingender Name für eine depressive Erkrankung. Unter diesem Label fällt es zwar vie-

len Betroffenen leichter, sich professionelle Hilfe zu holen, was ein großer Vorteil ist, andererseits kann aber diese „Ausweichdiagnose“ zu einer Unterschätzung der Erkrankung führen. Durch die Vermengung von Stress, Burnout und anderen Befindlichkeitsstörungen mit der Erkrankung Depression kann diese verharmlost werden. Der beste Weg für den richtigen Umgang mit der Depression ist, sie bei ihrem Namen zu nennen. Wer Burnout sagt und Depression meint, verhindert oft die richtige Therapie. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt die Depression zu der häufigsten psychischen Erkrankung weltweit. Es gibt nicht „die Depression“, sondern verschiedene Varianten mit unterschiedlichen Ursachen. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zur Erkrankung.

Eine Depression kann körperliche, psychologische und gesellschaftliche Ursachen haben. Aus biologisch-medizinischer Sicht entsteht eine Depression aufgrund von Stoffwechselstörungen im Gehirn und durch genetische Faktoren. Hinreichend bewiesen ist dies jedoch bisher nicht. Sie kann allerdings eine Folge körperlicher Erkrankungen (Diabetes, Tumore, Entzündungen etc.) sein oder durch Medikamente (Rheumamittel, Psychopharmaka, Mittel gegen Bluthochdruck etc.) verursacht werden. Wichtig ist daher zunächst eine gründliche körperliche Untersuchung, um dies auszuschließen oder die Primärerkrankung zu behandeln. Bedeutsam sind in den meisten Fällen eine emotionale Mangelernährung im Elternhaus wie zu frühe und zu lange Trennungen, Bindungsprobleme der Eltern, Aggressionen gegen die Kinder etc. und gesellschaftliche Bedingungen wie häufige Entwurzelungen bzw. Lebensortwechsel, Verlust der Lebensperspektive oder nicht korrigierbare Armut.

Diese unterschiedlichen Erklärungsansätze drehen sich dabei u. a. um die Frage, ob die Stoffwechselstörungen im Gehirn Ursache oder Folge der Depression sind. Fest steht, dass Studierende oft, aufgrund nicht hinreichender Studienfinanzierungsmöglichkeiten und Studienbedingungen, erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Diese Belastungssituationen können zu Erschöpfungs- und Versagensgefühlen führen und die Entstehung einer depressiven Erkrankung zumindest bedingen.

Eines der wichtigsten Zeichen der Erkrankung ist ein Gefühl des lang anhaltenden „Heruntergedrücktseins“. Menschen, die von einer Depression betroffen sind, kennen kaum oder keine Freude und alles erscheint ihnen trist und grau. Sie denken, fühlen und erleben die Welt wie durch eine dunkel getönte Brille. An die Stelle von Empfindungen wie Freude, Zufriedenheit, Genießen, Gelassenheit, Zorn oder Ärger rückt eine Art Gefühlsunempfindlichkeit. Die Betroffenen haben das Gefühl als seien ihnen alle Gefühlsregungen verloren gegangen. Dieser Zustand wird als „Gefühl der Gefühllosigkeit“ beschrieben. In der Depression fehlen Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, es besteht ein Gefühl der Minderwertigkeit und Unsicherheit. Diese Gedanken sich wertlos und ungeliebt zu fühlen, können sich bis zu Suizidüberlegungen oder zum Suizidversuch steigern.

Depressionen können sich schleichend entwickeln: Wochenlange Schlafstörungen, Grübelneigungen, Schwierigkeiten sich zu konzentrieren, mangelnde Freizeitaktivitäten, eine Einschränkung der Erholungsfähigkeit sowie eine schnelle Ermüdbarkeit, der Rückgang von Aktivitäten und Hobbys sind zu beobachten. Die Betroffenen fühlen sich als Versager und sind im Studium leistungsgemindert.

Eine Depression hat immer auch -mehr oder weniger ausgeprägte- Körpersymptome wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen, Tinnitus, Libidoverlust oder Herz-Kreislaufprobleme. Körperliche Beschwerden können häufig im Vordergrund stehen, die dahinter verborgenen psychischen Schmerzen werden von der Schulmedizin (Körpermedizin) oft nicht erkannt. Wichtig ist aber auch sich klar zu machen, das Sorgen, Bedrücktheit, das Gefühl der Überforderung, der Erschöpftheit am Morgen, der Trauer und andere Gefühle und Symptome oft völlig gesunde Reaktionen auf Lebensumstände sind. Die Wellnessindustrie, pseudowissenschaftliche Ratgeber nach dem Motto „sei immer gut drauf und wenn ein Problem besteht, mach’ es ganz schnell weg“ sowie die fortschreitende Technisierung von Lebenswelten (Smartphones als psychosoziale Nabelschnur und Instrument der kontraproduktiven Verleugnung von Einsamkeitsgefühlen) erschweren es vielen Menschen, sich mit unangenehmen Lebenswirklichkeiten auseinanderzusetzen. Fachleuten ist es jedoch gut möglich ein nachvollziehbares Stimmungstief mit Bedrücktheit oder Trauer von einer behandlungsbedürftigen Depression abzugrenzen. Zur Selbsteinschätzung helfen auch die Fragen in Kapitel vier weiter.

Professioneller Standard sollte eine psychotherapeutische Behandlung sein. Sie wird von den Gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Ab einer mittelschweren Depression wird zudem in der Regel eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva notwendig. Diese Medikamente machen nicht abhängig und führen nicht zu einer Persönlichkeitsveränderung. Nach dem Abklingen der Depression können sie wieder abgesetzt werden. Wichtig sind außerdem eine soziale Unterstützung und die Beachtung der Suizidproblematik, sie sollte immer angesprochen werden. Auch wenn es - wie bei fast jeder Erkrankung- natürlich schwierige Verläufe geben kann: Depressionen sind gut und erfolgreich behandelbar.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Depressionen:

- Während der Erkrankung/Behandlung keine wichtigen Entscheidungen treffen (Studienabbruch oder Fachwechsel), die Erfahrung zeigt, dass dies fast immer nachteilige Folgen hat, die später oft nur schwer oder gar nicht mehr korrigiert werden können.
- Die Hoffnungslosigkeit als Symptom verstehen und Hoffnung vermitteln.
- Nach Suizidgefühlen fragen, bei akuter Gefährdung nicht reden, sondern handeln: Notwendig ist dann eine stationäre Behandlung.
- Größere Aufgaben in kleine Arbeitsabschnitte unterteilen, um Erfolgserlebnisse zu bekommen.
- Depressiv Erkrankte fühlen sich oft erschöpft, ausgebrannt und leiden unter Schlafstörungen. Trotzdem ist von Urlaub, Ortsveränderung etc. abzuraten, da die Depression mitreist und sich dadurch nicht bessern lässt. Zudem kann langer Schlaf zu einer Verschlechterung der Depression führen.
- Im stationären Bereich haben sich Behandlungen/Therapien auf speziellen Depressionsstationen (www.depressions-sprechstunde.de) bewährt.
- Bewegung/Sport hat unstrittig einen antidepressiven Effekt. Bei schwereren Depressionen ist jedoch Zurückhaltung angezeigt: Depression heißt auch „nicht wollen können“ und entsprechende Appelle können auch negative Effekte haben.
- Verständnis für das häufige Symptom Libidoverlust zeigen.

Tipps zum Weiterlesen:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2006): „Es ist so, als ob die Seele unwohl wäre“ Depressionen-Wege aus der Schwermut, Berlin

Eink, Michael/Haltenhof, Horst (2006): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Psychiatrie-Verlag, Bonn

Mahnkopf, Angela (2007): Umgang mit depressiven Patienten, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

Müller-Rörich, Thomas et. al. (2013): Schattendasein-Das unverstandene Leiden Depression, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg

Nuber, Ursula (2006): Depression. Die verkannte Krankheit Depression, 4. Auflage, München

Stiftung Warentest (Hg.) (2012): Depressionen überwinden. Niemals aufgeben!, Berlin, 6. Auflage

Wolfersdorf, Manfred (2011): Depressionen verstehen und bewältigen, 4. Auflage, Heidelberg et. al. 2011

www.buendnis-depression.de

www.deutsche-depressionshilfe.de

www.dgbs.de (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen)

3.3 Persönlichkeitsstörungen

Als Persönlichkeitsstörungen werden Verhaltensweisen bezeichnet, die in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepasst sind. Sie bezeichnen Erlebens- und Verhaltensmuster aufgrund von Entwicklungsbedingungen in der Kindheit und späteren Lebensabschnitten. Diese Verhaltensmuster weichen von einem flexiblen, situationsangemessenen Erleben und Verhalten in charakteristischer Weise ab. Die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit ist dabei meistens beeinträchtigt. Persönlichkeitsstörungen werden nach charakteristischen Merkmalen unterschieden, wobei jedoch Mischvarianten vorkommen.

In den diagnostischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV werden die anankastische (zwanghafte), ängstlich-vermeidende, dependente, dissoziale, emotional instabile (Borderline), histrionische (hysterische), paranoide, narzisstische, passiv-aggressive, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung aufgeführt.

Beispielhaft soll auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung näher eingegangen werden, um Verständnis zu wecken und Diskriminierungen entgegen zu wirken. Im DSM-IV werden neun Diagnosekriterien genannt, von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen:

- (1) Verzweifertes Bemühen ein reales oder befürchtetes Alleinsein zu verhindern
- (2) Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen „Überidealisierung“ und „Abwertung“ gekennzeichnet sind
- (3) Identitätsstörung: Ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes und des Gefühls von sich selbst
- (4) Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten: Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Autofahren etc.
- (5) Suiziddrohungen oder -versuche oder selbstverletzendes Verhalten

- (6) Instabilität der Gefühle wie episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst (wobei diese Zustände meist nur einige Stunden anhalten)
- (7) Chronisches Gefühl von innerer Leere
- (8) Übermäßige starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
- (9) Vorübergehende paranoide Phantasien oder Orientierungslosigkeit

Die Betroffenen können die eigene Person und andere Menschen oft nicht hinreichend differenziert wahrnehmen. Sie neigen, mit schnellen Wechseln, zu starren Bewertungen als „gut“ oder „böse“ (Schwarz/Weiß-Denken). Nicht selten werden (unbewusst) Krisen „gesucht“ und erzeugt. Man spricht auch von einem Muster der Stabilität in der Instabilität.

Bei einer Betrachtung der Entstehungsursachen zeigt sich, dass viele in chaotischen „soap-opera“ Familien, in denen keine authentischen, vertieften Gefühle gezeigt wurden, aufwachsen mussten. Traumatische Erlebnisse wie sexueller Missbrauch, Trennungen, todesnahe Erfahrungen, bedrohliche emotionale Vernachlässigung durch die Eltern, waren die Regel. So konnte kein hinreichendes „Urvertrauen“ in die eigenen Fähigkeiten entwickelt werden.

Unsere wichtigsten Beziehungswünsche sind der Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung, nach Wichtigkeit, verlässlicher und solidarischer Beziehung, der Wunsch nach Autonomie und der Wunsch nach Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen. Jeder versucht, diese Wünsche in Beziehungen zu befriedigen und sich so zu verhalten, dass andere darauf eingehen. Um diese Ziele zu erreichen, ist jedoch die Entwicklung von Handlungskompetenzen erforderlich. Konnten diese nur unzureichend erlangt werden, kann es zu Beziehungsstörungen kommen.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben in ihrer Biographie in zwei Bereichen relativ starke Selbstüberzeugungen ausgebildet:

1. Annahmen über sich selbst wie „Ich bin ein Versager“, „Ich bin wertlos“, „Ich bin nicht wichtig“ und „Ich kann meine Grenzen nicht schützen“
2. Annahmen über Beziehungen wie „In Beziehungen wird man nicht respektiert“, „Man kann jederzeit verlassen werden“ und „Niemand kümmert sich um mich“

Macht jemand die Erfahrung, nicht wichtig zu sein, beispielsweise durch Bemerkungen wie „Du störst“, „Es wäre besser, es gäbe dich gar nicht“ oder „Ohne dich hätte ich Karriere gemacht“, führt das zur Ausbildung negativer Selbstüberzeugungen und Beziehungsannahmen. Die Betroffenen schließen aus der permanenten negativen Rückmeldung, dass sie selbst nicht wertvoll für andere sind, anderen „nichts zu bieten“ haben. Sie nehmen an, auch in anderen Beziehungen nicht wichtig zu sein, nicht ernst genommen zu werden und keinen Einfluss zu haben.

Aufgrund dieser Überzeugungen haben die Betroffenen ungünstige Strategien der Beziehungsgestaltung entwickelt, d. h. sie zeigen Verhaltensweisen, die andere Menschen dazu veranlassen sollen, sich ihnen gegenüber in bestimmter Weise zu verhalten. Das Verhalten ist jedoch nicht offen und/oder bewusst, sondern meist verdeckt manipulativ, es soll andere mehr oder weniger andere dazu bringen so zu reagieren, wie die Person es möchte. Persönlichkeitsstörungen sind daher hauptsächlich Beziehungsstörungen. Mitunter kann es lange dauern, bis eine Persönlichkeitsstörung richtig diagnostiziert wird. Sucht, Depression oder Essstörungen sind typi-

sche „Deckdiagnosen“. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen agieren ihre Probleme meist durch eine intensive Einbeziehung von anderen Personen aus, anstatt ihre Schwierigkeiten zu reflektieren. Ihr Credo kann dabei sein „Ich bin ok, aber jeder versteht mich falsch“. Dies wird vom sozialen Umfeld meist als sehr belastend erlebt und es fällt schwer Anforderungen oder Zumutungen der Betroffenen als Symptom ihrer Störung zu verstehen und keine moralisch-ethischen Verurteilungen vorzunehmen und sich zu distanzieren.

Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sollte in erster Linie psychotherapeutisch erfolgen. Psychopharmaka (wie beispielsweise Antidepressiva) können grundsätzlich lediglich vorübergehend Symptome dämpfen und so vielleicht einen besseren Zugang zur Psychotherapie ermöglichen. Bei einer ambulanten Therapie sollten die TherapeutInnen sich mit den besonderen Verhaltensweisen der Betroffenen auskennen. Stationär oder teilstationär haben sich so genannte „Borderline-Stationen“ bewährt, d. h. spezialisierte, störungsspezifisch ausgerichtete, Krankenhausstationen oder entsprechende Stationen in Fachkliniken (Beispiel: <http://psychiatrie.klinikum.uni-muenchen.de/de/stationen/b3/index.htm>). Die Kosten hierfür werden in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Persönlichkeitsstörungen können mittlerweile mit gutem Erfolg behandelt werden.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Persönlichkeitsstörungen:

- Sehr hilfreich sind Grenzsetzungen: Lassen sie sich nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit abfordern, begrenzen Sie Gespräche und unterbrechen Sie, wenn ihre Grenzen überschritten werden. Agieren Sie nicht mit!
- Konfrontieren Sie die Betroffenen mit den Konsequenzen ihres Verhaltens.
- Vielen Betroffenen hilft ein Notfallkoffer mit Gegenständen oder Ideen, die in Krisensituationen hilfreich sein können. Dies können Dinge zum Festhalten sein (ein Plüschtier oder eine Schmuckkette), Dinge um sich zu spüren (ein Duftstoff) um das Körpergefühl wieder herzustellen und damit Selbstverletzungen zu vermeiden.
- Bei einer Suizidgefährdung nicht darüber spekulieren, ob es sich eventuell um eine Hilfe- oder Machtdemonstration oder emotionale Erpressung handelt: In akuten Situationen immer den Notdienst rufen, auch hier ist es wichtig die Betroffenen mit den Folgen ihres Handelns zu konfrontieren.
- Es muss damit gerechnet werden, dass Freunde und Bekannte sowie professionelle Teams, Institutionen oder Organisationen „gespalten“, d. h. gegeneinander ausgespielt werden. Man sollte sich darüber verständigen, dadurch kann man den Betroffenen besser helfen.
- Stationär haben sich Therapien auf Borderlinestationen bewährt.
- Auf der Ebene der Interaktion ist es wichtig, sich nicht die Verantwortung für das Leben und Handeln der Betroffenen geben zu lassen, sondern dies zurück zu geben („Wenn Du wieder trinkst, dann trinkst Du und nicht ich“).
- Bekannten und Angehörigen sollte vermittelt werden, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ihr Beziehungsverhalten in ihrer Biographie gelernt haben und dass ihr Verhalten einen Einfluss auf die Betroffenen hat. Sie sollten erkennen, dass Verstehen nicht bedeutet, den Manipulationsversuchen nachzugeben und hilfreiche Konfrontation besser ist als eine unreflektierte Druckerhöhung.

Tipps zum Weiterlesen:

Fiedler, Peter (2007): Persönlichkeitsstörungen, 6. Auflage, Weinheim/Basel

Haller, Reinhard (2013): Die Narzissmusfalle. Anleitung zur Menschen- Selbsterkenntnis, Salzburg

Knuf, Anfreas/Tilly, Christiane (2009): Borderline: Das Selbsthilfebuch, Bonn

König, Karl (2004): Charakter, Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung, Stuttgart

Maaz, Hans-Joachim (2013): Die narzisstische Gesellschaft. Ein Psychogramm, 4. Auflage, München

Möhlenkamp, Gerd (2005): Was ist eine Borderline-Störung. Antworten auf die wichtigsten Fragen, Göttingen

Rahn, Ewald (2009): Umgang mit Borderline-Patienten, Bonn

Sachse, Rainer (2013): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten, 9. Auflage, Bonn

Wandel, Ingrid/Wandel, Fritz (2012): Alltagsnarzissten. Destruktive Selbstverwirklichung im Licht der Transaktionsanalyse, Paderborn

www.borderline-plattform.de

www.borderline-netzwerk.info

3.4 Psychosen

Psychosen sind psychische Erkrankungen, deren Symptome sich in teilweise gravierenden Störungen in den Beziehungen zur Umwelt zeigen. Neben so genannten organischen Psychosen aufgrund von Schädel-Hirn-Traumata, Tumoren etc., drogeninduzierten Psychosen und manischen Situationen (permanente Hochstimmung mit unreflektierten Handlungen), ist die Schizophrenie die häufigste und bekannteste Psychoseform. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit liegt bei ca. einem Prozent einer Bevölkerungspopulation.

Psychosen sind durch ein bestimmtes Störungsmuster gekennzeichnet. Hierzu zählen Funktionsstörungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, inhaltliches und formales Denken, Ich-Funktionen, Wahrnehmung, Intentionalität und Antrieb, Psychomotorik und Affektivität (siehe Tabelle 6). Dabei ist die Ausprägung der Symptome abhängig von der Differenzialdiagnose, dem Schweregrad der Erkrankung und von der Krankheitsphase. Weiterhin wird die Symptomatik einer Schizophrenie bestimmt von der Lebensgeschichte, den Persönlichkeitseigenschaften der Betroffenen, Lebenskrisen und Schicksalsschlägen sowie der aktuellen Lebenssituation.

Hinsichtlich der Ursachen wird von überwiegend biologisch orientierten ÄrztInnen und TherapeutInnen meist auf genetische Aspekte und Erbfaktoren hingewiesen, bewiesen ist dies jedoch bisher nicht. Beim Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird dagegen davon ausgegangen, dass eine besondere psychische Verletzlichkeit (Vulnerabilität) und eine Verminderung der Anpassungsfähigkeit gegenüber Belastungen gegeben sind. Für das Entstehen von psychischer Verletzlichkeit sind Erziehungseinflüsse und Familienerlebnisse von besonderer Bedeutung. Für psychotisch disponierte Menschen können Lebensereignisse wie der Tod eines geliebten Menschen, eine wichtige Prüfung oder der Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch erfreuliche Ereignisse wie die Geburt eines Kindes, Hochzeit etc. eine enorme Stressbelastung bedeuten und zum Erstaussbruch oder einer Neuerkrankung führen. Eine Psychose bedeutet letztlich:

- eine veränderte Wahrnehmung und Verarbeitung der Realität
- einen besonderen „Eigensinn“ - die Sinne gehen eigene Wege, es entstehen Bilder und Stimmen, die nicht mehr nur von Auge und Ohr beeinflusst werden
- eine extreme Dünnhäutigkeit - Inneres dringt nach Außen und bekommt Eigenleben (Halluzination), äußere Ereignisse treffen ohne Filter und Gewichtung nach Innen (paranoide Verarbeitung)
- träumen ohne Schutz des Schlafs
- eine Art Rückgriff auf kindliche Wahrnehmung - ein Kind von 2-3 Jahren bezieht alles auf sich. Wenn die Eltern sich streiten, fühlt das Kind sich schuldig. In der Psychose greifen wir auf diese Wahrnehmungsform zurück
- ein verzweifertes Ringen um Autonomie - jemand zieht sich zurück bis zu einem „letzten Hort von Eigenheit“: Bis hier hin kann mir niemand folgen
- einen Verlust von Selbstverständlichkeit - jedes Tun verlangt Anstrengung, nichts geschieht mehr von selbst, alles hat Bedeutung.
- einen Ausdruck tiefster Ambivalenz: Spannungsfelder wie zwischen Bindung und Autonomie oder Anpassung und Widerstand, in denen sich jeder zurechtfinden muss, bekommen existentielle Bedeutung.

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die möglichen Symptome einer schizophrenen Erkrankung:

Tabelle 6: Störungen psychischer Funktionen bei Schizophrenie

Funktionsbereich	Beispiele bei Schizophrenie
1. Aufmerksamkeit	Konzentrationsstörungen
2. Inhaltliches Denken und formales Denken	Wahn (Kontrollwahn, Beeinflussungswahn etc.), Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen (Wortneuschöpfungen, Konkretismus (Unfähigkeit Redewendungen zu verstehen etc.), Assoziationslockerungen (eigenwillige Themenwechsel, Gedankensprünge etc.)
3. Ich-Funktionen	Überzeugung das Gedanken zu hören sind, Gedankeneingebung (zusammenhangslos Gedanken äußern), Gedankenentzug, Gedankenausbreitung (Gedanken gewinnen an Selbständigkeit)
4. Wahrnehmung	Halluzinationen (besonders kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die PatientInnen und ihr Verhalten sprechen)
5. Intentionalität und Antrieb	Apathie oder Ruhelosigkeit
6. Psychomotorik	Haltungstereotypen, Bewegungsstarre
7. Affektivität	Verflachter oder inadäquater Affekt, Depressionen, Anhedonie (Verlust der Lebensfreude mit sozialen Rückzug)

Quelle: Robert Koch Institut 2010

Die oben genannten Symptome in den psychischen Funktionsbereichen können zwischen Plus- und Minussymptomen unterschieden werden. Unter Plussymptomen (oder Positivsymptomen) versteht man Ausdrucks-, Erlebnis- und Verhaltensweisen, die im "normalen" Leben nicht vorkommen und über das Erleben eines gesunden Menschen hinausgehen, d. h. dazukommen. Zu diesen Plussymptomen gehören Wahn, Halluzinationen (Sinnestäuschungen und Trugwahrnehmungen) und Ich-Erlebnis-Störungen. Plussymptome können sich auch als Angst, vermehrte Reizbarkeit und als Gefühl der Bedrohung oder Überforderung äußern.

Unter Minussymptomen (oder Negativsymptomen) wird das Fehlen von Verhaltensweisen und Handlungsmöglichkeiten verstanden. Dazu gehören vor allem verminderte Aufmerksamkeit, Sprachverarmung, Gemütsverflachung, Interessenschwund, ein Mangel an Energie und Ausdauer sowie die Unfähigkeit Freude zu empfinden. Hinzu kann eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit bis hin zur lähmenden Passivität kommen. Dies kann zu Kontaktstörungen, Rückzug, Isolation und Vereinsamung führen. Minussymptome sind zunächst oft nicht besonders spektakulär, können jedoch in einer Art Teufelskreis münden: Die Betroffenen fühlen sich zunehmend deprimiert und hilflos. Die Beziehungen in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Studium werden beeinträchtigt und die Leistungsfähigkeit und Frustrationstoleranz sinkt. Die Minussymptome entwickeln sich oft langsam und werden oft erst relative spät erkannt, eine Behandlung erfolgt daher nicht selten leider erst sehr spät.

Häufig wird zunächst eine stationäre Behandlung in Psychiatrischen Kliniken bzw. auf Psychiatriestationen von Krankenhäusern notwendig (siehe Kap. 7). In der Regel wird sich hier eine Medikamentenbehandlung mit Neuroleptika nicht vermeiden lassen. Diese Psychopharmaka machen nicht abhängig, sind jedoch alle verschreibungspflichtig und sollten nur nach ärztlicher Anweisung und Überwachung eingenommen werden. Sollte eine nachgewiesene Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen, kann in akuten Krisensituationen auch eine Zwangseinweisung notwendig werden. An Schizophrenie erkrankte Menschen haben mitunter keine Krankheitseinsicht. Haus- und Notärzte sind dann dazu verpflichtet, bei akuten Gefährdungstatbeständen eine zwangsweise, vorübergehende, Unterbringung vorzunehmen. Leider lässt sich dies nicht immer vermeiden und kann zum Schutz der Betroffenen und der Umwelt in Einzelfällen notwendig werden. Mit „Entmündigung“ hat dies allerdings nichts zu tun, ein Unterbringungsbeschluss muss immer von einem Richter nach persönlicher Anhörung und auf der Grundlage psychiatrischer Gutachten getroffen werden uns ist zeitlich befristet.

Die in den folgenden Kapiteln der Broschüre geschilderten ambulanten und stationären Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten sind alle auch für psychotisch erkrankte Menschen geeignet. Besonders hilfreich scheint jedoch eine stationäre medizinische Behandlung/Rehabilitation auf einer speziellen Schizophreniestation zu sein (Beispiele: www.bkh-augsburg.de/index.php?b2 oder: <http://psychiatrie.klinikum.uni-muenchen.de/de/stationen/b2/index.html>). Betreffs einer ambulanten Psychotherapie gibt es bis heute bestehende Vorurteile, nach denen diese bei an einer Psychose erkrankten Menschen nicht indiziert sei. Das Gegenteil ist richtig: Den Betroffenen Psychotherapieangebote vorzuenthalten ist stark kritikwürdig und grenzt an unterlassene Hilfeleistung. Die meisten profitieren davon und die psychotherapeutischen Hilfen können eine wichtige Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung oder -bei chronischen Verläufen- bei der Anpassung an die veränderte Lebenssituation sein.

Prognostisch ergibt sich meiste eine „Drittelerung“: Ein Drittel dieser Erkrankungen heilt aus, ein Drittel der Betroffenen behält eine Restsymptomatik und das letzte Drittel nimmt einen chronischen Verlauf. Psychosen sind daher Erkrankungen, die nur einmalig auftreten, mehrmals wiederkehren oder in schweren Fällen auch zu anhaltenden Erschöpfungszuständen führen können. Eine möglichst rasche, spezifische und kompetente Behandlung ist deshalb von großer Bedeutung für die Prognose.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Psychosen:

- Bei Plusssymptomen: Akzeptieren Sie die subjektive „Wahrheit“ des Erkrankten, versuchen Sie nicht den Wahn auszureden oder über Objektivität zu streiten.
- Bei Minussymptomen: Verlassen Sie sich allein nicht auf Zusagen (die von Betroffenen oft nicht eingehalten werden können), stellen Sie zumutbare Anforderungen an konkretes Handeln.
- Versuchen Sie Enttäuschungen und Kränkungserfahrungen nicht als absichtlich gegen Sie gerichtet zu interpretieren.
- Die Kommunikation sollte authentisch und ehrlich sein, ein möglichst widerspruchsfreies verbales und nonverbales Verhalten ist hilfreich.
- Versuchen Sie die Angst und Not zum Gesprächsthema zu machen und nicht den Inhalt der Wahnvorstellungen.
- Für Betroffenen wie für Angehörige und HelferInnen ist die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und „Psychose-Gesprächen“ oft eine große Hilfe (siehe Internetquellen bei „Tipps zum Weiterlesen“).
- Sollte eine nachgewiesene Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen, scheuen Sie sich nicht den ärztlichen Notdienst, die Bereitschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes des örtlichen Gesundheitsamtes oder die Polizei zu verständigen. Weitere Maßnahmen müssen dann von dort vorgenommen und verantwortet werden.
- Absprachen sollten klar, eindeutig und verbindlich sein.
- Grundsätzlich ist in der Beziehungsgestaltung auf eine „Nähe-Distanz-Gleichgewicht“ zu achten. Gut gemeinte „Kumpelhaftigkeit“ kann dieses Gleichgewicht ebenso bedrohen wie Kühle und Teilnahmslosigkeit.

Tipps zum Weiterlesen:

Baumli, Josef (2008): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, 2. Auflage, Heidelberg etc. al.

Bock, Thomas (2003): Umgang mit psychotischen Patienten, Bonn

Finzen, Asmus (2011): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen, Bonn

Kipp, Johannes etc. al. (2012): Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen, depressiven und manischen Patienten, 3. Auflage, Gießen

Robert Koch Institut (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50 Schizophrenie, Berlin

www.bapk.de (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker)

www.betanet.de (download/ratgeber-psychoesen.pdf)

www.dgbs.de (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen)

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

www.psychose.de

3.5 Sucht

Sucht ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten. Es gibt Substanzgebundene Abhängigkeiten wie beispielsweise von Alkohol, Medikamente, Tabak, Kokain, Cannabis oder von synthetischen Drogen wie Crystal und es gibt nicht Substanzgebundene Abhängigkeiten wie beispielsweise Spielsucht, Sexsucht, Internetsucht oder Kaufsucht. Beide Varianten können zu schweren körperlichen und/oder psychischen, sozialen und ökonomischen Schäden führen. Abhängigkeit bedeutet dass die Süchtigen nicht mehr ohne das Suchtmittel leben können (Abhängigkeitssyndrom). Charakteristisch für Substanzgebundene Abhängigkeiten ist ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, sich die Substanz zuzuführen. Weitere Kennzeichen sind eine ständige oder periodische Einnahme der Substanz, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen und Aktivitäten. Es kommt dabei meist zu einer Toleranzerhöhung und manchmal auch zu körperlichen Entzugssyndromen. In ähnlicher Weise gilt dies auch für die nicht Substanzgebundenen Abhängigkeiten.

Beim Substanzgebundenen Abhängigkeitssyndrom müssen nach der ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres erfüllt gewesen sein:

1. starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen
1. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
2. körperliche Entzugssymptome
3. benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt
4. fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
5. fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

Die klassische Therapie bei einem Abhängigkeitssyndrom hat meist den dauerhaften Verzicht (Abstinenz) auf die abhängigkeiterzeugende Substanz zum Optimalziel und gliedert sich in der Regel in folgende Punkte:

1. Körperlicher Entzug der abhängig machenden Substanz (Entgiftung)
2. Stationäre Psychotherapie in einer Fachklinik (Entwöhnung)
3. Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen (Co-Abhängigkeit)
4. Ambulante Nachsorge

Vom körperlichen Entzug abgesehen, sind diese Grundsätze auch auf die Therapie nicht Substanzgebundener Abhängigkeiten transponierbar. Eine Besonderheit ist in der Behandlung Opiatabhängiger die (manchmal dauerhafte) Verabreichung eines Substitutionsmittels (beispielsweise Methadon).

Nach einer repräsentativen Studie des HIS (Hochschul Informations Systems) nimmt jeder zehnte Student leistungsfördernde Mittel. Rund fünf Prozent der StudentInnen machen „Hirndoping“ und nehmen verschreibungspflichtige Schmerz-, Beruhigungs- oder Aufputzmittel ein, um ihre Leistung zu steigern oder beizubehalten. Weitere fünf Prozent der Befragten greifen zu weicheren Mitteln wie Vitaminpräparaten, Koffein oder homöopathischen Substanzen. Besonders das Medikament Ritalin, das bei

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) konzentrationsfördernd wirkt und oft verschrieben wird, wurde von Studierenden offenbar als Mittel gegen schlechte Noten und für tagelanges Durchlernen entdeckt. Außer Nebenwirkungen wie Nervosität, Schlaflosigkeit, Herzrasen und Blutdrucksteigerungen besteht bei Ritalin bei häufigerer Einnahme eine Suchtgefahr.

Der Druck möglichst schnell mit dem Studium fertig werden zu müssen, damit sich die beruflichen Chancen verbessern, führt weiterhin oft zu Alkoholproblemen. Eine Befragung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und der Universität Münster ergab, dass fast jeder dritte Studierende zu viel Alkohol trank. Dabei sind mehr Männer als Frauen betroffen. Der Alkoholkonsum ist dieser Studie zufolge unabhängig von der Fachrichtung. Als Gründe werden Prüfungsängste, Probleme mit Partnern oder Eltern und mangelnde Sozialkontakte genannt. Kritisiert wird ein Mangel an spezifischen Präventions- und Interventionsprogrammen für alkoholabhängige Studierende (www.studentengesundheit.de).

Was tun, wenn man von Alkohol-, Crystal-, Spielabhängigkeit etc. betroffen ist? Bei Suchtproblemen hat sich in unserem Versorgungssystem ein gewisser Sonderweg etabliert. Natürlich können die in den Kapiteln sechs und sieben genannten ambulanten, teilstationären oder stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen auch direkt in Anspruch nehmen, empfehlenswert ist es jedoch eine anerkannte Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Hier arbeiten SuchtspezialistInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen etc.) mit entsprechenden Zusatzausbildungen, die sowohl an Selbsthilfegruppen vermitteln, wie auch ambulante Therapien durchführen und stationäre Therapien einleiten können.

Die Beratung und Therapie dort unterliegt der Schweigepflicht, ist kostenlos und/oder wird von den Sozialversicherungsträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung) bzw. den Sozialhilfeträgern bezahlt. Auf www.bzga.de/service/beratungsstellen/suchtprobleme finden Sie ein Verzeichnis der Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen. Hilfreich kann auch eine erste Orientierung und Suchtberatung im Internet sein (Beispiel: www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/suchtberatung).

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit Suchtproblemen:

- Versuchen Sie nicht auf eigene Faust bei anderen die Sucht zu behandeln.
- So lange die Abhängigkeit geleugnet wird, gibt es keine Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung.
- Hilfe durch Nicht-Hilfe: Fegen Sie nicht die Scherben der Abhängigen auf, sondern konfrontieren mit dem Leid und den Folgen des Verhaltens.
- Lassen Sie sich durch Rückfälle oder Therapieabbrüche nicht entmutigen. Sie sind nicht selten und oft hat erst der zweite oder dritte Versuch Erfolg.
- Es hilft wenig, wenn andere auf eine Therapie drängen. Bei einem eigenen Wunsch nach Hilfe sind die Erfolgsaussichten am größten.
- In der Regel besteht am Anfang eine un stabile Motivation, die erst mit fortschreitender Therapie gefestigt werden kann.
- Überprüfen Sie ihren eigenen Umgang mit Suchtmitteln und ändern Sie gegebenenfalls etwas daran.
- Grenzen Sie sich grundsätzlich gegenüber der Sucht mit deutlichen Worten bzw. konfrontativ ab.
- Zeigen Sie kein „Verständnis“, sondern sprechen Sie Probleme offen an.

- Wenn Sie nicht sicher sind ob Sie sich richtig verhalten, lassen Sie sich von einer Suchtberatungsstelle beraten.
- Geben Sie finanzielle Unterstützung nur, wenn Sie sicher sind, dass sie nicht für Suchtzwecke verwendet wird.

Tipps zum Weiterlesen:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.): Broschüre „Suchtmittel, Behandlungsmöglichkeiten, Beratungsstellen“ (download www.bzga.de)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2013): Jahrbuch Sucht 2013, Hamm
Kuntz, Helmut (2013): Drogen und Sucht. Ein Handbuch über alles was Sie wissen müssen, 2. Auflage, Weinheim/Basel

Lindenmeyer, Johannes (2010): Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, 8. Auflage, München

Röhr, Heinz-Peter (2011): Sucht-Hintergründe und Heilung. Abhängigkeiten verstehen und überwinden, 4. Auflage, Ostfildern

van Treeck, Bernhard (2004): Drogen- und Suchtlexikon, Berlin

www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen)

www.studentengesundheit.de

3.6 Psychosomatische Erkrankungen

Rückenschmerzen können quälend sein, ebenso Schlaflosigkeit, ein andauernder Piepton im Ohr oder ein beängstigendes Herzrasen und Schwindel. Wer dies erlebt, leidet aber nicht unbedingt an einer körperlichen Erkrankung. Diese Symptome sind typische psychosomatische Beschwerden: Signale der Psyche an den Körper, um auf etwas Belastendes, Unerkanntes oder Ungelöstes aufmerksam zu machen. Der Körper ist der Übersetzer der Psyche ins Sichtbare, beschrieb es zutreffend der Dichter Christian Morgenstern. Psyche und körperliche Symptome hängen zusammen, was durch den Begriff Psychosomatik ausgedrückt wird. Er setzt sich aus den Wörtern Psyche (altgriechisch für Atem, Seele) und Soma (Körper) zusammen, d. h. es wird von einer Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper ausgegangen. Psyche und Körper sind untrennbar miteinander verbunden, wie die zwei Seiten einer Münze.

So bekommt auch der oft (über)strapazierte Begriff der „Ganzheitlichkeit“ eine inhaltlich plausible Begründung. Jeder Gedanke, jedes Gefühl ist von einer körperlichen Reaktion begleitet. Oft ist diese allerdings so "leise", dass sie gar nicht bemerkt wird. Manchmal ist sie aber auch ziemlich "laut": Wenn wir im Straßenverkehr in eine brenzlige Situation geraten und der Körper darauf mit Herzklopfen reagiert. Hier kann man den Zusammenhang zwischen Gefühl und körperlicher Reaktion meist problemlos herstellen und spüren. Doch dies gilt leider nicht immer für alle Gefühle: Die Angst, abgelehnt zu werden oder Erwartungen nicht erfüllen zu können, gehören oft hierzu. Weiterhin nicht selten das Gefühl ohnmächtiger Wut oder die Angst verlassen und beschämt zu werden. Die Verdrängung und Verleugnung unangenehmer Gefühle kann sich schließlich als körperliches Symptom oder psychosomatische Erkrankung bemerkbar machen.

Man kann zwischen „spezifischen“ und „unspezifischen“ psychosomatischen Erkrankungen und Beschwerden unterscheiden. „Spezifisch“ bedeutet, dass eine nachweisbare Organschädigung besteht (beispielsweise Entzündung des Darms bei Morbus Crohn). Eine Behandlung muss daher sowohl somatisch (Medikamente, OP etc.) und psychotherapeutisch erfolgen. „Unspezifisch“ bedeutet, dass keine Organschädigung besteht. Die vegetative Funktion ist gestört, nicht das Organ- bzw. Organsystem. Die Beschwerden sind für die Betroffenen dennoch real und nicht eingebildet. Ambulante und/oder stationäre Psychotherapie ist bei spezifischen und unspezifischen psychosomatischen Krankheiten notwendig und hilfreich.

Tab. 7: Spezifische psychosomatische Krankheiten und unspezifische funktionelle psychosomatische Beschwerden

Beispiele spezifische psychosomatische Krankheiten:	Beispiele unspezifische psychosomatische Beschwerden:
Neurodermitis	Neurasthenie
Essstörungen	Vegetative Dystonie
Morbus Crohn	Somatoforme Störung
Colitis Ulkerosa	Rückenschmerzen/Beschwerden Stütz- und Bewegungsapparat
Asthmavarianten	Ohrgeräusche und Tinnitus
Magen-/Darmgeschwüre	Herzrasen und Atemnot
Allergien	Migräne und Spannungskopfschmerz
Koronare Herzerkrankungen	Essenzieller Bluthochdruck

Sehr wichtig ist zunächst einmal natürlich eine gründliche körpermedizinische Diagnostik, bevor eine psychosomatische Einschätzung der Beschwerden getroffen wird. Es sollte ausgeschlossen werden, dass bisher nicht erkannte Körperbefunde wie Stoffwechselstörungen oder Tumore die Beschwerden verursachen. Einige Magengeschwüre werden beispielsweise durch ein Bakterium verursacht, hier wird die Gabe eines bestimmten Antibiotikums notwendig.

Obwohl bei den spezifischen psychosomatischen Krankheiten mitunter ein Kausalzusammenhang der Körperbeschwerden mit psychischen Faktoren bisher nicht befriedigend geführt werden konnte und daher eher von einer nicht genauer bestimm- baren Mitbeteiligung ausgegangen werden muss, ist die Behandlungs- und Versorgungsrealität dieser PatientInnen leider oft so, dass sie ausschließlich körpermedi- zisch behandelt werden. Hier kann es selbst nach einer langen, ergebnislosen Odys- see durch die Körpermedizin durch engagierte Aufklärung, Beratung, Information und Motivierung zu einer psychotherapeutischen Behandlung noch zu sehr guten Besse-

rungen kommen. Vielen Betroffenen fällt es allerdings schwer sich damit auseinanderzusetzen, dass ihre Beschwerden psychisch bedingt sein können und sie sind fest davon überzeugt, dass es dafür eine körperliche Erklärung gibt, nach der man nur lange bzw. genau genug suchen müsse. Besonders stark ist diese Abwehr bei Menschen, die unter relativ starken körperlichen Beschwerden leiden (wie Herzrasen, Atembeschwerden oder Bluthochdruck). Mitunter können viele Jahre vergehen, bis die Betroffenen eine psychische Krankheitskomponente akzeptieren und sich für psychotherapeutische Behandlungen öffnen können. Die psychischen Hintergründe bei den Symptomen sind den Betroffenen unbewusst. Sie sollten deshalb nicht konfrontativ, sondern möglichst behutsam darauf aufmerksam gemacht werden.

Wenn eine Bereitschaft entsteht, eine psychische Beteiligung an den Beschwerden anzuerkennen, ist ein erster Schritt in Richtung Besserung oder Heilung getan. Es gibt im stationären Bereich eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Fachkliniken, die sich auf psychosomatische Erkrankungen spezialisiert haben. Während bei Erwerbstätigen, die Rentenversicherungsbeiträge bezahlen, die Deutsche Rentenversicherung der Hauptkostenträger dieser Behandlungsmöglichkeit ist, müssen sich Studierende an ihre Krankenkasse wenden.

Hinweise für den (Selbst-)Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen:

- Psychosomatische Erkrankungen, bei denen eine Körperbeeinträchtigung nachweisbar ist, sollten immer somatisch und psychotherapeutisch behandelt werden. Dies erfolgt keineswegs automatisch!
- Eine hilfreiche Unterstützung wäre daher, über Möglichkeiten einer stationären und/oder ambulanten Psychotherapie zu informieren.
- Auch bei Betroffenen mit „unspezifischen“ psychosomatischen Beschwerden ist ausschließlich Psychotherapie nachhaltig hilfreich.
- Viele Patienten sind allerdings sehr von einer körperlichen Ursache der Erkrankung überzeugt und stehen deshalb einer psychischen Verursachung der Beschwerden skeptisch gegenüber.
- Machen Sie die Betroffenen behutsam darauf aufmerksam, dass ein weiteres Bestehen auf einer körperlichen Ursache der Beschwerden bzw. eine Unterlassung psychotherapeutischer Hilfen bedeuten wird, dass die Symptome und Beschwerden sich nicht bessern.

Tipps zum Weiterlesen:

Adler, Rolf H. et. al. (Hg.) (2013) : Uexkuell. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis, 7. Auflage, München

Ermann, Michael (2009): Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie, 2. Auflage, Stuttgart

Gerlinghoff, Monika (1998): Magersucht und Bulimie-Innenansichten, München

Hoffmann, Sven Olaf et. al. (2009): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, 8. Auflage, Stuttgart

Rudolf, Gerd (2013): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage, 7. Auflage, Stuttgart

Stiftung Warentest (Hg.), Anke Nolte (2013): Essstörungen. Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating, Berlin

Wirsching, Michael (1996): Psychosomatische Medizin. Konzepte Krankheitsbilder, Therapien, München

4. Wann brauche ich Hilfe?

Jeder Mensch hat Phasen im Leben, in denen er sich unglücklich fühlt. Man ist gestresst, traurig, wütend, beunruhigt oder hat depressive Verstimmungen. Bevorstehende Prüfungen können Versagensängste und Schlafstörungen auslösen. Beziehungsprobleme, Trennungen und auch Existenzängste gehören zum Leben dazu wie Freude und Erfolg. Daher sind diese Gefühle kein Grund zur Besorgnis, im Gegenteil: Sie zeigen, dass eine normale emotionale „Schwingungsfähigkeit“ besteht. Gespräche mit nahestehenden Personen und Ablenkungen helfen meist und belastenden Lebensphasen gehen schließlich vorüber. Doch wann ist man wirklich psychisch krank und leidet z. B. unter einer Depression oder Angstkrankheit? Wann sollte man sich professionelle Hilfe holen? Wie erkennt man, ob man von einer psychischen Erkrankung betroffen ist? Als erster Schritt kann es hilfreich sein sich folgende Fragen zu stellen:

Tab. 8: Checkliste Selbsteinschätzung

- So kenne ich mich nicht! Fühle ich mich anders als sonst?
- Beunruhigt mich diese Veränderung?
- Gibt es eine Erklärung für die Veränderung?
- Reicht diese nicht aus, um die Dauer und Heftigkeit der Beschwerden zu begründen?
- Kann ich meine tägliche Arbeit nur noch mit Mühe verrichten?
- Mache ich mir immer Sorgen und habe ich viel Angst?
- Leide ich unter körperlichen Beschwerden?
- Wie ist mein Schlaf, schlafe ich zu wenig oder zu viel?
- Fühle ich mich oft aggressiv, hasserfüllt, gereizt oder bin ich sehr intolerant?
- Bin ich oft krankgeschrieben?
- Habe ich Suizidgedanken?
- Habe ich kaum noch Menschen, mit denen ich über meine Probleme sprechen kann?
- Helfen Gespräche mit Freunden nicht mehr?
- Fallen auch anderen Veränderung deutlich auf?
- Ist es schon länger als drei Monate so?
- Ist mir das alles egal?

Quelle: Piontek 2009

Weitere Hinweise auf mögliche behandlungsbedürftige psychische Störungen sind den folgenden Fragen zu entnehmen. Wer mindestens eine Frage klar mit „Ja“ beantwortet, sollte sich professionelle Hilfe suchen:

Ängste. Leiden Sie wiederholt unter Angstzuständen oder starker innerer Unruhe - ohne richtige Erklärung?

Depression: Ist Ihre Stimmung sehr oft oder ständig gedrückt? Haben Sie das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen früher Spaß machten? Finden Sie Ihr Leben sinnlos? Oder sich oft unfähig, hilflos oder wertlos?

Essen: Ist Ihr Essverhalten gestört und leiden Sie darunter?

Irreales: Nehmen Sie Dinge wahr, die andere Leute nicht bemerken?

Körperzeichen: Leiden Sie an körperlichen Symptomen oder Schmerzen ohne ärztliche Erklärung?

Kontrollverlust: Leiden Sie daran, dass Sie Gefühle oder Ihr Verhalten nicht kontrollieren können, aggressiv gegen sich oder andere werden?

Schlaf: Haben Sie dauernd erhebliche Schlafstörungen, für die es keine körperliche Ursache gibt?

Sucht: Nehmen Sie oft Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel, vielleicht Drogen und versuchen wiederholt, das einzuschränken?

Trauma: Haben Sie Traumatisches erlebt und leiden nun an Angstzuständen, Unruhe, Alpträumen, blitzartigen belastenden Erinnerungen?

Zwänge: Leiden Sie daran, dass Sie manche Dinge immer wieder zählen oder kontrollieren müssen? Oder dass Ihnen immer wieder bestimmte störende, scheinbar ganz unsinnige Gedanken durch den Kopf gehen?

Viele Betroffene haben Schwierigkeiten damit eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Manche haben Angst vor den Vorurteilen anderer bzw. denken „ich bin doch nicht verrückt“ und Fremd- und Selbststigmatisierungen sind in der Tat auch heute noch keine Randerscheinung. Hier gilt es Mut zu machen. Immer mehr Menschen bekennen sich erfreulicherweise zu ihren psychischen Problemen und dazu sich in therapeutische Behandlung zu begeben. Wer dies tut, hat erkannt dass Probleme bestehen und will daran arbeiten. Genauso wie man bei juristischen Problemen zum Anwalt geht, sollte es üblich werden, sich bei psychischen Problemen therapeutische Unterstützung zu holen.

Wenn man nicht mehr dazu in der Lage ist seine Alltagspflichten zu erfüllen und vergeblich versucht hat sich selbst zu helfen und nun keinen Rat mehr weiß, sollte man auf keinen Fall länger damit warten professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Tipps zum Weiterlesen:

Bundespsychotherapeutenkammer (2012): Wege zur Psychotherapie, Berlin (download: www.bptk.de)

Piontek, Rosemarie: Mut zur Veränderung. Methoden und Möglichkeiten der Psychotherapie, Bonn 2009

Schmoll, Dirk (2009): Psychotherapie-Chancen und Grenzen. Ein Ratgeber, Stuttgart

Verbraucherzentrale NRW (2010): Psychotherapie. Angebote sinnvoll nutzen, 3. Auflage, Düsseldorf

www.test.de: www.test.de/psychotherapie-welche-therapie-hilft-4294275-4294277

5. Psychotherapie und PsychotherapeutInnen

5.1 Was heißt Psychotherapie?

Ganz allgemein gesprochen, versteht man unter Psychotherapie die Behandlung psychischer Probleme durch anerkannte therapeutische Verfahren, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist. Störungen des Denkens, Fühlens, Erlebens und Handelns werden über psychotherapeutische Gespräche, Verhal-

tensübungen, Entspannungsverfahren oder kognitive (wahrnehmungs-) Methoden identifiziert und behandelt. Als „Störungen“ werden unter anderem Depressionen, Ängste, Zwänge, Essstörungen, Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Suchtverhalten sowie psychosomatisch bedingte Krankheiten, die auch als Nebenerscheinung der oben genannten Erkrankungen auftreten können, bezeichnet (siehe Kapitel drei). Psychotherapeutische Maßnahmen können zudem auch als Ergänzung zu medizinischer Behandlung eingesetzt werden, etwa bei Tumor- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Psychotherapie ist eine gezielte Behandlung einer psychischen Krankheit. Die Behandlung soll die Behebung oder Milderung eines bestimmten Problems anstreben und somit zeitlich begrenzt sein.

5.2 Wer ist Psychotherapeutin/Psychotherapeut?

Es gibt ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Wichtig ist, dass sie an einem dafür anerkannten Ausbildungsinstitut, Akademie etc. eine definierte und kontrollierte mindestens fünfjährige berufsbegleitende oder dreijährige Vollzeitausbildung mit anschließender Approbation und staatlicher Anerkennung absolviert haben. Nur so kann eine Zulassung bzw. Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen.

Ärztliche PsychotherapeutIn:

Ärztliche PsychotherapeutInnen haben nach dem Medizinstudium und einer fachärztlichen Weiterbildung zusätzlich eine derartige Psychotherapieausbildung absolviert. Eine bestimmte medizinische Fachrichtung ist hierfür nicht Voraussetzung, d. h. es kann sich um AllgemeinärztInnen, InternistInnen, GynäkologInnen etc. handeln.

Psychologische PsychotherapeutIn:

Psychologische PsychotherapeutInnen haben zunächst ein Psychologiestudium (Diplom oder Master) abgeschlossen und danach diese Psychotherapieausbildung absolviert. Ein Psychologiestudium allein qualifiziert nicht zur Psychotherapie.

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn:

Bei psychischen Problemen von Kindern- und Jugendlichen bis 21 Jahre besteht die Möglichkeit einer Therapie bei Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Sie müssen ebenfalls die genannte Psychotherapieausbildung absolvieren. Neben ÄrztInnen oder PsychologInnen können dies jedoch auch (Sozial-)PädagogInnen mit entsprechendem Studienabschluss tun.

PsychiaterInnen, NeurologInnen und NervenärztInnen:

PsychiaterInnen haben nach dem Medizinstudium eine mehrjährige Fachärztliche Ausbildung gemacht. Sie sind oft von einer körperlichen Erklärung psychischer Probleme geprägt. Bei den meisten steht daher eine Behandlung mit Medikamenten (Psychopharmaka) im Vordergrund. Psychotherapie können und dürfen sie nur ausüben, wenn sie die genannten Psychotherapieausbildungen absolviert haben.

NeurologInnen sind KörperärztInnen und beschäftigen sich mit Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks oder der Muskulatur. Sie sind deshalb in der Regel nicht als PsychotherapeutInnen tätig.

Nervenärztin/Nervenarzt ist eine veraltete und ungenaue Bezeichnung, die manchmal als deutsche Übersetzung des Begriffs Neurologe verwendet wird. Mitunter sind

hiermit aber auch FachärztInnen für Psychiatrie und Neurologie (eine Kombination dieser fachärztlichen Disziplinen) gemeint. Wenn sie die genannten Zusatzausbildungen absolviert haben, können sie natürlich ebenfalls psychotherapeutisch tätig werden.

5.3 Welche ambulanten Therapieformen werden von den Gesetzlichen Krankenkassen bezahlt?

Psychotherapeutische Verfahren unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihres Verständnisses der Entstehung von psychischen Krankheiten als auch in ihrem Therapiekonzept. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden zur Zeit folgende drei Verfahren bezahlt:

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie

Es muss auf jeden Fall eine Problematik mit Krankheitswert vorliegen (Beispiele siehe Kapitel drei). Die Kosten für eine Ehe-, Lebens- oder Erziehungsberatung werden von den Krankenkassen nicht übernommen, hierzu müssten entsprechende Beratungsstellen aufgesucht werden (siehe Kapitel sechs). Fest steht, dass Psychotherapie hilft. Die drei, bisher von den Krankenkassen bezahlten, therapeutischen Verfahren unterscheiden sich zunächst in der folgenden Grundannahme:

- In der Verhaltenstherapie wird der Begriff bzw. das Konstrukt des "Unbewussten" abgelehnt. Die Annahme, dass -mitunter lange zurück liegende- Konflikte und Gefühle verdrängt worden sind und es unbewusste Motive für Verhalten und die Symptomentstehung geben kann, wird nicht geteilt. Das Symptom ist das Hauptproblem und ist das Symptom verschwunden, ist folglich damit das Problem gelöst.
- Die Annahme des „Unbewussten“ ist dagegen eine zentrale Kategorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytische Psychotherapie. Es wird von einem großen Einfluss der individuellen Entwicklungsgeschichte und der Bedeutung unbewusster Konflikte und Motive für die Krankheitsentstehung ausgegangen.

Natürlich gibt es Bemühungen um eine integrierte Sichtweise und Überlegungen auch aus anderen therapeutischen Richtungen, wie etwa der Systemischen Therapie oder der Gesprächspsychotherapie, umfassendere Therapiekonzepte zu entwickeln, bisher ist dies jedoch noch nicht systematisch in der Praxis umgesetzt worden. Es gibt nach wie vor getrennte Ausbildungsgänge für die verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische/analytische Richtung und auch die PatientInnen müssen sich vor Beginn einer Therapie entsprechend entscheiden. Beide Varianten parallel durchzuführen, ist nicht möglich.

Tabelle neun zeigt wie viele Therapiestunden von den Krankenkassen übernommen werden. "E" bedeutet "Einzelstunde" (50 Minuten) in Einzeltherapie. "D" heißt "Doppelstunde" (zweimal 50 Minuten) in Form einer Gruppentherapie. Gruppentherapien finden mit maximal 9 TeilnehmerInnen immer in Doppelstunden statt. Diese Regelungen sind bei allen Gesetzlichen Krankenkassen identisch, d. h. es gibt keine Unterschiede unter den Krankenkassenarten:

Tab. 9: Kostenübernahme Therapiestunden ambulante Psychotherapie durch die Gesetzlichen Krankenkassen

TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE THERAPIE			
	Erwachsene	Jugendliche	Kinder
Kurz-/Probetherapie	25E/25D	25E/25D	25E/-
Normaltherapie	50E/40D	90E/40D	70E/40D
Besonderer Fall	80E/60D	140E/60D	120E/60D
Höchstgrenze	100E/80D	180E/90D	150E/90D
ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE			
Kurz-/Probetherapie	25E/25D	25E/25D	25E/25D
Normaltherapie	160E/80D	90E/40D	70E/40D
Besonderer Fall	240E/120D	140E/60D	120E/60D
Höchstgrenze	300E/150D	180E/90D	150E/90D
VERHALTENSTHERAPIE			
Kurz-/Probetherapie	15E/-	15E/-	15E/-
Normaltherapie	45E/45D	45E/45D	45E/45D
Besonderer Fall	60E/60D	60E/60D	60E/60D
Höchstgrenze	80E/80D	80E/80D	80E/80D

Quelle: Stange 1999

Grundsätzlich werden die ersten fünf (bei einer Psychoanalyse acht) Therapiestunden (probatorische Sitzungen) bezahlt. Hierfür ist keine besonderer Antrag notwendig. Eine Kurzzeittherapie geht davon aus, dass in dieser Zeit eine hinreichend Besserung erzielt werden kann. Eine Probetherapie dient dazu herauszufinden, ob eine Langzeittherapie sinnvoll ist (siehe Kapitel 6.4). "Besondere Fälle" sind eigentlich gar nichts Besonderes: Wenn die TherapeutInnen diese Stundenzahlen für gerechtfertigt halten und plausibel begründen können, werden sie in der Regel auch genehmigt. Eine Kostenübernahme bis zur Höchstgrenze ist dagegen nur zulässig, wenn bei dem Verlängerungsantrag aus der Darstellung des therapeutischen Prozesses hervorgeht, dass nur so eine Aussicht auf Erreichen des Behandlungsziels besteht.

Diese Regelungen gelten jedoch nur für die Gesetzliche Krankenversicherung. Bei den privaten Krankenversicherungen richten sich die Kostenübernahmemöglichkeiten nach dem jeweiligen Versicherungsvertrag. Im Trend sind die Leistungen der privaten Krankenversicherung bei der Psychotherapie jedoch schlechter als bei den

gesetzlichen Krankenkassen. Hier noch einige nähere Erläuterungen zu diesen Therapieverfahren, die vielleicht als Entscheidungshilfe dienen können:

Verhaltenstherapie:

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Menschen ihr Verhalten und Erleben durch Erfahrungen im Laufe ihres Lebens erlernen. Eine psychische Krankheit entsteht dann, wenn die erlernten Muster problematisch oder unangemessen sind, etwa indem sie bei den Betroffenen und/oder seiner Umgebung Leidensdruck verursachen. Es werden zunächst konkrete Therapieziele festgelegt. Ausgehend von den Ursachen und Bedingungen der Erkrankung sollen neue Verhaltens- und Erlebensmuster geübt und erlernt werden. Ziel ist es, die negativen Verhaltensmuster besser zu verstehen und durch positive zu ersetzen. Die Verhaltenstherapie ist eine gedanken- und handlungsorientierte, problembezogene Therapieform, die wissenschaftlich gesicherte Behandlungserfolge hat.

Analytische Psychotherapie:

Die analytische Psychotherapie geht davon aus, dass belastenden und konflikthafte persönliche Lebenserfahrungen psychische Erkrankungen mit verursachen oder aufrechterhalten können. Dies ist ein unbewusster Prozess. Die Grundannahme ist, dass durch primäre Beziehungserfahrungen unser Selbstbild und die Grundhaltung anderen Menschen gegenüber entscheidend geprägt werden. Sind diese unbewussten Prozesse zu intensiv, können körperliche und psychische Beschwerden entstehen. Die Auseinandersetzung mit diesen Lebensprägungen und deren Folgen steht im Mittelpunkt der analytischen Psychotherapie. Ziel ist das Bewusstmachen von verdrängten Gefühlen und Erinnerungen, die eine autonomere Persönlichkeitsentwicklung behindern. Das therapeutische Setting sieht so aus, dass die PatientInnen auf einer Couch liegen und die PsychoanalytikerInnen hinter dem Kopfende sitzen. So wird es erleichtert sich auf Gefühle, Gedanken und die therapeutische Beziehung einzulassen. Die analytische Psychotherapie erfordert viel Zeit und Geduld, üblich sind zwei bis drei Therapiestunden in der Woche.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

Diese Therapieform hat sich aus der Psychoanalyse entwickelt. Auch sie geht davon aus, dass unser Leben nicht nur durch den Willen und kognitive Prozessen gestaltet wird, sondern das alles, was wir fühlen, denken und entscheiden, auch von unbewussten psychischen Einflüssen abhängt. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie konzentriert sich bei der Behandlung auf die Bearbeitung zentraler Konflikte, die sich aktuell negativ auswirken und Symptome bzw. Probleme verursachen. Es gibt ein „Face-to-face-Setting“, d. h. man sitzt sich gegenüber. Die Therapiestunden sind in der Regel einmal in der Woche. Man könnte den Unterschied zur analytischen Psychotherapie vielleicht so formulieren, dass hier ein nicht ganz so gründliches „Kelleraufräumen“ stattfindet (was oft auch gar nicht erforderlich ist).

Tipps zum Weiterlesen:

Gemeinsamer Bundesausschuss-Psychotherapierichtlinien:

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/

Piontek, Rosemarie: Mut zur Veränderung. Methoden und Möglichkeiten der Psychotherapie, Bonn 2009

Verbraucherzentrale NRW (2010): Psychotherapie. Angebote sinnvoll nutzen, 3. Auflage, Düsseldorf

www.psychotherapiesuche.de

Stange, Karl-Heinz (1999): Lebensfinsternis Depression. Ein Ratgeber, Roßdorf

6. Ambulante Therapiemöglichkeiten und Hilfen

6.1 Hausärztliche Versorgung

Für viele Menschen sind die HausärztInnen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden. Sie sind in der Regel ÄrztInnen für Allgemeinmedizin oder InternistInnen. Psychische Beeinträchtigungen sind oft mit körperlichen Symptomen verbunden wie etwa Müdigkeit, Herzrasen, Kopfschmerzen oder Magen-Darm-Beschwerden. Daher sollte zunächst immer eine körperliche Untersuchung erfolgen, um bisher nicht erkannte Krankheiten als Ursache der Beschwerden ausschließen zu können (beispielsweise können ein nicht entdeckter Diabetes oder Schilddrüsenerkrankungen depressive Symptome verursachen). Wenn die Beschwerden nicht durch eine Körpererkrankung verursacht werden, muss überlegt werden, ob die hausärztliche Betreuung ausreicht oder Hinweise auf weitergehende psychotherapeutische Hilfen gegeben werden.

Leider werden psychische und psychosomatische Beschwerden und Krankheiten von den HausärztInnen oft nicht erkannt. Im Durchschnitt vergehen über sieben Jahre vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Beginn einer adäquaten Therapie. Deshalb darf auch keineswegs angenommen werden, dass automatisch eine richtige Behandlung oder Überweisung erfolgt. Dasselbe gilt aber natürlich auch für alle anderen medizinischen Fachrichtungen. Dies hat hauptsächlich mit Mängeln der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu tun. Über Psychosomatik, psychische Erkrankungen, Gesprächsführung, krankmachende soziale Probleme oder über psychosoziale Folgen von Krankheiten, lernen und wissen ÄrztInnen immer noch viel zu wenig. Sie konzentrieren sich auf den menschlichen Körper, seine Organe und Krankheiten, von denen angenommen wird, dass ihre Entstehung nichts mit der Psyche, Gefühlen und der Lebenssituation der PatientInnen zu tun haben.

Oft ist eine solche Sichtweise richtig und notwendig: Beispielsweise bei Operationen oder Infektionskrankheiten müssen ÄrztInnen genau über die Funktionsweise des Körpers Bescheid wissen. Psychologiekennntnisse helfen den NotfallpatientInnen auf dem Operationstisch zunächst nicht. Wenn anschließend Ängste und Depressionen auftreten, weil die Diagnose schwerwiegend, die Prognose schlecht ist oder eine Behinderung zurückbleibt, sind psychologische Beratungskompetenzen jedoch wiederum sehr wichtig. Und natürlich gibt es mittlerweile nicht wenige ÄrztInnen jeder Fachrichtung, die dieses Wissen erworben, Erfahrungen gesammelt und sich weitergebildet haben. Wenn jedoch der Eindruck entsteht, dass sich die behandelnde ÄrztInnen nicht hinreichend mit den Beschwerden auseinandersetzen, psychische Aspekte grundsätzlich nicht in Erwägung ziehen und keine Besserung eintritt, sollte das Aufsuchen von psychiatrischen FachärztInnen oder PsychotherapeutInnen erwogen werden. Hierzu ist keine Überweisung oder Zustimmung erforderlich und auch die psychologischen PsychotherapeutInnen können direkt aufgesucht werden.

6.2 Psychosomatische Grundversorgung

Als psychosomatische Grundversorgung bezeichnet man eine bestimmte ärztliche Behandlungsmöglichkeit. Wenn niedergelassene ÄrztInnen eine Weiterbildung zur Basisdiagnostik psychischer Krankheiten, zur Gesprächsführung und zur Selbster-

fahrung absolviert haben, können sie mehrmals im Quartal unterstützende Gespräche im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung unkompliziert mit den Krankenkassen abrechnen, ohne dass Therapieanträge etc. erforderlich werden. Mitunter reicht dies als Hilfe bereits völlig aus: Ein Lotse kommt vorübergehend an Bord, hilft das Schiff in die richtige Richtung zu steuern und geht dann wieder von Bord.

Grundsätzlich kann jede Ärztin/jeder Arzt diese Weiterbildung absolvieren und die Unterstützungsleistung den PatientInnen anbieten. Dem Praxisschild oder anderen Verzeichnissen ist allerdings nicht zu entnehmen, ob diese Berechtigung besteht. Hier helfen nur Nachfragen bei den ÄrztInnen selbst, den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder Internetrecherchen.

6.3 ÄrztInnen für Psychiatrie

ÄrztInnen für Psychiatrie haben nach dem Medizinstudium eine mehrjährige fachärztliche Weiterbildung absolviert. Sie sind meist in eigenen Praxen niedergelassen und so ein wesentlicher Stützpfiler in der ambulanten Versorgung und Behandlung von psychisch kranken Menschen. Zu ihren Aufgaben gehören, neben der Diagnostik und medikamentöser Therapie, auch Beratung, Gespräche, Notfallbehandlung und sie können zudem weitere Behandlungen wie etwa Ergotherapie oder Soziotherapie und häusliche Pflege verordnen. Wenn eine psychotherapeutische Zusatzausbildung mit Approbation und Kassenzulassung vorliegt, dürfen diese ÄrztInnen natürlich auch psychotherapeutische Behandlungen durchführen. PsychiaterInnen können ohne Überweisung von den PatientInnen direkt aufgesucht werden.

6.4 PsychotherapeutInnen

Wie in den Kapiteln 5.2 und 5.3 beschrieben, können sich PsychotherapeutInnen mit entsprechender Ausbildung und Approbation in einer eigenen Praxis niederlassen. Diese Zulassung erfolgt jedoch nicht automatisch, sondern ist abhängig von so genannten Bedarfswerten in einer Versorgungsregion. Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen als ökonomische Interessenvertretung der ÄrztInnen und PsychologInnen sowie Organisationen wie die Bundespsychotherapeutenkammer, sollen über die Anzahl der benötigten PsychotherapeutInnen diskutieren und sich verständigen. Hier gibt es allerdings seit einigen Jahren erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Während die Bundespsychotherapeutenkammer und viele Fachleute dafür plädieren mehr PsychotherapeutInnen zu zulassen, weil die psychischen Erkrankungen in den letzten 20 Jahren stark zugenommen haben, die Bedarfswerte überholt und daher die Wartezeiten unzumutbar lang sind, argumentieren die Krankenkassen, dass deren Zahl ausreichend sei: Wenn alle PsychotherapeutInnen ihre Kassenzulassung von (in der Regel) 40 Stunden pro Woche auch tatsächlich für die PatientInnenbehandlungen nutzen und mehr Gruppen- und Kurzzeittherapien durchführen würden, ließen sich die oft überlangen Wartezeiten vermeiden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer widerspricht dieser Einschätzung entschieden und verweist darauf, dass psychisch kranke Menschen durchschnittlich mehr als drei Monate auf ein erstes Gespräch bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen warten müssen, nicht wenige sogar noch wesentlich länger. Sie fordert, diese Wartezeiten auf höchstens drei Wochen

zu verkürzen. So lange keine Einigung mit den Krankenkassen über die notwendige Anzahl der niedergelassenen PsychotherapeutInnen erzielt werden kann, wird empfohlen bei der Krankenkasse die Möglichkeit einer Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V zu beantragen. Hiemit ist gemeint, dass psychisch kranke Menschen auch zu Psychotherapeuten in Privatpraxen gehen können, obwohl diese normalerweise nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Eine Voraussetzung hierfür ist gegeben, wenn eine Leistung „unaufschiebbar“ ist. „Unaufschiebbar“ und notwendig ist eine Psychotherapie bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und dringendem Hilfebedarf.

a) Man muss zunächst bei zugelassenen Psychotherapeuten in der Nähe seines Wohnortes nachfragen, wann eine Behandlung möglich ist. Eine Liste der PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung bekommt man von der Krankenkasse oder findet sie auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigung seines Bundeslandes. Es sollten möglichst viele Psychotherapeuten mit Kassenzulassung angerufen werden, mindestens jedoch drei bis fünf. Über die telefonische Suche sollte ein Protokoll geführt werden. In diesem Protokoll sollten der Name der angerufenen PsychotherapeutInnen, Datum und Uhrzeit des Gesprächs und die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz notiert werden. Wartezeiten über drei Monate gelten grundsätzlich als nicht zumutbar.

b) Neben den mit Kassenzulassung gibt es auch in einer Privatpraxis niedergelassene PsychotherapeutInnen. Wenn sie über dieselbe Ausbildung wie die PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung verfügen, kann man einen Antrag auf Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse stellen, um sich von ihnen behandeln zu lassen. Das Adressenmaterial bekommt auf den Internetseiten der Landespsychotherapeutenkammern (www.bptk.de/bptk/landes-kammern.html). Bei einer Anfrage sollte man sich erkundigen ob kurzfristig die Behandlung übernommen werden kann und ob die Ausbildung und Approbation für eine der drei in Kapitel 5.2 erwähnten Psychotherapieverfahren vorliegt. Beides müsste schriftlich bestätigt werden.

c) Schließlich wird noch eine Bescheinigung benötigt, dass eine Psychotherapie notwendig und unaufschiebbar ist. Eine solche Bescheinigung können die Haus- oder FachärztInnen ausstellen. Selbstverständlich könnten auch PsychotherapeutInnen die Dringlichkeit einer Behandlung bestätigen, aber die Krankenkassen fordern dennoch häufig eine zusätzliche ärztliche Bescheinigung.

d) Als nächster Schritt muss ein Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V bei der Krankenkasse gestellt werden. Die Krankenkassen haben fünf Wochen Zeit, den Antrag zu bearbeiten. Reagieren Sie innerhalb dieser Frist nicht, gilt der Antrag als genehmigt (§13 Absatz 3a SGB V).

e) Die gesetzlichen Krankenkassen scheinen in letzter Zeit zunehmend Anträge auf Kostenerstattung für eine ambulante Psychotherapie abzulehnen. Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert dieses Vorgehen, weil die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nicht nachkommen, rechtzeitig eine Behandlung zu ermöglichen. Erhält man eine ablehnende Antwort, ohne dass die Krankenkasse einen freien Behandlungsplatz bei PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung anbietet, kann Widerspruch eingelegt werden.

In einer Broschüre der Bundespsychotherapeutenkammer finden sich weitere Informationen sowie Musteranschreiben und Hilfen für eine Widerspruchsformulierung (www.bptk.de, Ratgeber Kostenerstattung). Der aufgezeigte Weg ist allerdings oft nicht einfach zu beschreiten und es muss leider mit Widerständen gerechnet werden.

Ergänzend ist noch zu erwähnen, dass es an psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten oft die Möglichkeit einer Behandlung durch AusbildungskandidatInnen besteht. Hier kann man mitunter schneller einen Therapieplatz bekommen und Befürchtungen „Versuchskaninchen“ zu sein, sind nicht berechtigt. Weiterhin gibt es an manchen Universitätskliniken psychotherapeutische Ambulanzen, die man -wenn man in ihrem Einzugsbereich wohnt- direkt aufsuchen kann.

6.5 HeilpraktikerInnen für Psychotherapie

Zugelassene HeilpraktikerInnen dürfen körperliche und seelische Leiden feststellen und therapieren. Häufig basiert ihre Arbeit auf Methoden der Naturheilkunde oder der Alternativmedizin. HeilpraktikerInnen für Psychotherapie haben sich für eine psychologische Spezialisierung entschlossen und konzentrieren sich hierauf.

In der Praxis trifft man sowohl auf psychologisch geschulte, weitergebildete und gewissenhafte HeilpraktikerInnen wie auch auf schlecht und lückenhaft ausgebildete, die mit fragwürdigen Methoden wie "Irisdiagnose", "Bachblütentherapie" oder "Astrologischer Diagnostik" arbeiten. Als Besonderheit ist sicherlich anzuerkennen, dass sich viele ungewöhnlich viel Zeit nehmen. Allerdings muss diese auch bezahlt werden, die Behandlungskosten werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Ob durchgängig eine hinreichende Qualifikation vorliegt, um psychisch kranke Menschen erfolgreich zu behandeln, ist eher skeptisch einzuschätzen. Es mag durchaus sein hier und da die nötige Hilfe und Unterstützung zu finden. Diese Wahrscheinlichkeit ist allerdings sicher nicht größer als bei ÄrztInnen und PsychologInnen. Wunder dürfen weder von der einen noch von der anderen Berufsgruppe erwarten werden. Lediglich "mehr Zeit" ist für sich allein noch keine Alternative und muss nicht unbedingt "mehr" helfen. Sich eventuell ernster genommen zu fühlen, ist eine ganz andere Sache, bietet aber ebenfalls noch keine hinreichende Garantie für eine qualifizierte Behandlung.

6.6 Psychosoziale Beratungsstellen

Psychosoziale Beratungsstellen werden von Städten und Kommunen, freien Trägern wie der Arbeiterwohlfahrt, Rotes Kreuz, Diakonie und Caritas oder Vereinen getragen. In diesen Beratungsstellen arbeiten meist SozialarbeiterInnen, PsychologInnen oder andere Fachberufe. Oft gibt es eine Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen oder Probleme wie Suchtkranke, Gehörlose, Schuldnerberatung oder Schwangerenkonfliktberatung.

Die Inanspruchnahme dieser Hilfe- und Unterstützungsangebote ist in der Regel kostenlos, jede Bürgerin/jeder Bürger eine Kommune kann sie in Anspruch nehmen. Unter dem Stichwort „Beratungsstellen“ lässt sich im Internet mühelos die regionalen Möglichkeiten recherchieren. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet eine Broschüre „Suchtmittel, Behandlungsmöglichkeiten, Beratungsstellen“ an (download: www.bzga.de).

6.7 Soziotherapie

Die ambulante Soziotherapie findet im persönlichen und sozialen Umfeld der Betroffenen statt. Sie soll gegen Isolation wirken, motivieren und anleiten die Krankheit zu verstehen und ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die rechtlichen Grundlagen dieser Hilfe- und Versorgungsmöglichkeit sind in § 37a SGB V geregelt. Die ambulante Soziotherapie ist in erster Linie für schwerere Formen der Schizophrenie und Depression geeignet. Sie wäre besonders geeignet, wenn eine Behandlung im Krankenhaus angebracht, aber nicht durchführbar ist, sie gänzlich vermieden oder verkürzt werden soll. Entweder, weil die stationären Plätze belegt sind oder weil die Betroffenen nicht motiviert werden können die Behandlung zu beginnen. Eine ambulante Soziotherapie kann aufgrund ärztlicher Verordnung erfolgen, wenn die oben genannten Diagnosen und folgende Einschränkungen bestehen:

- Unstrukturiertes Handeln in Verbindung mit geringem Antrieb, Motivation und Belastbarkeit, eingeschränktes planerisches Denken und Realitätsbezug.
- Fehlende Kontakt- und Konfliktlösungsfähigkeiten.
- Geringe Konzentration und Merkfähigkeit, vermehrte Schwierigkeiten mit dem Lernen oder problemlösendem Denken im Alltag.
- Geringes Krankheitsverstehen, Konflikt- und Krisensituationen können nicht als solche erkannt werden.

SoziotherapeutInnen sind entweder SozialarbeiterInnen mit Psychiatrieerfahrung oder FachkrankenpflegerInnen für Psychiatrie. Sie koordinieren ärztliche und andere Versorgungsleistungen, begleiten zu Arzt- und Behördenterminen, achten auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme oder unterstützen die Betroffenen bei der Tagesstrukturierung und dem Alltagstraining. Die Angehörigen und das soziale Umfeld werden mit einbezogen. Sie sollen lernen Krankheitssymptome besser wahrzunehmen, mit ihnen umzugehen und in Krisen adäquat zu reagieren. Die ambulante Soziotherapie kann für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen maximal für drei Jahre und 120 Stunden bewilligt werden. Die Antragstellung an die Krankenkasse kann nur über psychiatrische ÄrztInnen, die zudem über eine besondere Zulassung verfügen müssen, erfolgen. Weiter Informationen und ein Verzeichnis der SoziotherapeutInnen nach Bundesländern siehe auf www.soziotherapie.de sowie auf www.kvs-sachsen.de/mitglieder/verordnungen/soziotherapie/.

6.8 Ergotherapie

Ambulante Ergotherapie kann über alltagsnahe, motorische und kreative Übungen das psychische Befinden positiv beeinflussen und zum vertieften Selbsterleben beitragen. Die Rechtsgrundlagen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen finden sich in § 32 SGB V.

Die Ergotherapie will zum (wieder-)entdecken der eigenen Potenziale anregen und dazu beitragen, durch die Erkrankung verlorengangene geglaubte Fähigkeiten wiedererlangen. Dies kann beispielsweise zum Abbau von Angststörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Depressionen, Schizophrenien, Essstörungen oder Suchtkrankheiten beitragen (weiter Infos siehe www.bed-bv.de und www.ergotherapie.de).

In der Ergotherapie werden psychische Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung trainiert. Außerdem werden die Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung sowie die Selbst- und Fremdwahrnehmung gestärkt. So kann sich wieder psychische Stabilität und Selbstvertrauen entwickeln, die zu einer eigenständigen Lebensgestaltung und Grundarbeitsfähigkeit beitragen. Hierfür können auch ein Training von alltäglichen Aufgaben (wie Kochen oder Zeitplanung) durchgeführt oder die Hirnleistungsfunktion durch entsprechende Übungen gestärkt werden. Ein Behandlungsabschnitt wird zunächst für zehn Therapieeinheiten bewilligt, danach können Folgeanträge gestellt werden. Der maximale Behandlungszeitraum beträgt meist 40 Therapieeinheiten. Die Angebote zum psychischen Funktionsaufbau finden in der Regel wöchentlich in Gruppen statt.

Ergotherapie kann durch Allgemein- und FachärztInnen verordnet werden. Das Rezept muss innerhalb von vierzehn Tagen bei von den Krankenkassen zugelassenen ErgotherapeutInnen vorgelegt werden. Die ergotherapeutische Behandlung zählt zu den so genannten Heilmitteln und ist daher zuzahlungspflichtig. Wenn keine Kostenbefreiung durch die Krankenkasse vorliegt, beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Verordnung und 10 Prozent der Behandlungskosten.

6.9 Psychiatrische Pflege und Ambulant Betreutes Wohnen

Die psychiatrische Pflege ist eine ambulante Betreuungsleistung eines entsprechend qualifizierten Pflegedienstes für psychiatrische PatientInnen. Die Rechtsgrundlagen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in § 37 SGB V. Grundsätzlich können diese Pflegeleistungen von psychiatrischen FachärztInnen bei allen psychischen Erkrankungen verordnet werden. Oft erfolgt dies bei Psychose, manisch-depressiven Erkrankungen oder Angststörungen. Eine Verordnung bei Suchtkrankheiten ist möglich, wenn eine Doppeldiagnose vorliegt. Zusammen mit den Betroffenen und Angehörigen entwickeln die Pflegefachkräfte geeignete Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten. Hierzu gehören der Umgang mit Medikamenten, eine Tagesstrukturierung sowie die Bewältigung von Alltagsanforderungen (Einkaufen, Kochen, Körperpflege etc.) oder der Umgang mit Krisensituationen. Die häusliche psychiatrische Pflege kann für maximal ein halbes Jahr bewilligt werden. Die ärztliche Behandlung soll dadurch unterstützt und ergänzt sowie ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden werden (infos siehe www.bapp.info).

Die Hilfen des Ambulant Betreuten Wohnens zielen darauf ab, den Betroffenen ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Sie werden dabei unterstützt sich selbst zu organisieren, Selbstbewusstsein zu entwickeln und Verantwortung zu übernehmen. Die PatientInnen sollen lernen, ihr Leben (wieder) selbst zu gestalten. Durch das Ambulant Betreute Wohnen sollen Heimaufenthalte vermieden bzw. hinausgezögert werden. Regelmäßige Kontakte mit den MitarbeiterInnen, meist erfahrenen SozialarbeiterInnen, sollen zur weitgehend eigenständigen Lebensführung beitragen. Es erfolgt u. a. eine Unterstützung beim Aufbau von sozialen Kontakten, bei der beruflichen Integration, Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen sowie eine Unterstützung in Krisensituationen. Das Ambulant Betreute Wohnen muss von den Betroffenen beim örtlichen Sozialhilfeträger beantragt werden, bei einer Bewilligung können sie sich die Anbieter (Diakonie, Caritas, AWO etc.) auswählen.

6.10 Selbsthilfegruppen

In Selbsthilfegruppen treffen sich Betroffene mit und ohne professionelle Anleitung um sich gegenseitig zu unterstützen und Erfahrungen auszutauschen. In der Regel ist die Teilnahme nicht von Wartezeiten abhängig und kann jederzeit in Anspruch genommen werden. Selbsthilfegruppen können nach § 20c SGB V einen Zuschuss für Raummiete oder Öffentlichkeitsarbeit durch die Gesetzlichen Krankenkassen beantragen oder finanzieren sich durch Spenden.

Es gibt ein umfangreiches Angebot von Selbsthilfegruppen, beispielsweise für Drogenabhängige oder Menschen mit Angsterkrankungen. Unter dem Stichwort "Kontakt- und Informationstellen für Selbsthilfegruppen" (KISS) und auf www.nakos.de kann man sich problemlos über die regionalen Selbsthilfeangebote und -möglichkeiten informieren. Die Dauer der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist nicht festgelegt, dies muss jede/jeder selbst entscheiden. In einer professionell angeleiteten Gruppe kann jedoch durchaus auch einmal eine verbindlichere Teilnahme erwartet werden. Der Austausch und der Kontakt mit anderen Betroffenen ist für viele Menschen eine wichtige Unterstützung und Hilfe. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bedeutet oft eine zentrale Erfahrung bei der Bewältigung von Problemen.

7. Stationäre/Teilstationäre Therapiemöglichkeiten

Wenn die psychischen Probleme, die Konflikte oder Krisen nicht mehr durch eine ambulante Betreuung und Behandlung zu bewältigen sind, sollte man sich nicht scheuen stationäre oder teilstationäre Behandlungen in Anspruch zu nehmen.

7.1 Psychiatrische Stationen im Allgemeinkrankenhaus und psychiatrische Fachkrankenhäuser

Fast jede größere Stadt verfügt über ein Allgemeinkrankenhaus zur stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Neben den üblichen körpermedizinischen Stationen (Innere Medizin, Chirurgie etc.), haben einige auch psychiatrische Stationen, die besonders für akute notwendig werdenden Behandlungen und Notfälle geeignet sind. Es gibt außerdem auch ausschließlich psychiatrische Fachkrankenhäuser. Das Behandlungsspektrum reicht in der Regel von der akuten Krisenintervention bis zu Langzeitbehandlung. Es beinhaltet die medizinische Grundversorgung und medikamentöse Therapie sowie psychotherapeutische Hilfen, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Bewegungstherapie oder andere therapeutische Angebote. Für die Aufnahme und Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung reicht eine haus- oder fachärztliche Einweisung aus. Eine weitere Möglichkeit ist es selbst die Notaufnahme aufzusuchen oder es kommt zu einer Einlieferung über den Rettungsdienst. Es muss für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag direkt an das Krankenhaus geleistet werden. Betreffs Prüfung, ob und in welchem Umfang man eventuell von der Zuzahlung befreit werden kann, sollte man sich an seine Krankenkasse wenden.

7.2 Psychotherapeutische/Psychosomatische Fachkliniken

Psychotherapeutische Fachkliniken:

Die Behandlung und Rehabilitation in psychotherapeutischen Fachkliniken konzentriert sich auf stabilisierende Therapiemaßnahmen und soll in erster Linie eine berufliche Wiedereingliederung ermöglichen. Ziel ist es, die im Rahmen von psychiatrischen Krankheiten aufgetretenen Beeinträchtigungen zu lindern, soziale Kompetenzen zu trainieren und eine Stärkung der bewussten Ich-Funktionen (Wahrnehmung, Erinnerung, Denken, Planen oder Lernen) und der unbewussten Ich-Funktionen (Abwehr, Widerstand, Auseinandersetzung mit Konflikten etc.) zu ermöglichen. Welche Variante dabei im Vordergrund steht, hängt von der Konzeption der Fachklinik ab (verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch). Bei manchen Fachkliniken werden die Kosten von den Krankenkassen übernommen (siehe Beachtung der Zuzahlung in Kapitel 7.1), bei anderen von der Gesetzlichen Rentenversicherung (hier ist gegebenenfalls eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag für maximal 42 Tage pro Kalenderjahr zu leisten). Wichtige Informationen über psychotherapeutische Fachkliniken sind auf www.ipsis.de/adressen/adresspth.htm zu finden.

Psychosomatische Fachkliniken:

Die Hauptaufgabe der Fachkliniken für psychosomatische Erkrankungen ist es, die Zusammenhänge zwischen psychischen Problemen und körperlichen Symptomen erkennen zu helfen (beispielsweise bei Essstörungen oder Morbus Crohn, siehe Kapitel 3.6). Durchschnittlich dauert die Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik fünf bis sechs Wochen, Verlängerungen sind jedoch möglich. Bei manchen Fachkliniken werden die Kosten von den Krankenkassen übernommen (siehe Beachtung der Zuzahlung in Kapitel 7.1), bei anderen von der Gesetzlichen Rentenversicherung (hier ist gegebenenfalls eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag für maximal 42 Tage pro Kalenderjahr zu leisten). Einen ersten Überblick kann man sich auf www.jameda.de/kliniken/psychosomatik/fachgebiet/ verschaffen.

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK):

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind gemeindenahe Einrichtungen, die integrierte Hilfen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation anbieten. Diese Angebote sind in stationärer oder ganztägig ambulanter Form möglich, für die PatientInnen wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. In diesen Einrichtungen arbeiten Berufsgruppen wie ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen oder ErgotherapeutInnen und Fachkräfte für berufliche Rehabilitation zusammen. Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme ist in der Regel auf zwölf Monate befristet. Grundlage für die praktische Arbeit ist die RPK-Empfehlungsvereinbarung. Sie kann auf www.bagrpk.de eingesehen werden. Hier gibt es, neben allgemeinen Informationen zu Therapiemöglichkeiten, Antragsverfahren, Kostenübernahmemöglichkeiten etc., auch ein Verzeichnis der RPK-Einrichtungen in Deutschland.

7.3 Tageskliniken

Teilstationäre Angebote wie eine Tagesklinik schließen eine Lücke zwischen einer stationären und einer ambulanten Behandlung. Sie können anstelle oder auch im Anschluss an eine stationäre Therapie in Frage kommen. Tageskliniken sind mittlerweile ein wichtiges Element in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In der

Regel werden sie von Krankenhäusern mit einer psychiatrischen Abteilung oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern angeboten. Tageskliniken als von einem Krankenhaus unabhängige, eigenständige Einrichtung gibt es relativ selten. Die Finanzierung erfolgt durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Zur Aufnahme kann es durch eine ärztliche Verordnung kommen oder die tagesklinische Behandlung schließt sich direkt an einen stationären Aufenthalt an.

Eine tagesklinische Behandlung ist sinnvoll, wenn eine ambulante Versorgung nicht ausreicht und eine vollstationäre Therapie nicht (mehr) notwendig bzw. mit unerwünschten Auswirkungen verbunden ist. Eine intensive teilstationäre Krisenintervention und Kurzzeittherapie ist ebenso möglich wie längerfristige Behandlungen. Entscheidend für die Aufnahme sind die Behandlungsbedürftigkeit, das Einverständnis sowie die ausreichende Motivation und Absprachefähigkeit der PatientInnen und ob ein Verbleiben in der eigenen Wohnung möglich ist. Die PatientInnen sollten dazu in der Lage sein, den täglichen Weg zur Klinik und zurück selbständig zu bewältigen. Suchtmittelmissbrauch sollte nicht im Vordergrund stehen. Die therapeutischen Ansätze umfassen in der Regel Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Beschäftigungs-, Bewegungs- und Körpertherapie, Entspannungsgruppen, Konzentrations- und soziales Kompetenztraining, sozio- und milieutherapeutische Behandlungselemente (Kochgruppen, Freizeitaktivitäten etc.) sowie medikamentöse Behandlungen mit Psychopharmaka.

7.4 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Psychiatrische Institutsambulanzen existieren in allen Bundesländern und sind an psychiatrische Krankenhäuser sowie an Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen angegliedert. Die Kosten einer Behandlung in einer PIA werden nach § 118 SGB V von der Krankenkasse getragen. Sie sollen helfen Krankenhausaufenthalte zu verhindern bzw. zu verkürzen. Neben medizinischen gibt es auch psychotherapeutische Unterstützungsangebote sowie die Möglichkeit von Hausbesuchen durch die MitarbeiterInnen der PIA.

Institutsambulanzen sollen vor allem solche PatientInnen versorgen, die durch niedergelassene FachärztInnen nicht oder nicht ausreichend versorgt werden können. Auch die Nachbetreuung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt gehört zu den Aufgaben einer PIA. Die MitarbeiterInnen kennen die PatientInnen oft bereits vom stationären Aufenthalt, die Betroffenen müssen sich dann nicht auf neue Bezugspersonen einstellen. Auch eine eventuell notwendige Wiederaufnahme in die Klinik kann reibungsloser ablaufen, wenn die PatientInnen durch die ambulante Betreuung in Kontakt mit dem Krankenhaus geblieben sind. Ein weiterer Vorteil ist die oft enge Vernetzung der PIA mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter, anderen ambulanten Hilfen und Selbsthilfe- und Angehörigengruppen.

Seit 2013 sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen zudem ermächtigt, auch psychosomatische Erkrankungen zu behandeln. Die Aufnahme in eine PIA erfolgt durch Überweisung durch die psychiatrische Abteilung oder durch niedergelassene Haus- oder psychiatrische Fachärzte. Das Aufsuchen einer PIA ist aber auch ohne Überweisung möglich, etwa in Krisensituationen oder wenn vorher keine niedergelassenen ÄrztInnen aufgesucht werden konnten.

8. Hilfen an der Hochschule und durch die Studentenwerke

8.1 Beauftragte der Hochschulen für die Belange chronisch kranker und behinderter Studierender

Fast jede Hochschule hat Behindertenbeauftragte, die sich um die Belange behinderter sowie chronisch kranker Studieninteressierter und Studierender kümmern. Im Jahr 2013 waren es 324 (Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung 2013). Gesetzlich ist die Berufung von Behindertenbeauftragten an den Hochschulen bisher nur in acht der 16 Bundesländer vorgeschrieben.

Die Aufgabe dieser Beauftragten für die Belange chronisch kranker und behinderter Studierender und StudieninteressentInnen bzw. Behindertenbeauftragten besteht hauptsächlich darin, Studierenden mit Handicap bei allen Fragen, die das Studium und die Behinderung betreffen, zu unterstützen. Außerdem sollen sie bei der Gestaltung eines inklusiven Studiums mitwirken und dafür sensibilisieren.

Die Behindertenbeauftragten informieren über finanzielle, technische, institutionelle und personelle Hilfen, die in Anspruch genommen werden können. Als VermittlerInnen und ExpertInnen setzen sich die Beauftragten für die Interessen der Studierenden mit Handicap innerhalb und außerhalb der Hochschule ein. Ihre konkreten Aufgaben dabei sind die Suche nach Lösungen bei Problemen wie:

- Nachteilsausgleichen im Studienverlauf. Die Beauftragten helfen bei Studienzeitverlängerung, Prüfungszeitverlängerung, auf der Suche nach alternativen Prüfungsformen wie zum Beispiel den Ersatz der schriftlichen durch eine mündliche Prüfung.
- Barrierefreiheit der Gebäude/Hörsäle
- Antragstellungen auf Assistenzen und Hilfsmittel
- Hilfestellung bei Kostenübernahmeanträgen durch Gutachten etc.
- Vermittlung von Hilfen außerhalb der Hochschule

Dabei beraten und unterstützen sie die behinderten Studierenden und chronisch Kranken vor Beginn und während des Studiums sowie beim Übergang ins Berufsleben. Je nach Qualifikation und zeitlichen Ressourcen gehören hierzu auch die Studienorganisation, das Zeitmanagement oder die beruflichen Perspektiven. Die Beratung durch die Behindertenbeauftragten sind kostenlos und vertraulich. Es darf keine Speicherung von Diagnosen, Behinderungen oder die Gewährung von Nachteilsausgleichen in Prüfungsdokumenten, Zeugnissen etc. erfolgen.

Eine Umfrage der Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) des Deutschen Studentenwerks ergab 2013, dass noch längst nicht alle Beauftragten aktiv in die Gestaltung barrierefreier Strukturen in den Hochschulen eingebunden sind und dass insbesondere an großen Hochschulen die Ressourcenausstattung der Beauftragten unzureichend ist. Hier besteht also noch großer Handlungsbedarf. Die wichtigsten Ergebnisse waren (IBS 2013):

Beratung: 94 Prozent der Beauftragten informieren und beraten Studieninteressierte und Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten persönlich, 91 Prozent unterstützen die Studierenden individuell z.B. bei der Beantragung von Nachteilsausgleichen. Darüber hinaus bieten sehr viele Beauftragte auch Lehrenden eine individuelle Beratung an (75 %) oder halten spezielle Informationsmaterialien für sie bereit (39 %).

Strukturelle Mitwirkung: Ungefähr ein Drittel der Beauftragten wirkt mit am Auf- und Ausbau barrierefreier Strukturen in der Hochschule. Die Beauftragten beteiligen sich an der Planung und Umsetzung von Baumaßnahmen (37 %), an der Überarbeitung rechtlicher Regelungen (36 %) und an den Verfahren zur Akkreditierung von Studiengängen (30 %).

Stellungnahmen: 60 Prozent der Beauftragten verwenden einen Teil ihrer zeitlichen Ressourcen darauf, Stellungnahmen auf Anforderung der Sozialleistungsträger zu verfassen. 70 Prozent der Beauftragten schreiben Stellungnahmen auf Anforderung des Prüfungsamtes.

Studienorganisation: Die Beauftragten übernehmen zum Teil auch studienorganisatorische Aufgaben. So helfen sie bei der Umsetzung von Nachteilsausgleichen, indem sie z.B. die Prüfungsaufsicht übernehmen oder einen Raum zur Verfügung stellen (37 %).

Information: Die Hälfte der Beauftragten erarbeitet Informationsmaterial für Studieninteressierte und Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten und ein Drittel organisiert entsprechende Informationsveranstaltungen. Weniger als die Hälfte der an der Umfrage beteiligten Hochschulen halten jedoch auf ihren Webseiten ein Informationsangebot für Studieninteressierte und Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten vor (43 %).

Barrierefreiheit: Nur zwei Drittel der Beauftragten verfügen über barrierefrei zugängliche Räume (68 %).

Amtsausübung: Zu je einen Drittel üben die Beauftragten ihr Amt ehrenamtlich oder als Teilaufgabe von MitarbeiterInnen der Hochschulverwaltung, der Studienberatung etc. aus. 25 Prozent der Beauftragten erfüllen ihr Amt als Teilaufgabe eines Lehrenden. 31 Prozent der Beauftragten werden durch studentische Hilfskräfte oder Berater/innen unterstützt.

Arbeitsaufwand: 43 Prozent der Beauftragten können für sich einen gestiegenen Arbeitsaufwand in den letzten drei Jahren erkennen. Mehr Zeit benötigen diese Beauftragten z.B. für die Beratung zu Nachteilsausgleichen, die Beratung von Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen und die Begleitung von Bauvorhaben.

Arbeitsaufwand und Ressourcenausstattung hinsichtlich Hochschulgröße: Arbeitsaufwand und Ressourcenausstattung werden von den Beauftragten großer Hochschulen zum Teil deutlich abweichend vom Durchschnitt bewertet. Die Beauftragten der 35 beteiligten Hochschulen mit über 15.000 Studierenden empfinden für sich mehrheitlich einen gestiegenen Arbeitsaufwand (77 %) und sie beurteilen mehrheitlich die personelle Unterstützung (57 %) und die finanzielle Ausstattung (63 %) als eher oder völlig unzureichend.

8.2 Nachteilsausgleiche

Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung haben gemäß der Behindertenrechtskonvention das Recht auf eine chancengleiche und barrierefreie Teilhabe am Studium und in den Prüfungen. Hierbei sind Ausgleiche behinderungsbedingter Nachteile in Bezug auf die Gestaltung des Studiums und der Prüfungen angemessene Vorkehrungen, die eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen (BRK, Art. 2, 24 Abs. 5). Gleichsam gelten im deutschen Recht das Benachteiligungsverbot für Menschen mit Behinderung (BGG, § 7 Abs. 2) und der Grundsatz der Chancengleichheit in berufsbezogenen Prüfungen (GG, Art. 3 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 12 Abs.1) sowie der Anspruch auf den Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile (SGB IX, § 126).

Daneben verpflichtet das Hochschulrahmengesetz die Hochschulen, Benachteiligten Studierender mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Studium zu verhindern und in Studien- und Prüfungsordnungen Chancengleichheit zu garantieren (HRG, § 2

Abs. 4; § 16 Satz 4). Bis auf Baden-Württemberg sind Bestimmungen hinsichtlich Nachteilsausgleiche in fast allen Landeshochschulgesetzen enthalten. In den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen und Hamburg ist der Anspruch auf entsprechende Nachteilsausgleiche bei der Durchführung des Studiums gesondert gesetzlich geregelt. Die Thüringer Hochschulen sind durch das Thüringer Hochschulgesetz verpflichtet, Regelungen über Nachteilsausgleiche etc.. für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung in ihre Prüfungsordnungen aufzunehmen (ThürHG, § 49 Abs. 3).

Veränderungen der Studienstrukturen, Studieninhalte und Prüfungsmodalitäten in Folge des sogenannten "Bologna-Prozesses", d. h. der Einführung der Bachelor (BA) und Master (MA) Studienabschlüsse, führten bisher nicht zu einer besseren Berücksichtigung der besonderen Situation chronisch kranker und behinderter Studierender. Die Studie „beeinträchtigt studieren“ des Deutschen Studentenwerks weist nach, dass viele der befragten Studierenden Schwierigkeiten mit den organisatorischen und zeitlichen Vorgaben ihres Studiengangs bzw. mit den Anforderungen an Lehr- und Prüfungssituationen haben.

Studierende mit chronischer Erkrankung oder Behinderung sind daher verstärkt auf den Abbau von Barrieren bzw. auf Nachteilsausgleiche zur Kompensation ihrer Handicaps angewiesen. Die Voraussetzungen für die Gewährung von Nachteilsausgleichen im Studium und bei Prüfungen sind:

- Vorliegen einer längerfristigen Beeinträchtigung
- Entstehen eines konkreten Nachteils („Leistungsdefizit“) gegenüber nicht behinderten Studierenden, wenn die Prüfung oder Lehrveranstaltung unter „üblichen Bedingungen“ erfolgen würde
- Kein unmittelbarer sachlicher Zusammenhang zwischen „Leistungsdefizit“ und den in der Prüfung zu ermittelnden Kenntnissen und Fähigkeiten

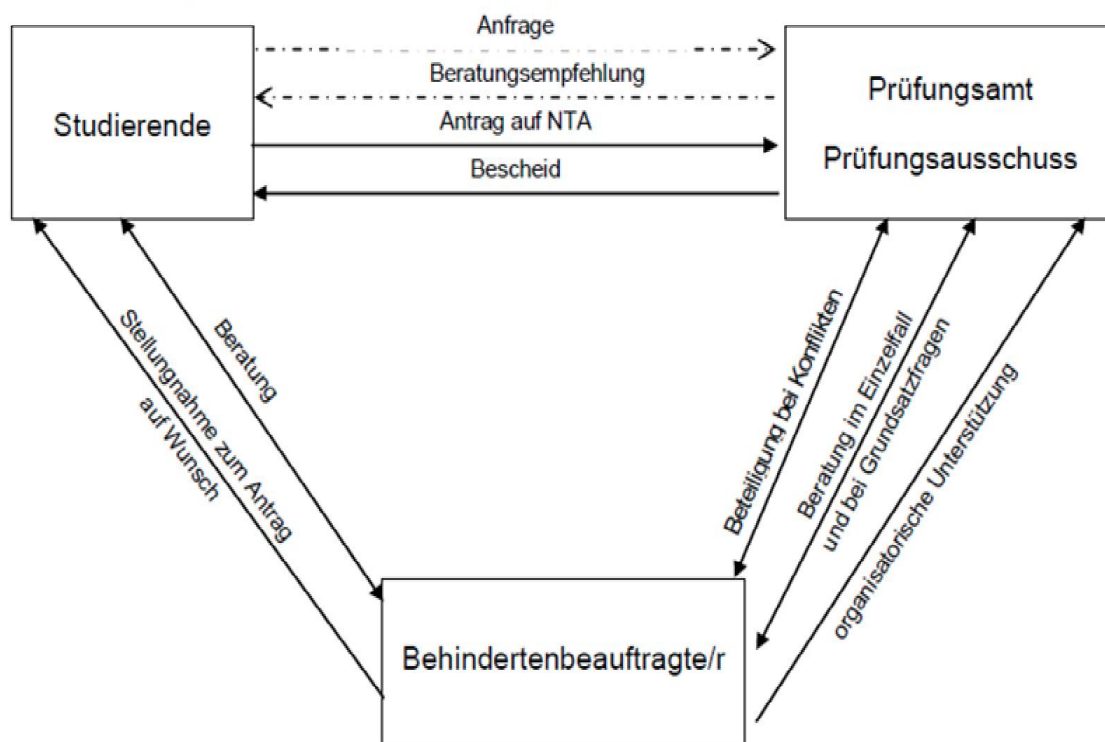
Modifikationen hinsichtlich der Ermittlung von Studien- und Prüfungsleistungen sind im Prinzip nur vor der Anmeldung bzw. dem Ablegen einer Prüfungs-/Studienleistung möglich. Der Antrag kann nur dann später gestellt werden, wenn der Antragsgrund erst nach Anmeldung zur Prüfung auftritt. Ein Verzicht auf Studienleistungen oder Prüfungsteile ohne deren angemessene Kompensation ist nicht möglich. Nach Ablegen einer Prüfung sind keine Nachteilsausgleiche in Bezug auf Bewertung der Leistungen mehr realisierbar („Notenschutz“).

Mögliche Belege zum Nachweis einer Studienbeeinträchtigung sind:

- (Fach-)Ärztliche Atteste oder Stellungnahmen mit Angaben zu Auswirkungen der Beeinträchtigung im Prüfungsgeschehen und Empfehlung zu Prüfungsmodifikationen
- Stellungnahmen von PsychotherapeutInnen mit Angaben zu Auswirkungen der Beeinträchtigung im Prüfungsgeschehen und Empfehlung zu Prüfungsmodifikationen
- Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes oder Schwerbehindertenausweis
- Behandlungsberichte (z. B. nach stationären Aufenthalten)
- Stellungnahme oder Bericht eines Rehabilitationsträgers
- Stellungnahme der Beauftragten für die Belange von Studierenden mit Behinderung

Die Verfahren zur Beantragung von Nachteilsausgleichen in der Studien- und Prüfungsgestaltung sind von Hochschule zu Hochschule unterschiedlich geregelt. Meist findet eine Beratung durch die Beauftragten für die Belange chronisch kranker und behinderter Studierender der Hochschule statt, die zwischen Studierenden, Lehrenden und den Prüfungsämtern vermitteln. Studierende, die einen Nachteilsausgleich bei Studien- und Prüfungsleistungen benötigen, stellen in der Regel einen formlosen, schriftlichen Antrag an die zuständigen Prüfungsgremien. Exemplarisch zeigt die folgende Abbildung am Beispiel der Universität Hamburg die relevanten Akteure und ihre Beziehungen:

Abb. 9: Verfahren zur Beantragung von Nachteilsausgleichen



Quelle: Gattermann-Kasper 2011, S. 4

Wenn von den Studierenden die oben genannten Voraussetzungen nachgewiesen werden, müssen die zuständigen Prüfungsausschüsse einen Nachteilsausgleich gewähren. Die Umsetzung liegt im Ermessen des Prüfungsamtes. Dabei sind generelle, auf eine bestimmte Beeinträchtigung bezogene Empfehlungen zur Gestaltung nachteilsausgleichender Maßnahmen in der Regel nicht möglich. Nachteilsausgleiche sind immer individuell auf die Auswirkungen einer Beeinträchtigung und die entsprechende Studien- und Prüfungsordnung anzupassen.

Dabei sind Art und Umfang nachteilsausgleichender Maßnahmen danach auszurichten, dass die Beeinträchtigung voll ausgeglichen wird. Vergleichsmaßstab sind dabei die Bedingungen für PrüfungskandidatInnen ohne Beeinträchtigungen. Weiterhin dürfen nachteilsausgleichende Maßnahmen nicht zu einer privilegierenden Überkompensation ("positiven Diskriminierung") hinsichtlich der Chancengleichheit anderer PrüfungskandidatInnen führen.

Konkret auf mögliche Studienbeeinträchtigungen bezogen, die durch eine psychische Erkrankung entstehen können, werden nachfolgend einige wichtige Nachteilsausgleiche genannt:

Tab. 10: Mögliche Nachteilsausgleiche bei Studienbeeinträchtigungen durch psychische Erkrankungen

Studienrelevante Beeinträchtigung	Nachteilsausgleich
Probleme bei der Anfertigung studienrelevanter Arbeiten (z.B. durch verminderten Antrieb und Konzentration, Nebenwirkungen von Medikamenten)	<ul style="list-style-type: none"> – Verlängerung von Fristvorgaben für den Studienverlauf – Verlängerung der Bearbeitungszeit bei Haus- und Abschlussarbeiten – Erbringung alternativer gleichwertiger Studienleistungen
Studienunterbrechungen durch lange Krankheitszeiten	<ul style="list-style-type: none"> – „stufenweise Wiedereingliederung“ für Studierende nach längerer Krankheit
Probleme bei der Prüfungsvorbereitung und -durchführung (z.B. durch Ängste, Konzentrationsprobleme, verminderte Aufmerksamkeit und interpersonelle Probleme)	<ul style="list-style-type: none"> – Mitbestimmungsrechte in Bezug auf Termin, Ort und Aufsichtsperson einer Prüfung – Durchführung von Klausuren in einem eigenen Raum – Möglichkeit, die zeitabhängige Studien- und Prüfungsleistungen durch Erholungspausen zu unterbrechen, die nicht auf die Bearbeitungszeit angerechnet werden – Ersatz einer Prüfungsform durch eine gleichwertige andere (z.B. mündliche durch schriftliche Prüfung, Gruppen- durch Einzelleistungen) – Splitten einer Prüfungsleistung in Teilleistungen – Prüfungsdurchführung und Veranstaltungsdurchführungen mit Hilfe von E-Klausuren/ Onlineklausuren, E-Vorlesung

Zustehende Nachteilsausgleiche werden laut der BEST-Umfrage lediglich von einem knappen Drittel der Studierenden in Anspruch genommen. Auch Beratungsangebote werden nur von 25 % der Betroffenen genutzt. Als Gründe für die geringe Nutzung von Nachteilsausgleichen und Beratung werden am häufigsten fehlende Informationen und keine Sonderbehandlung haben zu wollen genannt. Der Wunsch, dass die Beeinträchtigung nicht bekannt wird, wird besonders von Studierenden mit psychischen Beeinträchtigungen angegeben, von denen 62 % aus diesem Grund auf Hilfe- und Beratungsangebote verzichten (Deutsches Studentenwerk 2012):

Tab. 11: Gründe für Verzicht auf die Beantragung von Nachteilsausgleichen

Möglichkeit unbekannt	57%
Will keine „Sonderbehandlung“	44%
Glaube nicht berechtigt zu sein	43%
Hemmungen mich an Lehrende zu wenden	37%
Will nicht, dass Beeinträchtigung bekannt wird	33%
Hemmungen mich an Prüfungsamt/-ausschuss zu wenden	32%
War nicht sicher ob anspruchsberechtigt oder Antrag eine Chance hat	31%
Wusste niemand für Unterstützung/ Beratung	26%

Quelle: Deutsches Studentenwerk 2012

8.3 Psychologische Beratung

Im Jahr 2012 verfügten 44 der 58 Studentenwerke (siehe Anhang) über ein Psychologisches Beratungsangebot. Fast 28.000 Studierende nahmen in diesem Jahr Einzelgespräche in Anspruch. Es wurden etwa 96.000 Beratungskontakte gezählt. Etwa 4.100 Studierende nutzen Gruppenangebote. Mehr als 12.500 Studierende nahmen 2012 an Informationsveranstaltungen der Psychologischen Beratungsstellen teil. Damit bleiben die Zahlen für die Nutzung von Psychologischen Beratungsangeboten in fast allen Bereichen auf dem hohen Niveau des Vorjahrs (Deutsches Studentenwerk 2013, S. 60). Die Psychologische Beratung ist niederschwellig angelegt, für die Studierenden problemlos zugänglich und kostenlos. Sie

- umfasst das gesamte Spektrum psychischer Beschwerden wie Ängste, Depressionen, Kontaktschwierigkeiten, Selbstwertzweifel, Suchtprobleme, Suizidalität etc.,
- hat präventiven Charakter: Aktuelle Krisen sollen bewältigt, Eskalation und Chronifizierung auftretender Probleme sollen verhindert werden,
- ist vorrangig auf die Förderung vorhandener Ressourcen ausgerichtet, soll Heilungs- und Handlungspotenziale optimal (re-)aktivieren,
- versteht sich als Stabilisierungshilfe, will positive persönliche Entwicklungen anstoßen und Problemlösekompetenzen erweitern,
- erfolgt je nach Fragestellung als Einzel-, Paar- oder Familienberatung, daneben ist ein weiterer Schwerpunkt die Arbeit mit Studierendengruppen, in denen wichtige soziale Erfahrungen und spontane Entwicklungsprozesse möglich sind,
- wird nach individuellem Bedarf angeboten, hat aber in der Regel kurz- bis mittelfristigen Charakter,
- setzt keine Definition eines krankheitswertigen Geschehens im Sinne der Gesetzlichen Krankenkassen voraus,
- und leitet bei Bedarf zu medizinischen oder längerfristigen psychotherapeutischen Behandlungen über (Deutsches Studentenwerk 2006, S. 12f.).

Hinsichtlich spezifischer studienbezogener Probleme konzentrieren sich die Beratungen auf Leistungsstörungen, Prüfungsängste, Unsicherheiten bei der Studienfachwahl und der persönlichen Eignung für ein Studium. Soweit möglich werden Angebote zur Bewältigung von Arbeits- und Konzentrationsstörungen, wissenschaftliches Schreiben, Workshops zur Prüfungsvorbereitung, freies Sprechen etc. gemacht.

Die Beratung basiert auf Verfahren, die sich in Beratung und Psychotherapie bewährt und als wirksam erwiesen haben. Die BeraterInnen sind durch einen Hochschulabschluss und eine psychotherapeutische Ausbildung für ihre Tätigkeit qualifiziert. Zumindest die Leitung der Einrichtungen soll über eine Approbation in Psychotherapie verfügen. Aufgrund ihrer Qualifikation können notwendige diagnostische Abklärungen vorgenommen werden (Deutsches Studentenwerk 2006, S. 13).

Die Unterstützung bei der Überwindung von Arbeits- und Leistungskrisen trägt dazu bei, dass Studium zu bewältigen. Die Psychologische Beratung der Studentenwerke kann daher eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Studienverlauf sein.

Viele Psychologische Beratungsstellen kooperieren mit den örtlichen Hochschulen, beispielsweise bei gemeinsamen Informationsveranstaltungen und Gesundheitstagen. 29 der 44 Studentenwerke mit Psychologischem Beratungsangebot unterhielten 2012 Kooperationen mit den örtlichen Hochschulen. Genaue Zahlen über die Anzahl der psychologischen BeraterInnen konnten nicht erlangt werden. Angesichts der vorgestellten hohen Zahl Studierender mit psychischen Befindlichkeitsstörungen einerseits und der oben genannten statistisch erfassten Beratungen, muss jedoch von einem offenbar viel zu geringen Angebot ausgegangen werden.

8.4 Sozialberatung

Die Sozialberatung soll Studierende bei der Klärung mit dem Studierendenstatus verbundener rechtlicher und sozialer Fragen unterstützen. Eine umfassende und rechtzeitige Sozialberatung kann daher einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung wirtschaftlich und sozial begründeter Studienzeitverzögerungen leisten und Studienabbrüchen vorbeugen. Sie ist für alle Studierenden zugänglich, erfolgt kostenfrei, ist vertraulich und unterliegt der Schweigepflicht. Nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ sind die Hauptaufgaben und Inhalte der Sozialberatung:

- Information und Aufklärung über die mit dem studentischen Status verbundenen Rechte und Pflichten
- Unterstützung bei der Durchsetzung von zustehenden Leistungen
- Abklärung der finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten
- Beratung bei Fragen zur Studienorganisation
- Fragen zur Krankenversicherung in unterschiedlichen Phasen des Studiums und bei Auslandssemestern
- Beratung bei Fragen des Ausländerrechts wie beispielsweise Aufenthaltsbewilligung oder Arbeitserlaubnis
- Erziehungsgeld, Kindergeld und Anspruch auf Kinderbetreuung
- Fragen des Mietrechts wie Untermietverhältnisse, Rechtssituationen in Wohngemeinschaften oder Renovierungspflichten
- Studienfinanzierung durch Erwerbstätigkeit: Fragen zur Sozialversicherung oder zum Steuer- und Arbeitsrecht (Deutsches Studentenwerk 2006, S. 17ff.)

Eine Sozialberatung wird von 46 der 58 Studentenwerke angeboten. Im Jahr 2012 wurden sie von den Studierenden in ca. 68.500 Einzelgesprächen genutzt. Das entspricht einer Steigerung um 15 % im Vergleich zum Vorjahr. Knapp 1.900 Ratsuchende nahmen an Gruppenberatungsangeboten und fast 15.000 Studierende an Informationsveranstaltungen der Sozialberatungsstellen teil, dies ist ein Anstieg der

Nutzerquote um 25 % und 30 %. Einen speziellen Beratungs- und Informationsbedarf haben oft studierende Eltern, vor allem Alleinerziehende sowie internationale Studierende (Deutsches Studentenwerk 2013, S. 61).

Die Sozialberatung durch die Fachkräfte der Studentenwerke setzt -anders als bei der Psychologischen Beratung- keinen bestimmten Primärberuf voraus. Es gibt hierzu zwar keine gesicherten Zahlen, aber in der Praxis sind meist Verwaltungsfachkräfte, SozialpädagogInnen oder LehrerInnen in der Sozialberatung tätig. Mitunter werden für die Sozialberatung auch Bezeichnungen wie „Soziale Dienste“ oder „Psychosoziale Beratung“ angegeben. Besonders die Variante „Psychosoziale Beratung“ scheint mitunter zu dem Missverständnis zu verleiten, hierunter auch die in Kapitel 8.3 erwähnten psychologischen und therapeutischen Hilfen durch die Psychologische Beratung zu verstehen. Es dürfte deutlich geworden sein, dass dies jedoch schon allein aufgrund der unterschiedlichen Beratungsaufgaben und der BeraterInnenqualifikationen nicht der Fall sein kann. Andererseits haben materiell-rechtliche und lebensweltliche Probleme natürlich nicht selten eine psychische Entsprechung (beispielsweise Verzweiflung, Depressionen oder Arbeitsstörungen aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten) und die SozialberaterInnen werden deshalb auch damit konfrontiert. Außerdem „driften“, besonders in den Regionen und Hochschulorten, in denen es keine Psychologische Beratungsangebote der Studentenwerke gibt, Studierenden mit psychischen Problemen aufgrund der Angebotsdefizite in die (psychosoziale) Beratung. Obwohl dann selbstverständlich nicht in jedem Fall psychotherapeutisches Fachwissen erforderlich ist und eine empathische Unterstützung der Betroffenen ausreicht, sind die Sozialberatungen mit dieser „Lückenbüßerfunktion“ nicht selten überfordert.

Ähnliches gilt jedoch mitunter auch für die MitarbeiterInnen der Allgemeinen Studienberatung der Hochschulen oder der Prüfungsämter, die oft mit viel Engagement versuchen aus der Not eine Tugend zu machen. Gleichwohl kann dies den immer notwendiger werdenden Ausbau der Psychologischen Beratung nicht kompensieren und bedeutet letztlich die Gefahr einer kontraproduktiven Überforderung der MitarbeiterInnen in den Studienberatungen, Prüfungsämtern oder anderen Referaten der Hochschulverwaltung.

Hinsichtlich einer Beratung beim Übergang vom Studium zum Erwerbsleben kooperieren die Sozialberatungsstellen der Studentenwerke oft mit den Agenturen für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Diese sind hinsichtlich Berufseinstieg und Arbeitsvermittlung für die Beratung, Vermittlung und Förderung schwerbehinderter AkademikerInnen zuständig. Sie melden der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) für AkademikerInnen mit Behinderung mit Sitz in Bonn BewerberInnen, die im Sinne des § 72 SGB IX als besonders betroffen gelten. Damit sind insbesondere Menschen gemeint, die am Arbeitsplatz wegen ihrer Behinderung eine Assistentkraft benötigen (wie beispielsweise blinde, gehörlose oder stark körperbehinderte Menschen), unter einer Anfallserkrankung leiden oder deren Beschäftigung für den Arbeitgeber mit besonderem Aufwand verbunden ist.

Die Zuständigkeit der ZAV ist nicht am Grad der Behinderung (GdB) der Arbeitssuchenden ausgerichtet. Offene Stellen für behinderte Arbeitssuchende werden im virtuellen Stellenmarkt der Bundesagentur für Arbeit unter www.arbeitsagentur.de veröffentlicht.

8.5 Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) des Deutschen Studentenwerks

Die Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) des Deutschen Studentenwerks in Berlin setzt sich für den unbehinderten Zugang zu Hochschulbildung und Chancengleichheit in Studium und Beruf für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten ein (www.studentenwerke.de/behinderung). Die Hauptziele der IBS sind:

- **Recherche und Dokumentation**
Informationen rund um das Thema „Studium und Behinderung“ werden recherchiert, aufbereitet und dokumentiert. Im Rahmen eigener Projekte werden zusätzliche Informationen zu speziellen Fragestellungen gesammelt und ausgewertet. Außerdem unterstützt die IBS deutsche und europäische Partnerprojekte, die Daten zu aktuellen Themen rund um das Studium mit Behinderung und chronischen Krankheiten erheben.
- **Information und Beratung**
Die IBS bereitet Informationen für Studieninteressierte und Studierende, deren Angehörige und BeraterInnen auf. Wichtige Tipps und rechtliche Grundlagen werden publiziert und zum Download zur Verfügung gestellt. Sie veranstaltet regelmäßig Seminare zum Studienanfang für Studieninteressierte und zum Berufseinstieg für Studierende kurz vor Studienabschluss und unterstützt örtliche Veranstaltungen der Hochschulen und Studentenwerke.
- **Plattform und Vernetzung**
Die IBS ist Anlaufstelle für Studieninteressierte, Studierende und BeraterInnen der Hochschulen, Arbeitsagenturen, Verbände und Studentenwerke sowie für Mitglieder von Interessengemeinschaften und Selbsthilfegruppen etc. Sie bietet ein Forum im Internet zum Informations- und Meinungsaustausch an und veröffentlicht Veranstaltungshinweise anderer Anbieter auf der eigenen Homepage. Auf internationaler Ebene arbeitet die Informationsstelle mit Partnerorganisationen zusammen.
- **Interessenvertretung**
Die IBS nimmt Anregungen und Diskussionsthemen auf und macht sie öffentlich. Sie wirkt an der Vertretung der Interessen von behinderten Studierenden gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit mit. Voraussetzung dafür ist eine enge Zusammenarbeit mit den Interessengruppen behinderter Studierender, den Verbänden, den einschlägigen Hochschulinstitutionen, den Studentenwerken, den Arbeitsagenturen, der Hochschulrektorenkonferenz und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung. Vertreter dieser Gruppen liefern als Mitglieder des Beirats der Informations- und Beratungsstelle wichtige Impulse für die Arbeit.

8.6 Interessengemeinschaften behinderter Studierender

Ergänzend zu den professionellen Beratungsangeboten sind Interessengemeinschaften und Gremien Studierender mit (und ohne) Behinderungen und chronischen Erkrankungen eine Möglichkeit, deren Selbstbestimmung zu stärken und tragen somit zu ihrer Inklusion bei. Unter der Trägerschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Studium e.V. (BAG e.V.) gab es 2013 ca. 80 Hochschulstandorte an denen Interessen- und Arbeitsgemeinschaften, studentische Referate und Selbsthilfegruppen Studierender mit Behinderung und chronischer Erkrankung Beratung, Erfah-

rungsaustausch und partnerschaftliche Hilfe anbieten (Hildegardis-Verein 2008, S.25). Allerdings werden die Erfahrungen der Studierenden noch immer nicht systematisch in alle Hochschulentscheidungsprozesse miteinbezogen.

Mentoring-Programme und Peer-Beratung, in denen Studierende mit Behinderung AnleiterInnen mit oder ohne Behinderung während ihrer Hochschulausbildung bis zum Übergang in den Beruf begleitet werden, bieten eine Möglichkeit des Austauschs von Erfahrungen. Sie können dazu beitragen, eine Isolation Studierender mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verhindern. Durch die Beziehung zu MentorInnen, die selbst mit einer Behinderung leben, können Vorurteile abgebaut werden und Ressourcen der Studierenden gestärkt werden. Peer-Counseling als Beratung Betroffener durch Betroffene wird auch in der BRK (Art. 24, Art. 26) erwähnt. Es ist eine wichtige Methode des Empowerment (Ermächtigung, Selbstbestimmung). Im Bereich der Hochschule kann Peer-Beratung dazu beitragen, behindernde Strukturen zu hinterfragen, Verhaltensweisen und Wahrnehmungen gegenüber Menschen mit Behinderung zu verändern und damit die Teilhabe aller Hochschulmitglieder verbessern.

Exemplarisch soll auf folgende hochschulübergreifende Interessengemeinschaften hingewiesen werden:

- Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V. (dvbs, www.dbvs-online.de)
- Bundesarbeitsgemeinschaft hörbehinderter Studierender und Absolventen e.V. (BHSA, www.dbsa.de)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Studium e.V. (BAG Behinderung und Studium, www.behinderung-und-studium.de)
- Bundesweites Netzwerk der Interessengemeinschaften behinderter und nichtbehinderter Studierender (lbs-Netzwerk, <http://www.studiwiki.tu-dortmund.de/leben/studentischeags/ibs>).

8.7 Allgemeine Studentenausschüsse der Hochschulen und Behindertenreferate

Informieren und beraten lassen können sich chronisch kranke oder behinderte StudieninteressentInnen und Studierende natürlich grundsätzlich auch durch den Allgemeinen Studentenausschuss (AStA) oder Studierendenrat (STURA) der jeweiligen Hochschule. Die gewählten Interessenvertretungen und Gremien der Studierenden geben beispielsweise in den Sozial- und Erstsemesterinformationen der Studierendenvertretungen häufig Hinweise für Studierende mit Handicaps und engagieren sich in vielfältiger Weise.

Betroffene und nichtbetroffene Studierende haben zudem an einigen Hochschulen, mehr oder weniger an den AStA oder STURA angegliedert oder hier eingebunden, Behindertenreferate eingerichtet. Beispiele hierfür sind das „teilautonome Behindertenreferat und die Interessengemeinschaft behinderter und chronisch kranker Studierender (IGBC)“ an der Universität Hamburg (www.rbc.uni-hamburg.de) oder das AStA-Behindertenreferat der Universität Mainz (www.behindertenreferat-astamainz.de).

Literatur

- AOK (2012):** Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Fehlzeiten-Report 2012, Bonn
- Adler, Rolf H. et. al. (Hg.) (2013) :** Uexkuell. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis, 7. Auflage, München
- Barmer GEK (2012):** Gesundheitsreport 2012, Berlin
- Baumli, Josef (2008):** Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, 2. Auflage, Heidelberg et. al.
- BKK Bundesverband (2012):** BKK Gesundheitsreport 2012, Essen
- Bock, Thomas (2003):** Umgang mit psychotischen Patienten, Bonn
- BRK-Allianz (Hg) (2013):** Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion. Erster Bericht der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention in Deutschland, Berlin
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013):** Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Berlin
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2006):** „Es ist so, als ob die Seele unwohl wäre“ Depressionen-Wege aus der Schwermut, Berlin
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013):** 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, Berlin
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012):** Wege zur Psychotherapie, Berlin
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.):** Broschüre „Suchtmittel, Behandlungsmöglichkeiten, Beratungsstellen“
- DAK (2012):** Gesundheitsreport 2012, Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten, Berlin
- DAK (2013):** Gesundheitsreport 2013, Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten, Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank?, Berlin
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2013):** Jahrbuch Sucht 2013, Hamm
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013):** Rentenversicherung in Zeitreihen, Berlin
- Deutsches Studentenwerk (2006):** Beratung im Hochschulbereich. Ziele, Standards, Qualifikationen, Berlin
- Deutsches Studentenwerk (2012):** Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit, Berlin
- Deutsches Studentenwerk (2013):** Studentenwerke im Zahlenspiegel 2012/2013, Berlin
- Diel, Irena/Ute Sonntag/Nadine Hohmann (2009):** Psychische Gesundheit und gesundheitsfördernde Hochschulen, Hamburg
- Dörner, Klaus et. Al. (2013):** Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 22. Auflage, Bonn
- Eink, Michael/Haltenhof, Horst (2006):** Umgang mit suizidgefährdeten Menschen, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Ermann, Michael (2009):** Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie, 2. Auflage, Stuttgart
- Fabian, Egon (2010):** Anatomie der Angst. Ängste annehmen und an ihnen wachsen. Stuttgart
- Fiedler, Peter (2007):** Persönlichkeitsstörungen, 6. Auflage, Weinheim/Basel
- Finzen, Asmus (2011):** Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen, Bonn
- Flöttmann, Holger Bertrand (2011):** Angst. Ursprung und Überwindung, 6. Auflage, Stuttgart

Gabbard, Glen O. (2010): Psychodynamische Psychiatrie. Ein Lehrbuch, Gießen

Gattermann-Kasper, Maïke (2011): Nachteilsausgleiche für Studierende mit nicht-sichtbaren Behinderungen als Beratungsthema am Beispiel der UHH. Fachtagung „Studieren mit nicht-sichtbaren Behinderungen“. Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS) des DSW, Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss-Psychotherapierichtlinien: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

Gerlinghoff, Monika (1998): Magersucht und Bulimie-Innenansichten, München

Gideon, Anne/Römhild, Antje (2013): Projekt: Aktionsplan FH Erfurt-Hochschule der Inklusion, Erfurt

Haller, Reinhard (2013): Die Narzissmusfalle. Anleitung zur Menschen- Selbsterkenntnis, Salzburg

Heine, Nora (2011): „... ist es das Studentenleben, weil’s von lauter Lust umgeben“? Psychische Belastungen von Studierenden, Dissertation, Braunschweig.

Herfert/Römhild (2013): Inklusive FHE-Zwischenstand, Erfurt

Hildegardis-Verein (2008): Studienförderungsbedarf für Studentinnen mit Behinderung, Bonn

Hoffmann, Sven Olaf et. al. (2009): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, 8. Auflage, Stuttgart

Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (2013): Beauftragte für Studierende mit Behinderungen und chronischen Krankheiten. Eine Umfrage der IBS zu Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsprofil, Berlin

Jacobi; Frank (2009): Nehmen psychische Störungen zu?, Dresden

Kipp, Johannes etc. al. (2012): Beziehung und Psychose. Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen, depressiven und manischen Patienten, 3. Auflage, Gießen

Knuf, Anreas/Tilly, Christiane (2009): Borderline: Das Selbsthilfebuch, Bonn

König, Karl (2004): Charakter, Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung, Stuttgart

Kramer, Julia/Thomas Langhoff (2012): Die Arbeits- und Lebensbedingungen der jungen Generation, Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 260, Düsseldorf

Kuntz, Helmut (2013): Drogen und Sucht. Ein Handbuch über alles was Sie wissen müssen, 2. Auflage, Weinheim/Basel

Kurth (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). In: Bundesgesundheitsblatt 2012.

Lindenmeyer, Johannes (2010): Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, 8. Auflage, München

Maaz, Hans-Joachim (2013): Die narzisstische Gesellschaft. Ein Psychogramm, 4. Auflage, München

Möhlenkamp, Gerd (2005): Was ist eine Borderline-Störung. Antworten auf die wichtigsten Fragen, Göttingen

Mahnkopf, Angela (2007): Umgang mit depressiven Patienten, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

Mettejat, Fritz/Remschmidt, Helmut (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt 105(23), S. 413-418

Müller-Rörich, Thomas et. al. (2013): Schattendasein-Das unverstandene Leiden Depression, 2. Auflage, Berlin/Heidelberg

Nuber, Ursula (2006): Depression. Die verkannte Krankheit Depression, 4. Auflage, München

Peurifoy, Reneau (2006): Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfeprogramm, 3. Auflage, Bern

Piontek, Rosemarie: Mut zur Veränderung. Methoden und Möglichkeiten der Psychotherapie, Bonn 2009

Rahn, Ewald (2009): Umgang mit Borderline-Patienten, Bonn

Robert-Koch-Institut/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin

Robert Koch-Institut (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

Robert Koch Institut (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50 Schizophrenie, Berlin

Robert-Koch-Institut (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. In: GBE Kompakt, 7/2011.

Röhr, Heinz-Peter (2011): Sucht-Hintergründe und Heilung. Abhängigkeiten verstehen und überwinden, 4. Auflage, Ostfildern

Rudolf, Gerd (2013): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage, 7. Auflage, Stuttgart

Rückert, Hans-Werner (2011): Nur schlecht drauf- oder steckt mehr dahinter? Was tun bei Stress, Aufschiebeverhalten und Depression im Studium? Leipzig

Sachse, Rainer (2013): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten, 9. Auflage, Bonn

Schmoll, Dirk (2009): Psychotherapie-Chancen und Grenzen. Ein Ratgeber, Stuttgart

Spiegel online 26.02.2012

Spiegel online 29.05.2013

Spiegel online 30.05.2013

Stange, Karl-Heinz (1999): Lebensfinsternis Depression. Ein Ratgeber, Roßdorf

Stange, Karl-Heinz/Uhlig, Jens (2013): Gesundheitliche Situation Studierender der FH Erfurt

Stiftung Warentest (Hg.) (2010): Ängste überwinden, 2. Auflage, Berlin

Stiftung Warentest (Hg.) (2012): Depressionen überwinden. Niemals aufgeben!, Berlin, 6. Auflage

Stiftung Warentest (Hg.), Anke Nolte (2013): Essstörungen. Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating, Berlin

Thüringer Ministerium für Soziales (2012): Ministerium Soziales, Familie und Gesundheit (2012): Thüringer Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Erfurt

van Treeck, Bernhard (2004): Drogen- und Suchtlexikon, Berlin

Trost, Alexander/ Wolfgang Schwarzer (Hrsg.) (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe, 5. Auflage, Dortmund

Verbraucherzentrale NRW (2010): Psychotherapie. Angebote sinnvoll nutzen, 3. Auflage, Düsseldorf

Wandel, Ingrid/Wandel, Fritz (2012): Alltagsnarzissten. Destruktive Selbstverwirklichung im Licht der Transaktionsanalyse. Paderborn

Wilms, Bettina/Hans-Ulrich Wilms (2008): Meine Angst-eine Krankheit?, Bonn

Wirsching, Michael (1996): Psychosomatische Medizin. Konzepte Krankheitsbilder, Therapien, München

Wittchen (2013): Warum sollte die Psyche gesünder sein als der Rest des Körpers?, in: Psychologie Heute Januar 2013

Zaussinger, Sarah/Andrea Laimer/Petra Wejwar/Martin Unger (2013): Beeinträchtigt studieren. Sonderauswertung für die Fachhochschule Erfurt, Erfurt/Wien
www.bapk.de (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker)
www.bagrpk.de (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitationseinrichtungen psychisch Kranke)
www.behinderung-und-studium.de (Bundesarbeitsgemeinschaft Behinderung und Studium e.V.)
www.best-umfrage.de: Beeinträchtigt studieren. Sondererhebung zur Situation von Studierenden mit Behinderung und chronischer Krankheit, Berlin 2012
www.betanet.de (download/ratgeber-psychoosen.pdf)
www.bptk.de (Bundespsychotherapeutenkammer)
www.borderline-plattform.de
www.borderline-netzwerk.info
www.bpe-online.de (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener)
www.buendnis-depression.de
www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
www.dbsa.de (Bundesarbeitsgemeinschaft hörbehinderter Studierender und Absolventen e.V.)
www.dbvs-online.de (Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e.V.)
www.deutsche-depressionshilfe.de
www.dgbs.de (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen)
www.kompetenznetz-schizophrenie.de
www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)
www.maennergesundheitsportal.de
www.psychose.de
www.psychotherapiesuche.de
www.soziotherapie.de
www.studentenwerke.de/behinderung
www.studentengesundheit.de
www.test.de (www.test.de/psychotherapie-welche-therapie-hilft-4294275-4294277)