

September 2016

### **Gesundheit**

Notfallhilfe für Notfallhelfer

Das Gesundheitswesen kränkelt

Fit to fly Swiss

Handlungsfeld Notaufnahme

CASA – ein neues Zuhause

# Gesundheit ist eigentlich alles

Liebe Leserin, lieber Leser

Gesundheit ist dieses Mal das **punktum.**-Schwerpunktthema. Gesundheit – psychisch und physisch – hat viele Aspekte. Die Themenvielfalt ist so reichhaltig, und die Bedeutung, die Wiedererlangung, die Aufrechterhaltung von Gesundheit und der Umgang mit Gesundheit sind für unsere KlientInnen und PatientInnen, aber auch für uns selber und unsere Angehörigen und Freunde so gross, dass es fast nicht möglich ist, angemessene Zeilen an den Anfang dieses Hefts zu stellen. Und dann wäre die ganze Gesundheitspolitik, die für unsere Berufsausübung eine relevante Rolle einnimmt, noch nicht einmal erwähnt. Für die Redaktion war es dementsprechend herausfordernd, aus den vielen Themen eine interessante Auswahl zu treffen und dabei auch möglichst gut den Interessen unserer LeserInnen gerecht zu werden. Wir haben uns für die folgenden Beiträge entschieden. Die Notfallpsychologie wird aus zwei Perspektiven beleuchtet. Alexander Jatzko ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er forscht

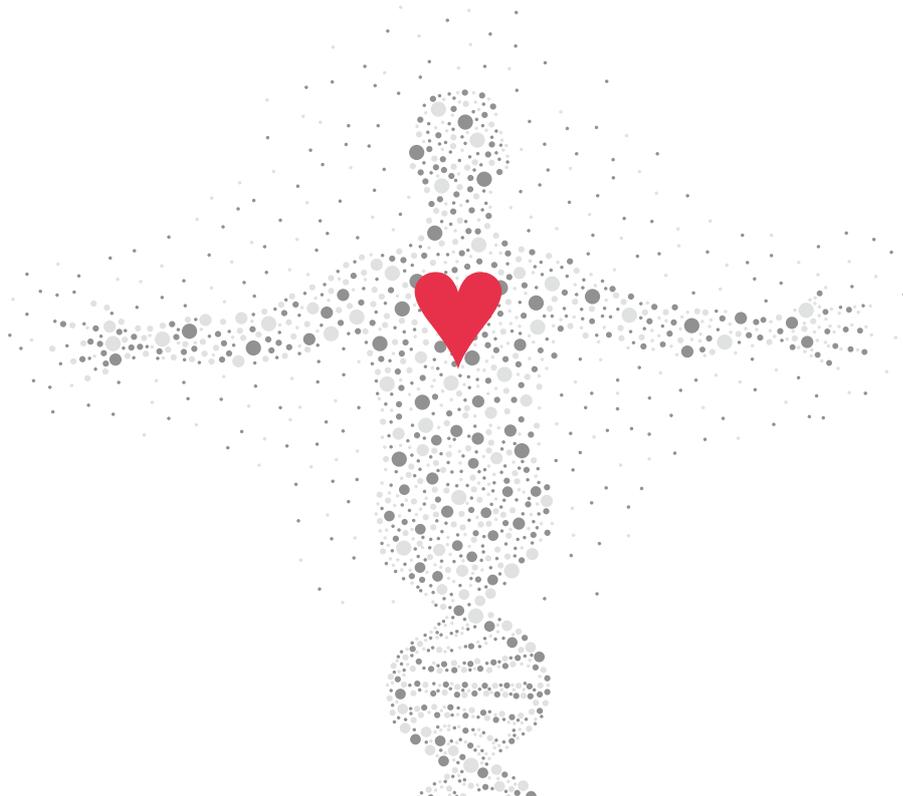
auf dem Gebiet der Traumafolgestörungen und geht in seinem Artikel auf den Selbstschutz von Notfall Helfern und -psychologen ein (Seite 3). Frank C. Waldschmidt erörtert die Bedeutung der Notaufnahme, dieser Schnittstelle zwischen Leben und Tod in Spitälern, als notfallpsychologisches Handlungsfeld (Seite 5). Das betriebliche Gesundheitsmanagement wird ebenfalls in zwei Beiträgen thematisiert: Einerseits stellt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ihr Label «Friendly Work Space» vor (Seite 10). Andererseits berichtet der Senior Health Manager Michael L. Uebersax davon, wie prioritär die Fluggesellschaft Swiss das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz behandelt. Dieses Engagement brachte dem Unternehmen 2016 den Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb ein (Seite 12). Zukunftsforscher Christian Rauch hat 2015 die Philips-Gesundheitsstudie verfasst. Er berichtet über die neuesten Gesundheitstrends (Seite 14). Unser Redaktor Beat Honegger sprach mit dem neuen ZHAW-Direktor des Departements Gesundheit, Andreas Gerber-Grote – lesen Sie

das **punktum.**-Interview auf Seite 16. Und SBAP.-Masterpreisträgerin Helen Bäder hat zum Thema Demenzdiagnostik geforscht (Seite 19).

Die Redaktion hat zudem den Fokus auf das Thema «Kinder psychisch belasteter Eltern» gelegt. Beachten Sie dazu den Veranstaltungshinweis von Beatrice Stirnimann auf Seite 24. Ein Doppelinterview mit Toni Schmid, Geschäftsführer FH SCHWEIZ, und SBAP.-Präsident Christoph A. Schneider zum neuen CASA-Mitgliedermodell – der Kooperation zwischen unserem Berufsverband und FH SCHWEIZ – rundet diese Herbst-Ausgabe ab. So viel sei schon mal verraten: Die Zusammenarbeit hat sich vielversprechend angelassen (Seite 21).

Nächstes Jahr wird sich **punktum.** in einem frischen Kleid präsentieren. Redaktion und Vorstand arbeiten zurzeit am neuen Auftritt. Wir hoffen, dass wir bereits in der Dezember-Ausgabe darüber informieren können. Jetzt bleibt nur noch, Ihnen eine aufs Gündeste anregende Lektüre zu wünschen.

Lianne Fravi,  
Redaktionsleiterin **punktum.**



# Hirnforschung

Wie schütze ich mich als Nothelfer?

*In den meisten Situationen «funktionieren» professionelle Nothelfer stabil genug und mitfühlend. Doch was, wenn sie merken, dass es ihnen emotional zu nahe geht, sie sich nicht genug abgrenzen können?*

Die Wahrnehmung ist hochsubjektiv. Vergleicht man Erinnerungen von Menschen, die beispielsweise einen Verkehrsunfall gesehen haben, stellt man fest, dass fast keiner den Unfall richtig in allen Einzelheiten wiedergeben kann. Wieso ist das Abspeichern so lückenhaft? Einer der Gründe ist, dass wir nur in einem Bereich scharf sehen können, der bei ausgestrecktem Arm den Daumnagel umfasst (D'Amicis, Röckenhaus, & Höfer, 2013). Über diesen Bereich hinaus können wir vor allem Bewegungen wahrnehmen, Objekte indes können wir kaum erkennen (Fademrecht, Bulthoff & de la Rosa, 2016). Somit ist es niemandem möglich, das ganze Ereignis wirklich zu erfassen. Das Gehirn ergänzt jedoch das bruchstückhaft Wahrgenommene mit Erinnerungen zu einer plausiblen Geschichte. Der deutsche Biologe und Hirnforscher Gerhard Roth beziffert die Wahrnehmung auf 1 Prozent Sinnes- und 99 Prozent Gedächtnisanteil (D'Amicis et al., 2013). Das Gedächtnis ist somit unser wichtigstes Sinnesorgan.

Das wenige, was wir scharf sehen, wird von unserem Gehirn weiterverarbeitet. Jeder erfahrene Notarzt weiss, dass er nur kurz auf einen Verletzten schauen sollte, um zu sehen, was zu tun ist. Wenn es dann nicht mehr notwendig ist, schaut er weg, um sich zu schützen. Die Notfallseelsorge in Deutschland hat in den Ausbildungen begonnen, den Teilnehmern beizubringen, nicht auf die Verletzten zu schauen, wenn dies nicht notwendig ist. Denn alles, was durch das Sehen in unser Gehirn kommt, wird verarbeitet. Sie als Nothelfer sind somit dafür verantwortlich, was in Ihr Gehirn gelangt und was nicht.

Wenn man zum Beispiel bei der Schilderung von extremer Gewalt oder Missbrauch merkt, dass man emotional überfordert ist, kann es manchmal helfen, für wenige Sekunden wegzuschauen, damit das Gehirn sich kurzzeitig mit etwas anderem beschäftigen muss. Hierbei kann auch hilfreich sein, sich anzuweisen, etwa an den Patienten zu denken, was diesem im nächsten Schritt möglicherweise hilft, sich durch diese Anweisung selbst emotional wieder unter Kontrolle zu bekommen.

**Frontalhirn und subcortikale limbische Zentren**

### Frontalhirn und subcortikale limbische Zentren

Die Amygdala als Anteil des emotionalen Gedächtnissystems hat sowohl Bedeutung für die Verarbeitung der emotionalen und vor allem der negativen Valenz von äusseren Stimuli als auch für innere Vorgänge (Thayer & Lane, 2000) und ist zentraler Ort für Angstkonditionierungen (LaBar, Gatenby, Gore, LeDoux, & Phelps, 1998). Sie steht in enger Verbindung zum Hippocampus, dem orbitofrontalen und cingulären Cortex, der Inselregion, vegetativen Zentren (Hypothalamus) als auch zum sensorischen Cortex. Dabei bestehen jeweils reziproke Verbindungen, die eine schnelle Beeinflussung dieser Zentren durch die Amygdala erlauben (LeDoux, 2000).

Umgekehrt können hippocampale, orbitofrontale und cinguläre Areale hemmend auf die Amygdala einwirken (Jatzko, Schmitt, Kordon, & Braus, 2005).

Problematisch ist, dass die Amygdala ein Teil der unbewussten Verarbeitungsvorgänge darstellt und auf schnelle Reaktion von Stimuli ausgelegt ist. Diese kann unser bewusstes Denken in Kombination mit anderen Zentren des limbischen Systems erheblich lenken. Je aktiver die unteren limbischen Strukturen sind, desto schwieriger wird das emotionsfreie bewusste Denken. Und je mehr unser Frontalhirn mit bewusstem Denken aktiviert wird, desto mehr werden die unteren Emotionszentren gehemmt. Dies wird bei dem Skills-Konzept angewandt. Gerade in schwierigen Situationen kann das Wissen hilfreich sein, dass über Gedankenstopp und Aktivierung des Frontalhirns die limbischen Bezirke nicht weiter einbezogen werden, sondern Emotionsbe-



**Alexander Jatzko, Dr.**, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Klinik für Psychosomatik am Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern. Schwerpunkt der wissenschaftlichen Arbeit stellt die Erforschung von Traumafolgestörungen dar. Hierbei wurden Studien zu neurobiologischen Auswirkungen von Traumatisierungen bei den Opfern der Ramstein-Flugtagskatastrophe durchgeführt. Schwerpunkt der klinischen Tätigkeit ist die Behandlung von akuten sowie komplexen bis hin zu Extremtraumatisierungen.

zirke wieder herunterfahren können. Zum anderen kann über unemotionale Gedankeninhalte – etwa was man am Abend noch einkaufen sollte – die Kontrolle wiedererlangt werden, so dass Nothelfer wieder im Sinne des Patienten handlungsfähig sind.

### Welche Situationen können problematisch sein?

Bei vielen professionellen Helfern, die nach schwierigen Einsätzen bei mir um Hilfe fragten, waren in der akuten Situation Parallelen zum eigenen Leben im Gedächtnis verknüpft worden. Der Helfer hat zum Beispiel ein Kind im selben Alter, oder der Betroffene sah aus wie der Bruder, oder man hat

## Hirnforschung

Ähnliches schon einmal erlebt. Somit konnten die Notfallhelfer nicht genug emotionale Distanz wahren.

Am tiefgreifendsten sind Helfer belastet, wenn eigene traumatische Erfahrungen in einer emotional überfordernden Situation angetriggert werden. Denn dann ist – wie geschildert – die frontale Kontrolle über die Emotionsbezirke deutlich erschwert. Als Drittes ist eine emotionale Überforderung im Sinne eines Burn-outs oder einer Depression zu nennen, das heisst, dass emotionale Zentren nur noch eingeschränkt unter Kontrolle des Frontalhirns sind.

### Wie schütze ich mich?

Besonders wichtig: keine Parallelen zum eigenen Leben zulassen – nicht an Angehörige denken. Denn dann werden die limbischen Areale aktiviert und können die eigene Geschichte mit der des Patienten verknüpfen. Wenn zum Beispiel ein Paar behandelt wird, das gerade sein vierjähriges Kind verloren hat, und der Therapeut ein vierjähriges Kind zu Hause hat, ist es sinnvoll, sich immer wieder davon abzuhalten, an das eigene Kind zu denken. Das Gehirn will auf jeden Fall Parallelen zu dem Gehörten ziehen. Falls der Therapeut dies zulässt, ist er damit beschäftigt, an sein Kind zu denken, und kann dem Paar nicht mehr adäquat helfen.

Deshalb ist es wichtig, sich mit Gedankenstopp davon abzubringen, an das eigene Kind zu denken – und wenn dies 50-mal in einer Sitzung geschehen muss. Wenn der Therapeut zunehmend Angst hat, emotional überflutet zu werden, dann kann hilfreich sein, kurz wegzuschauen oder an etwas ganz anderes zu denken. Sie können nur helfen, wenn Sie unter Kontrolle sind. Im Buch «House of God» lautet die erste Regel, beim Reanimieren den eigenen Puls zu fühlen (Shem, 1998). Nur wenn Sie unter Kontrolle sind, können Sie anderen helfen.

Wichtig ist, dass der Patient bzw. Klient nicht von Ihnen verlangt, dass Sie mitleiden. Er verlangt noch nicht einmal, dass Sie mitfühlen, wenn es für Sie zu viel ist. Er verlangt, dass Sie helfend da sind und ihn unterstützen und

behandeln. Wichtig ist, dass Sie anerkennen, was dem Betroffenen zugestossen ist. Somit fühlt er sich mehr verstanden, was für jede Therapie essenziell ist. Dafür müssen Sie auch gar nicht mitfühlen, wenn es für Sie zu viel ist. Eine professionelle emotionale Distanz zu halten, ist eminent wichtig. Somit sind Sie emotional geschützt. Sie müssen sich die Situation auch nicht vorstellen, was Ihr Gehirn natürlich sehr gerne machen würde. Jedoch sind Sie für Ihre Gedanken und Ihr Gedächtnis verantwortlich.

Besonders problematisch stellt sich in Extremsituationen Hilflosigkeit dar, denn hierbei kann das Netzwerk Gehirn so weit beeinträchtigt werden, dass nicht mehr koordiniert abgespeichert werden kann und sich unvollständige Verknüpfungen ereignen können. Dies sollte vermieden werden. Sie sollten also, um wirklich helfen zu können, daran denken, was sie als Nächstes tun oder wen Sie allenfalls zu Rate ziehen könnten. Je aktiver das Grosshirn ist, desto mehr Kontrolle haben Sie. Bei Hilflosigkeit fährt das Frontalhirn eher herunter – dann ist es Ihre Aufgabe, dieses über aktives Denken wieder zu aktivieren.

### Was man zur Psychohygiene für sich tun kann

Sich darauf besinnen, was eigentlich die Aufgabe ist, kann helfen, emotional Distanz zu wahren. Sich mit Kollegen auszutauschen, an Supervisionen teilzunehmen, kann entlastend wirken und die Verarbeitung fördern. Die Balance zwischen Arbeit und körperlichem und sozialem Ausgleich ist für einen fordernden Beruf eminent wichtig. Ein stabiles soziales Umfeld ist die Grundlage für ein lang andauerndes Berufsleben, da die psychische Stabilität sehr von den unteren unbewussten limbischen Strukturen abhängt. Einen weiteren wichtigen Punkt stellt das Konzept der Achtsamkeit dar. Denn je schneller wir denken, desto weniger haben wir Kontrolle über unseren Gefühlshaushalt. Zu lernen, weniger und langsamer zu denken, kann hier sehr hilfreich sein.

Alexander Jatzko

### Literatur

- D'Amicis, F., Röckenhaus, F., & Höfer, P. (Writers). (2013).* Das automatische Gehirn – Die Magie des Unbewussten / Die Macht des Unbewussten (Film): Studio Hamburg Enterprises.
- Fademrecht, L., Bulthoff, I., & de la Rosa, S. (2016).* Action recognition in the visual periphery. *J Vis*, 16(3), 33. doi:10.1167/16.3.33.
- Jatzko, A., Schmitt, A., Kordon, A., & Braus, D.F. (2005).* Neuroimaging findings in posttraumatic stress disorder: review of the literature. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 73(7), 377–391. doi:10.1055/s-2004-830120.
- LaBar, K.S., Gatenby, J.C., Gore, J.C., LeDoux, J.E., & Phelps, E.A. (1998).* Human amygdala activation during conditioned fear acquisition and extinction: a mixed-trial fMRI study. *Neuron*, 20(5), 937–945.
- LeDoux, J.E. (2000).* Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci*, 23, 155–184.
- Shem, S. (1998).* House of God: Droemer Knauer.
- Thayer, J.F., & Lane, R.D. (2000).* A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Disord*, 61(3), 201–216.

# Notfallpsychologie

## Die Notaufnahme – Schnittstelle zwischen Leben und Tod

*Im Folgenden sollen Gedankenanstöße geliefert werden, die dazu dienen, die Notaufnahme verstärkt als notfallpsychologisches Handlungsfeld in den Blick zu nehmen.*

In den vergangenen 20 Jahren stellte vor allem die präklinische Notfallpsychologie ein umfangreiches Handlungsfeld dar. Dabei lag der Schwerpunkt der sogenannten psychosozialen Notfallversorgung vor allem in der Entwicklung von Strukturen und Kriseninterventionsangeboten zur Versorgung Angehöriger und mittelbar Betroffener nach kritischen Ereignissen wie frustraner Reanimation, Suizid oder schweren Unfällen. Hierbei werden Einzelpersonen oder kleine Gruppen im peritraumatischen Zeitfenster mit dem Ziel der Stabilisierung begleitet. Traumatische Akutreaktionen werden dabei normalisiert, psychoedukative Elemente zur Wiedererlangung der eigenen Handlungsfähigkeit vermittelt und eine erste Hilfestellung zur Entwicklung einer gesunden Trauerreaktion gegeben.

Fachlich stützten sich die präklinischen notfallpsychologischen Handlungskonzepte überwiegend auf tertiäre Stresspräventionsmodelle. Des Weiteren entwickelten sich Handlungsfelder in der notfallpsychologischen Begleitung von Betroffenen nach Grossschadenslagen (zum Beispiel Zugunglück in Eschede, Hochwasser etc.) sowie der Unterstützung von Einsatzkräften nach kritischen Ereignissen (zum Beispiel Loveparade 2010). In jüngster Vergangenheit erweiterte sich der Bereich für notfallpsychologisches Handeln vor allem durch das System Schule – Amoklauf bzw. schwere zielgerichtete schulische Gewalt.

Derzeit wird zunehmend der klinische Kontext und dort insbesondere der Bereich der Notaufnahmen zum notfallpsychologischen Handlungsfeld. Zunächst sollen jedoch einige sogenannte Worst-Case-Szenarien die Relevanz dieser Thematik verdeutlichen:

- Nach der Amokfahrt eines Mitschülers unter Alkohol- und Drogeneinfluss verstirbt die 17-jährige Beifahrerin in Anwesenheit der Eltern (schwerstes Polytrauma).

- Eine Rockergruppe bedroht das medizinische Personal während der notfallmässigen Behandlung eines Bandenoberhauptes und besetzt das Gelände.
- Ein bedrohlicher libanesischer Familienclan (20 Personen) klagt die Behandlung eines Familienmitgliedes ein und versucht, in die Notfallaufnahme einzudringen.
- Bedrohung und sexueller Übergriff auf eine weibliche Fachkraft während einer medizinischen Untersuchung durch einen Patienten.

### Spiegel der Gesellschaft

Die Notaufnahme im Lichte von Fernsehserien zeigt die Evolution von den fast romantisch anmutenden Tagen der «Schwarzwaldklinik» über «Emergency Room» der 1990er hin zu den Formaten der 2000er wie «Grey's Anatomy» oder «Dr. House». Dies verdeutlicht eindrücklich, dass die «good old times» von einer komplexen Gegenwart mit existentiellen Herausforderungen auf allen Ebenen des menschlichen Daseins abgelöst wurden.

Die Notaufnahme als Schnittstelle zwischen Leben und Tod, als hochtechnisierter Arbeitsplatz und Lernort, ist ein repräsentatives Zerr- bzw. Spiegelbild der aktuellen Prozesse in Medizin und Gesellschaft. Hier zeigt sich die rasante Entwicklung im medizinischen Bereich mit scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten und tendenziellem Machbarkeitswahn, aber auch den Grenzen der Bezahlbarkeit mit den psychosozialen Begleitscheinungen für Personal, Patienten und Angehörige. Die Kollateralschäden der Ökonomisierung der Gesellschaft werden manifest, die Unerfahrenheit mit den Wechselfällen des Lebens (Krankheit, Sterben und Tod), das Wegbrechen sozialer Netzwerke und spiritueller Geländer. Wir sind multikulturell, nachkirchlich und nachgesellschaftlich geworden. Respekt vor dem anderen und dem Anderssein sind wie die Achtung von Autorität im Sinken begriffen, die Hemmschwelle zur Gewalt erscheint reduziert.

Die Versorgung und die Arbeit im Hochrisikobereich Notfallaufnahme,



**Frank C. Waldschmidt** (1962) ist Sozialwissenschaftler und Theologe mit diversen psychotherapeutischen Ausbildungen, zum Beispiel in Traumatherapie. Seine Qualifizierungen in der Krisenintervention erwarb er in den USA, Skandinavien und Deutschland. International gilt er als renommierter Fachberater und Trainer für Krisenintervention (ICISF, AATS) sowie Krisen-, Bedrohungsmanagement an Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen. Mit seinem Unternehmen begleitet er Einzelpersonen, Organisationen und Unternehmen vor, während und nach extremen Ereignissen ([www.extremsituationen.de](http://www.extremsituationen.de)). Er ist Vater von zwei Töchtern und lebt in der Eifel.

an einer Cutting Edge der Gesellschaft, bedürfen einer neuen Wahrnehmung menschlicher Extremsituationen sowie aus Sicht der Notfallpsychologie besonderer unterstützender Massnahmen für Menschen in aussergewöhnlichen Umständen.

### Algorithmen und Kontrollverlust

Auswärtsspiel und Angstgegner – zwei für jede Fußballmannschaft bekannte, aber wenig sympathische Begrifflichkeiten. Das heimische Stadion, die eigenen Fans, das gesamte, bekannte Arrangement sportt zu besonderen Höchstleistungen an. Für die gegnerische Mannschaft bedeutet dies allerdings eher ein Alptrauumszenario: Verunsicherung durch die äusseren Umstände, nur wenige begleitende eigene Fans und möglicherweise fehlendes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten beim Angstgegner.

## Notfallpsychologie

Für jeden Notfallpatienten und seine Angehörigen kommt die akute Einlieferung in die Notaufnahme einem Auswärtsspiel beim Angstgegner gleich. Hier ereignet sich Folgendes: Verunsicherung auf der ganzen Linie. Ist das Leben vom Tod bedroht, gehen die Uhren plötzlich anders. Das akute Wegbrechen der Alltagssicherheit führt zu intensiven Erfahrungen von Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit und stellt nach Nassim Nicholas Taleb ein «Schwarzer-Schwan-Ereignis» dar. In seinem Buch «Die Macht höchst unwahrscheinlicher Ereignisse»<sup>1</sup> definiert Taleb den Begriff vom «schwarzen Schwan»: Ereignisse, die äusserst selten und höchst unwahrscheinlich sind. Sie lassen sich wie folgt charakterisieren: 1. Sie liegen ausserhalb des Bereichs der regulären Erwartung und führen zur Erschütterung des Sicherheitsgefühls. 2. Sie haben enorme Auswirkungen, erzeugen Ohnmacht, Hilflosigkeit und Lähmung. 3. Sie bedürfen der Konstruktion einer Erklärung ihres Eintretens im Nachhinein und bewirken Fragen nach Ursache, Sinn, Schuld und Schuldigen. In Extremsituationen kommen möglicherweise Sinneserfahrungen (Gerüche, Geräusche etc.) oder Einspielungen negativer Erfahrung aus unserem grössten Sinnesorgan, dem Gedächtnis, erschwerend hinzu, die einen Angstzustand bei Angehörigen oder Patienten auslösen und somit notfallpsychologische Massnahmen erforderlich machen.

Für das medizinische Personal eines Notfallzentrums ist der eingelieferte Polytraumapatient im Gegensatz dazu, bei aller Tragik, ein absolutes Heimspiel. Algorithmen versus Kontrollverlust. Manchester-Triagesystem, feste, immer wieder geübte Abläufe und Algorithmen, ein Crew Resource Management – alles wird routiniert abgespult und führt zur Sicherheit im Team und soll Sicherheit beim Patienten und bei Angehörigen vermitteln.

**Stabilisierung instabiler Angehöriger**  
Mitarbeiter einer Notfallaufnahme erleben «nichtfunktionale» Angehörige oft als Störgrösse. Das scheinbare kühle, routinierte Abarbeiten von Standards wird dagegen von hoch emotionalisierten und verunsicherten Angehörigen als eher bedrohlich erlebt. Aus diesem Grund kann für das medizinische Personal im notfallpsychologischen Sinne eine stresspräventive Massnahme durch Stärkung der Selbstwahrnehmung, Wiederherstellung der Selbststeuerung in Extremsituationen hilfreich sein und den «Stressfaktor Angehöriger» senken. Betroffene Angehörige können gleichzeitig zum Beispiel durch wiederholte Massnahmen wie das Crisis Management Briefing (CMB) in einer «unnormalen» Situation notfallpsychologisch normalisiert werden. Massnahmen wie diese erlauben eine Verminderung benannter Stressoren und ermöglichen eine Rückgewinnung von Kontrolle in extremen Umständen. In der präklinischen, mehr und mehr aber auch in der klinischen Notfallversorgung ist generell festzustellen, dass sich viele mit den Wechselfällen des Lebens zunehmend überfordert fühlen. Dies hat mehrere Ursachen. Wir leben in einer europäischen Kultur, die von lebensbedrohenden Einflüssen wie Naturkatastrophen, Kriegen und etwa besonders schweren Krankheitsphänomenen (Ebola, Malaria, Aids etc.) weitestgehend verschont ist. Wir fühlen uns überwiegend sicher. Für mögliche unsichere Zeiten und nicht kalkulierbare Risiken versichern wir uns eben. Dieser eigentlich glückliche Umstand der Abwesenheit solcher Ereignisse führt allerdings dazu, dass in uns schlummernde Ressourcen für Krisenzeiten eher unbekannt und deren Praxis bis zum plötzlich eingetretenen Extremereignis nicht eingeübt wurde. Diese Unerfahrenheit führt auch dazu, dass normale und gesunde, durch das Ereignis ausgelöste Reaktionen wie die psychologische und physiologische Überflutung (Hyperarousal) von Betroffenen in solchen Stresssituationen als singulär, störend und tendenziell krank empfunden und bewertet wer-

den. Aber auch in der externen Bewertung von «normalen Reaktionen auf ein normales Ereignis», zum Beispiel nach Verlustereignissen, ist eine zunehmende Pathologisierung von eigentlich gesunden Adaptionsreaktionen zu beobachten. Heftige emotionale, dennoch gesunde Reaktionen werden aus medizinisch-psychologischen Gründen, Fürsorge, drohendem Kontrollverlust, aber auch aus eigener fehlender Erfahrung heraus pharmakologisch abgesichert.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Aufnahme der Trauer in das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition» (DSM-5) kritisch zu beleuchten. So ordnet das DSM-5 beispielsweise längere Trauerphasen nach dem Tod eines nahestehenden Menschen der Krankheit Depression zu. Die Begründung: Auch Menschen, die in der Trauer Hilfe suchen, sollen Beratung und Therapie angeboten werden können. Zu beachten ist allerdings, dass nicht jede heftige psychologische oder seelische Betroffenheit in die Nähe einer psychischen Erkrankung gerückt werden sollte. Es gilt, ganz deutlich auf die inhärenten Bewältigungsmechanismen zu setzen und damit das natürliche Nachlassen der Trauerempfindung und die meistens erhaltene Fähigkeit zur Selbstregulation zu betonen.

Notfallzentren müssen sich darauf einstellen, dass sie sich zunehmend Menschen gegenübersehen:

- die unerfahren in den Wechselfällen des Lebens geworden sind;
- die über reduzierte Coping-Mechanismen und Rituale verfügen;
- die sich durch die Professionalität und Routine der Abläufe bedroht fühlen;
- die auf kritische Ereignisse heftiger, emotionaler, fremd, aber auch möglicherweise kompetenter reagieren, weil sie aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds andere Ressourcen mitbringen.

Notfallpsychologische Unterstützungsmassnahmen können hier helfen, instabile Angehörige zu stabilisieren, um damit darüber hinaus das Befinden des Patienten günstig zu beeinflussen. Denn instabile Angehörige zeigen sich nicht nur für das klinische

<sup>1</sup> Nassim Nicholas Taleb: Der schwarze Schwan – Die Macht höchst unwahrscheinlicher Ereignisse, 2008.

## Notfallpsychologie

Personal als Stressor, sondern auch für den Patienten selbst.

### Der Kontakt mit der Grenze

«Der Ort wahrer Entwicklung ist der Kontakt mit der Grenze»: Diese Aussage des Theologen Paul Tillich erschliesst sich häufig erst rückblickend mit einigem zeitlichem Abstand auf eine Extremsituation. Das kritische Ereignis – zum Beispiel der Tod des Kindes in der Notaufnahme trotz massiver invasiver Massnahmen – wird kaum anders denn als Trennlinie erlebt. Die Wahrnehmung, dass es trotzdem Raum zur persönlichen Entwicklung aus der Katastrophe geben könnte, ist im wahrsten Sinne des Wortes begrenzt. In solchen Momenten hört die Welt gefühlsmässig auf sich zu drehen, und Menschen erleben sich unendlich allein.

In der jüngeren Vergangenheit haben sich als Ergänzung neben den psychosozialen und spirituellen Ressourcen eines Spitals interne klinische Krisenteams bewährt. Diese bestehen aus geeigneten Mitarbeitern, die notfallpsychologisch nach akkreditierten Curricula ausgebildet sind. Sie werden durch Notfallpsychologen fachlich supervidiert und stehen im Gegensatz zu anderen psychosozialen Ressourcen 24 Stunden zur Verfügung, denn Extremsituationen halten sich nicht an Geschäftszeiten. Diese Teams stehen nicht nur Angehörigen, sondern auch Mitarbeitern im Sinne eines Peer Supports zur Verfügung. Ziel ist, durch frühe Interventionen individuelle Trauerprozesse zu fördern und das Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), vor allem im Hinblick auf eine berufsbezogene Erkrankung, zu reduzieren. Das interne klinische Kriseninterventionsteam (KIT) ist allerdings nur ein Bestandteil eines tertiären Stresspräventionskonzeptes mit den Elementen: Prävention, Intervention, Postvention.

### Archaisches trifft auf Alltag

In der Notaufnahme einer deutschen Klinik der Maximalversorgung musste kürzlich ein Führungsmitglied einer bekannten Rockergruppierung aufgrund lebensbedrohlicher Verlet-

zungen behandelt werden. Während der medizinischen Massnahmen war die Situation innerhalb und ausserhalb der Klinik durch eine zahlenmässig nicht unerhebliche Präsenz von gewaltbereiten Gruppenmitgliedern belastet. Teile von ihnen zeigten ein bedrohliches verbales Gebaren, was beim behandelnden Personal zu deutlichem Angsterleben führte. Wenn die Bedrohung des Lebens bei Angehörigen in einer Extremsituation archaische Reaktionsmuster erwecken kann, die intensiv und schwer steuerbar sind, ist allenfalls auch die Alltagsroutine des medizinischen Personals durch interpersonale Angstübertragung oder archaische Regulationsmechanismen einer anderen Kultur bedroht.

Harald Pühl merkte an: «Angst wird in der Gruppe nur im Austausch oder durch Gewalt bewältigt.»<sup>2</sup> Bloss: Gibt es im Rahmen eines notfallpsychologischen Konzepts einer Notaufnahme wirklich Raum für Austausch? Gebraucht wird ein sicherer Raum, auch physisch, damit Angehörige die Möglichkeit erhalten, ihre Angst zu verbalisieren und sich untereinander und mit geschulten Personen auszutauschen und um psychoedukative Unterstützung zu bekommen. Dies gilt übrigens gleichermassen für das medizinische Personal.

### Maximalversorgung für alle?

Patienten erhalten in den Notaufnahmen der grossen Spitäler das Maximum an möglicher Medizin. Für das medizinische Fachpersonal stellen im Hinblick auf die psychologischen Belastungen die intensivmedizinischen Versorgungseinrichtungen einer Klinik Hochrisikobereiche dar – die persönlichen Fluktuations- und Krankheitsraten sprechen für sich. Es stellt sich also die Frage, ob und inwiefern auch das Personal in und nach Extremsituationen eine maximale notfallpsychologische Versorgung erfahren sollte. Definitiv sind Konzepte zur Gesunderhaltung von Mitarbeitern erforderlich, die zur Bildung von individueller und

systemischer Resilienz im Team führen. Dabei sollten unter notfallpsychologischen Kriterien die nachstehenden Bereiche abgedeckt werden: 1. Prävention: Training für Stressmanagement, Psychohygiene und Deeskalation; 2. Intervention: Peer-Support-System, internes Klinik-KIT, Critical-Incident-Report-Systeme (CIRS); 3. standardisierte Abläufe bei Critical Incidents. Vom deutschen Industriellen Heinz-Horst Deichmann stammt das Missionsstatement seines Firmenimperiums: «Das Unternehmen muss den Menschen dienen.» Für den Betreiber einer Notfallaufnahme bedeutet dies: Maximalversorgung für Patienten, Angehörige und Personal.

### Infektiöser Missbrauch

Ein weiterer Faktor, der nicht ausser Acht gelassen werden sollte: In Deutschland steht eine Reihe von Notfallzentren aufgrund des systematischen Missbrauches vor dem möglichen Kollaps. Prof. Wolfgang Kruis, Chefarzt des Evangelischen Krankenhauses Kalk in Köln, dazu: «Ein Drittel sind Notfallpatienten, ein Drittel könnte ambulant behandelt werden, ein Drittel missbraucht das System.» Missbrauch ist ansteckend. Missbrauchtes Personal steht in der Gefahr, sich gegenseitig und Patienten zu missbrauchen. Zwischen «Ohn-Macht» und «Macht nix» verläuft der schmale Grat der Verrohung. Gerade aus notfallpsychologischer Sicht gilt es, gesundheitspolitische Massnahmen für das System Notaufnahme und andere intensivmedizinische Versorgungsbereiche zu initiieren. Dies auch im Hinblick darauf, um zu vermeiden, dass nicht noch mehr Pfleger töten.<sup>3</sup>

### Vorbeugende Sicherheit

Immer häufiger kommt es zu massiven Gewaltübergriffen durch Patienten, Angehörige oder Gruppen von Angehörigen mit und ohne Migrationshintergrund. Immer häufiger verlagern sich Notfallszenarien von der Strasse in die Notaufnahmen hinein. Ein Beispiel: In einer deutschen

2 H. Pühl, Angst in Gruppen und Institutionen, 2014, S. 68.

3 «Süddeutsche Zeitung» vom 26. Februar 2015: «Urteil gegen Niels H.: Warum Krankenpfleger töten» (Abruf 16.7.2016).

## Notfallpsychologie

Klinik wurde das medizinische Personal während der Versorgung eines Patienten mit lebensgefährlicher Stichverletzung durch einen der beiden Täter im Notfallaufnahmebereich bedroht. Nachdem die beiden Täter ihr Opfer im häuslichen Bereich verletzt hatten, entzog sich einer der polizeilichen Inobhutnahme und begab sich unmittelbar zur Klinik, um in der dortigen Notaufnahme den geplanten Ehrenmord doch noch final umzusetzen. Der Täter konnte zwar gestellt und die Situation deeskaliert werden, die Bedrohungserfahrung für das medizini-

sche Team der Notaufnahme war allerdings erheblich und erforderte notfallpsychologische Massnahmen. Derartige Szenarien häufen sich in Quantität und Qualität der Bedrohung. Die Notaufnahme ist kein Hochsicherheitstrakt. Dennoch braucht es bei diesem immer offenen System so viel technische Sicherheit für Patienten, Angehörige und auch Personal wie möglich. Darüber hinaus werden Qualifizierungen für das Personal mit den Schwerpunkten Notfallpsychologie, psychologische Deeskalation und Schutztechniken benötigt.

### Mediale Bedrohung

Die Bedrohung erfolgt aber nicht nur von extern, sondern zeigt sich auch intern: Drei Krankenpfleger einer deutschen Notaufnahme wurden in einem Prozess um entwürdigende Bilder von wehrlosen und teilweise bewusstlosen Patienten verurteilt. Sie und zwei weitere Pfleger hatten Selfies mit zum Teil nackten und von ihnen bemalten Patienten gemacht und dann per WhatsApp an eine breitere Öffentlichkeit verschickt.

Solche Vorkommnisse kennzeichnen die Verschmelzung von öffentlichem Raum und Notaufnahme sowie die Bedrohung durch Smartphones von Angehörigen und Mitarbeitern, Kameras auf Drohnen etc. Auch hier braucht es notfallpsychologische Impulse und Trainings des Personals im Hinblick auf den Umgang mit Belastungen in Extremsituationen, auf die Wiederherstellung der Selbststeuerung, auf Ethik und interpersonale Gewalt. Aber auch eine Beratung, die sicherstellt, dass Patienten, Angehörige und Mitarbeiter geschützt werden und sich selber vor Missbrauch schützen können.

### Die Notaufnahme als notfallpsychologisches Handlungsfeld

Die Notaufnahmen von Kliniken und Spitälern der Maximalversorgung rücken zunehmend in den Blickpunkt notfallpsychologischen Handelns. Ursache dafür ist die zunehmende Un-erfahrenheit der Menschen mit den Wechselfällen des Lebens, die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die medizinischen Möglichkeiten und deren Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal im Sinne von kumulativem Stress mit traumatischer Potenz. Die zunehmende Gewaltbereitschaft verschärft die Situation erheblich. Als Konsequenz sollte das Wechselspiel von Strukturellem (Safe Places) und inhaltlich gut vorbereitetem Personal sichergestellt werden. Auch die Entwicklung notfallpsychologischer Handlungskonzepte mit den Elementen Prävention, Intervention, Postvention für Angehörige und das medizinische Personal tut not.

Frank C. Waldschmidt



### Berufsbegleitende Weiterbildung in Gestalttherapie Klinische Gestalttherapie 4 Jahre

Das Curriculum Klinische Gestalttherapie des igw Schweiz ist vorläufig akkreditiert im Sinne des Psychologieberufegesetzes. Anerkannt von FSP, Charta und SGPP

### Fortbildung „Der Gestalt-Ansatz“ 2 Jahre

Weiterbildung in Gestaltberatung 3/4 Jahre  
Anerkannt von der SGfB

Informations- und Auswahlseminar  
vom 15. bis 16. Oktober 2016 in Zürich  
mit lic. phil. | Anja Jossen und Dipl. Psych. Günter Pröpper

In diesem Seminar können Sie sich über die Fort- bzw. Weiterbildungsgänge im Detail informieren und Trainerin und Trainer kennenlernen.

Die neue Gruppe startet im Herbst 2016 in Zürich.

Mehr Informationen erhalten Sie unter  
[www.igw-schweiz.ch](http://www.igw-schweiz.ch)

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften

zh  
aw

IAP  
Institut für Angewandte  
Psychologie



# Lösungswege



Psychologische Beratung für  
Männer und Frauen am IAP

[zhaw.ch/iap](http://zhaw.ch/iap)

# Betriebliches Gesundheitsmanagement

## Immer mehr Arbeitsplätze werden freundlich

*Mehr als die Hälfte der Schweizer Wohnbevölkerung ist erwerbstätig. Veränderungen in der Arbeitswelt können zu körperlichen Beschwerden und immer mehr zu psychischen Belastungen führen. Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz bedarf deshalb mehr Aufmerksamkeit. Für die Betriebe lohnt es sich, in die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu investieren und ein systematisches betriebliches Gesundheitsmanagement zu betreiben.*

Mit über 4,9 Millionen Personen ist mehr als die Hälfte der Schweizer Bevölkerung erwerbstätig. Die täglichen Anforderungen am Arbeitsplatz, Zeitdruck und Stress steigen und haben nicht selten übermässig psychische Belastungen zur Folge. Stress- und Burn-out-Phänomene gehören zu den grössten krankheitsbedingten Kostenverursachern in Schweizer Betrieben, während Absenzen durch Unfälle und Krankheiten tendenziell abnehmen. Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz wird heute immer relevanter. Veränderungen in der Arbeitswelt führen zu einer Verschiebung von körperlichen hin zu psychischen Belastungen.

Diese verursachen heute die längsten Ausfallzeiten. Personen mit psychischen Beeinträchtigungen machen inzwischen beinahe 40 Prozent aller Neurenten aus. Zudem haben langfristige Belastungen am Arbeitsplatz negative Folgen auf die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit und erhöhen die Kündigungsabsicht.

### Investition in die Gesundheit

Eine Grundvoraussetzung für hohe Produktivität und die langfristige wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens ist die Gesundheit der Erwerbstätigen. Für Unternehmen lohnt es sich also, nachhaltig in die Gesundheit der Mitarbeitenden zu investieren. Belastungen lassen sich oft nicht einfach abbauen. Betriebe sollten bei der Stressprävention vor allem darauf achten, die Ressourcen am Arbeitsplatz zu fördern – so beispielsweise den Entscheidungs-spielraum und die soziale Unterstüt-



**Dominique Lötscher** ist Arbeits- und Organisationspsychologin und Leiterin Betrieb und Beratung bei der Gesundheitsförderung Schweiz. Gemeinsam mit ihrem Team von BGM-SpezialistInnen betreut sie seit fünf Jahren die Vergabestelle des Qualitätssiegels «Friendly Work Space» und bietet den Schweizer Betrieben Instrumente und Beratungen für die betriebliche Gesundheitsförderung an.

zung erhöhen. Das systematische betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) leistet hierzu einen wichtigen Beitrag.

### Vorteile dank präventiver Massnahmen

Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass dank BGM Leistungspotenziale besser ausgeschöpft und Kosten gesenkt werden können: Mitarbeitende mit einem tieferem Stresslevel sind bis zu zehn Prozent produktiver. Ein in die Unternehmenskultur integriertes BGM in Kombination mit der individuellen Eigenverantwortung stärkt Mitarbeitende und Unternehmen gleichermaßen. Denn gesunde und motivierte Mitarbeitende können mit den hohen Anforderungen im Berufsalltag besser umgehen und sind so weniger krankheitsanfällig. Dies reduziert die Absenzenrate und spart Kos-

ten. So beträgt der durchschnittliche Kosten-Nutzen-Vergleich von BGM-Massnahmen 1:3 – ein in präventive Massnahmen investierter Franken führt zu Minderausgaben in der Höhe von drei Franken.

### Wirtschaft und Experten diskutieren Lösungsansätze

Seit über zehn Jahren führt Gesundheitsförderung Schweiz die nationale Tagung für betriebliches Gesundheitsmanagement durch, an der verschiedene Lösungsansätze intensiv diskutiert werden. Dabei treffen sich Führungs- und Fachkräfte renommierter Schweizer Firmen, auf BGM spezialisierte Wissenschaftler sowie Gesundheitsexperten zu einem Austausch über die gesundheitsrelevanten Aspekte in Unternehmen. In Fachreferaten, Symposien und Workshops erhalten die Teilnehmenden wertvolle Anregungen, um die Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden in verschiedenen Unternehmen zu optimieren. Im vergangenen Jahr verzeichnete die Veranstaltung mit über 760 Teilnehmenden eine Rekordzahl, welche auch dem gewählten Thema «Arbeit und psychische Gesundheit» zu verdanken ist. Experten aus Forschung und Praxis sind sich einig: Die Veränderungskompetenz, die mentale Leistungsfähigkeit, die emotionale Stabilität und die psychische Belastbarkeit der Mitarbeitenden sind grundlegende Voraussetzungen für den betrieblichen Erfolg, das persönliche Wohlbefinden und die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden.

### BGM etablieren mit «Friendly Work Space»

Immer mehr führende Unternehmen haben erkannt, dass sich mit BGM Wettbewerbsvorteile generieren lassen. Bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Massnahmen seitens der Betriebe ist allerdings noch viel Potenzial vorhanden. Um BGM-Massnahmen nachhaltig zu implementieren, hat Gesundheitsförderung Schweiz 2009 mit namhaften Schweizer Arbeitgebern das Qualitätslabel «Friendly Work Space» lanciert ([www.friendlyworkspace.ch](http://www.friendlyworkspace.ch)).

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dieses Label ist eine Auszeichnung für Unternehmen, die BGM in ihre Unternehmensstrategie integriert haben. Es richtet sich an Firmen, die nicht nur auf individuelle Verhaltensweisen fokussieren, sondern auch Massnahmen zur Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen erfolgreich umsetzen. «Friendly Work Space»-Betriebe engagieren sich demnach systematisch für gute Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeitenden und schöpfen so Leistungspotenziale besser aus. Seit der Einführung des Labels im April 2009 wurden bisher über 60 Betriebe mit mehr als 198'000 Mitarbeitenden ausgezeichnet, so auch die Fluggesellschaft Swiss (siehe Seite 12).

**Ressourcen am Arbeitsplatz fördern und messen**

Mitarbeitende sind zufriedener, bleiben länger im Betrieb und hegen weniger Kündigungsabsichten, wenn ihre Gesundheit gefördert und ihre Ressourcen ausgebaut werden. Mit dem S-Tool stellt Gesundheitsförderung Schweiz ein wissenschaftlich validiertes und praxiserprobtes Instrument zur Verfügung, um das stressbezogene Befinden von Mitarbeitenden zu erhöhen. Die Resultate dienen einem gezielten Ressourcenaufbau in jedem Betrieb und helfen, den Hebel am richtigen Ort anzusetzen und der Erschöpfung professionell entgegenzuwirken.

Dominique Lötscher

**Gesundheitsförderung Schweiz**

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen monatlichen Beitrag von 20 Rappen zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.

[www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch)



Gesundheitsförderung Schweiz



**Akademie für Verhaltenstherapie und Methodenintegration**

**Neue Weiterbildungsgänge in kognitiver Therapie und Methodenintegration**

**Ab März 2017 (Zürich, Wil), ab Oktober 2017/18 (Bern, Basel)**

Schwerpunkte der vierjährigen Weiterbildung für PsychologInnen bilden kognitive Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Weitere empirisch begründbare Therapieansätze anderer Therapieschulen werden ebenfalls berücksichtigt. Das Curriculum der ab 2014 beginnenden Weiterbildungsgänge orientiert sich an den Q-Standards des BAG. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung berechtigt zum Führen der Bezeichnung «eidgenössisch anerkannte(r) PsychotherapeutIn». Der FSP Fachtitel (FachpsychologIn für Psychotherapie FSP) kann beantragt werden. Für externe InteressentInnen besteht auch die Möglichkeit, nur einzelne Kurse zu buchen.

Preis pro Kurs CHF 390.– bzw. 430.–

- 12./13.11.16 Bader Klaus, Dr. phil.  
Depression**
- 03./04.12.16 Künzler Alfred, Dr. phil.  
Psychoonkologie**
- 10./11.12.16 Müller Thomas, Prof. Dr. med.  
Pharmakotherapie**
- 07./08.01.17 Moggi Franz, Prof. Dr. phil.  
Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störung und Sucht**
- 20./21.01.17 Leihener Florian, Dipl.-Psych.  
(Fr./Sa) Borderline-Persönlichkeitsstörung**

**Anmeldung und weitere Infos**

AIM, Cornelia Egli-Peierl, Psychiatrische Klinik, Zürcherstr. 30, 9500 Wil  
Direktwahl Tel. 071 913 12 54 (telefonisch erreichbar):  
Mo-/Mi-Morgen und Freitag), [egli@aim-verhaltenstherapie.ch](mailto:egli@aim-verhaltenstherapie.ch) oder  
[www.aim-verhaltenstherapie.ch](http://www.aim-verhaltenstherapie.ch)

# Swiss Health Management

## Fit to fly Swiss

Die Fluggesellschaft Swiss verfügt seit mehreren Jahren über ein umfangreiches betriebliches Gesundheitsmanagement, das seit 2015 mit dem Label «Friendly Work Space» gemäss den Kriterien der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zertifiziert ist und 2016 den Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb verliehen bekam.

Der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements geschieht nicht von heute auf morgen. Auch bei Swiss war dies ein Prozess, der sich über mehrere Jahre erstreckte und der auch mit der Erlangung des Labels «Friendly Work Space» (2015) bzw. dem Gewinn des Zürcher Preises für Gesundheitsförderung im Betrieb (2016) bei weitem nicht abgeschlossen ist. Vielmehr haben diese beiden Auszeichnungen im Sinne eines Blicks von aussen jeweils aufgezeigt, wo Stärken und Schwächen beim unternehmenseigenen Health Management liegen.

Bestimmte Angebote bestehen bei Swiss seit längerem. So geniesst die Arbeitssicherheit in unserem Unternehmen seit je einen hohen Stellenwert, und die kontinuierlichen Anstrengungen haben dazu beigetragen, dass seit 2005 kein Swiss-Kollege bei der Arbeit so verunfallte, dass daraus eine Invalidisierung resultierte. Auch verfügt Swiss seit Beginn über eine betriebliche Sozialberatung, welche allen Mitarbeitenden im Bedarfsfall kostenlos zur Verfügung steht. Ebenso geniessen kontinuierliche, an den Bedürfnissen des Arbeitsalltages orientierte Aus- und Weiterbildungsangebote einen hohen Stellenwert.

### Massnahmen zur Reintegration

Die ersten Schritte in Richtung betriebliches Gesundheitsmanagement wurden 2007 mit einer Vorstudie unternommen, die eine gemeinsame Datenbasis über die Absenzquoten der verschiedenen Berufsgruppen bei Swiss – im Grossen sind dies Kabinenpersonal, Cockpitpersonal, Mitarbeitende in der Technik und Mitarbeitende in der Administration – erarbeitete. Folge davon war unter anderem



**Michael L. Uebersax**, lic. theol., ist Senior Manager Health Management bei Swiss International Air Lines Ltd.

die Einführung eines unternehmensweiten Absenzmanagements nach klar definierten Kriterien, das jedoch die unterschiedlichen Anforderungen der verschiedenen Berufsgruppen berücksichtigt und entsprechende unterschiedliche Prozesse vorsieht. Denn die Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit bei den Mitarbeitenden des fliegenden Personals unterscheiden sich von denjenigen beim Bodenpersonal. 2010 erfolgte die Implementierung eines betrieblichen Case Managements, mit dem Ziel, infolge Erkrankung oder Unfalls langzeitabwesende Mitarbeitende bei der Reintegration in die angestammte Tätigkeit zu unterstützen und die Zusammenarbeit mit den involvierten Sozialversicherungen (Krankentaggeld-, Unfall- und Invalidenversicherung) zu koordinieren. Ein Schwerpunkt dabei ist sicherzustellen, dass die Versicherungspartner die hohen und spezifischen Anforderungen an die psychische und physische Gesundheit bestimmter Berufsgruppen bei Swiss kennen. So brauchen Mitarbeitende des fliegenden Personals neben der attestierten Arbeitsfähigkeit ihres behandelnden Arztes immer auch die Zustimmung eines BAZL-anerkannten Flugmediziners, um nach längerer Krankheit bzw. Unfall wieder

an ihren Arbeitsplatz an Bord zurückkehren zu können.

Betriebseigene Schonarbeitsplätze, die Swiss am Boden eingerichtet hat, unterstützen erkrankte oder verunfallte Mitarbeitende des fliegenden Personals bei der kontinuierlichen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und der raschen Rückkehr in den Betrieb – beides wird von den involvierten Versicherungspartnern mitgetragen und unterstützt. Dass der Ansatz der raschen Reintegration in den Arbeitsprozess mit Hilfe betrieblicher Schonarbeitsplätze erfolgreich ist, belegt die im schweizweiten Vergleich tiefe Anzahl neuer Invaliditätsfälle. Hier ist jedoch wichtig zu beachten, dass es nicht Ziel sein kann, Invaliditätsfälle per se zu verhindern: Jeder, der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat, soll diese auch erhalten. Es gilt jedoch, Invalidisierung infolge Chronifizierung zu verhindern, wozu die rasche Rückkehr in den Arbeitsprozess beiträgt.

### Professionalisierung des Gesundheitsmanagements

2012 wurde der Beschluss gefasst, die vorhandenen Prozesse, Angebote, Dienstleistungen und Systeme hin zu einem betrieblichen Gesundheitsmanagement zu professionalisieren. Dabei stellten die Kriterien des Labels «Friendly Work Space» die orientierende Leitplanke dar. Zentral war dabei die Gründung eines Steering Committees, in dem alle relevanten Mitarbeitergruppen von Swiss vertreten sind. Damit konnte sichergestellt werden, dass die Anliegen und spezifischen Arbeitsbedingungen der verschiedenen Mitarbeitergruppen ausreichend Berücksichtigung finden. Ebenso war wichtig, Schwerpunkte zu definieren, auf welche sich die Arbeit von Swiss Health Management konzentrieren soll.

Diese wurden in einem Strategiepapier festgehalten und lauten:

- Qualifikationsbeurteilung, Personalentwicklung und betriebliche Aus- und Weiterbildung, mit dem Ziel der Befähigung von Führungskräften und Mitarbeitenden für ihre Aufgaben. Dabei wird ein besonderes

## Swiss Health Management

Augenmerk auf das Befähigen von Führungskräften zur Verantwortungsübernahme für ein gesundheitsorientiertes Führungsverhalten gelegt.

- Sicherheit bei der Arbeit und Schutz der Gesundheit des Mitarbeitenden während der Arbeit, mit besonderem Augenmerk auf frühzeitiges Erkennen und Beseitigen möglicher Gefahrenherde.
- Periodische gesundheitliche Eignungsabklärungen, medizinische Früherkennung, arbeits- und flugmedizinische Verlaufskontrolle bei Krankheit und Unfall sowie während Einsätzen auf Schonarbeitsplätzen.
- Stufenbasiertes Absenzmanagement zur Früherkennung möglicher Langzeitfälle sowie Absenzreporting und Auswertung in Zusammenarbeit mit Linienverantwortlichen, Medical Services und weiteren Stellen zwecks Definierens geeigneter Massnahmen.
- Betriebliches Case Management zur Reintegration langzeiterkrankter oder -verunfallter Mitarbeitenden, Bodendienst-Einsätze als Instrument für die berufliche Reintegration, Arbeitsversuche für interne und externe Mitarbeitende in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungen (IV, ALV) sowie Nischenarbeitsplät-

ze bei permanenter, gesundheitsbedingter Leistungseinbusse.

- Kontinuierliche Intensivierung und Verbesserung der Zusammenarbeit mit den (Sozial-)Versicherungspartnern und Behörden bei der Reintegration langzeiterkrankter oder -verunfallter Mitarbeitenden durch Förderung des gegenseitigen Verständnisses sowie Teilnahme im Fachgremium Compasso.

### «Friendly Work Space»

Nach einer ersten Auslegeordnung, wo Swiss Health Management in Bezug auf das Erreichen des Labels «Friendly Work Space» steht, wurde im Steering Committee der Beschluss gefasst, alle weiteren Aktivitäten an den Kriterien des Labels auszurichten und dessen Erlangung anzustreben. Wenngleich dies viel Aufwand bedeutet, so sind Unternehmen gleichzeitig dazu gezwungen, sich auf die gesetzten Schwerpunkte zu konzentrieren, einen systematischen, datenbasierten Ansatz zu wählen und sich dem Ansatz einer kontinuierlichen Verbesserung zu verpflichten. Dadurch erreicht eine Organisation jedoch auch eine Entlastung, nicht alles anzupacken und umzusetzen, was möglich ist – vielmehr wird auf die definierten Schwerpunkte fokussiert. Insbesondere

derer der Ansatz der kontinuierlichen Verbesserung, welcher «Friendly Work Space» inhärent ist, passt gut zu der bei Swiss seit mehreren Jahren gelebten Kaizen-Kultur, wo bestehende Prozesse und Arbeitsabläufe kontinuierlich hinterfragt und unter Involvement der beteiligten Mitarbeitenden verbessert werden.

Wo steht Swiss Health Management heute? Gesundheit ist eine Thematik, um die sich nicht nur eine einzelne Abteilung kümmern kann: Es braucht die beständige Bereitschaft des Mitarbeitenden, der eigenen Gesundheit Sorge zu tragen, diese zu fördern und gegebenenfalls wiederherzustellen. Gleichzeitig ist es Aufgabe eines Unternehmens, Angebote, Prozesse, Unterstützungsmassnahmen und Dienstleistungen bereitzustellen, die es den Vorgesetzten und Mitarbeitenden ermöglichen, der eigenen Gesundheit und derjenigen der Mitarbeitenden Sorge zu tragen. Dies ist ein beständiger Prozess. Die Zertifizierung mit dem Label «Friendly Work Space» sowie der erhaltene Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb zeigen uns bei Swiss auf, dass wir hierbei auf dem richtigen Weg sind. Und ebenso, wo wir uns weiter verbessern können und sollen.

Michael L. Uebersax

## SBAP.

Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie  
 Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée  
 Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata

Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie  
 in Kooperation mit IAP Institut für angewandte Psychologie und Carelink

## NOTFALLPSYCHOLOGIE

Im Januar startet erneut die NNPN-zertifizierte SBAP.-Ausbildung in Notfallpsychologie. Die Weiterbildung vermittelt das aktuelle Wissen und die Kompetenz zur psychologischen Akut- und Krisenintervention in Notfallsituationen und Grossschadenergebnissen.

Zielgruppe: PsychologInnen, Ärzte, SozialpädagogInnen, Pflegepersonal, PädagogInnen, TheologInnen, Polizeikräfte.

Kursdaten Frühling 2017: 27./28.01., 24./25.03., 07./08.04., 28./29.04., 12./13.05. und 16./17.06.2017

Kosten: 6 Module CHF 4250.–

SBAP.-Mitglieder erhalten 5% Rabatt

Detailprogramm und Anmeldung: info@sbap.ch oder Tel. 043 268 04 05

**Wir freuen uns auf Sie!**

## Trendstudie

### Das Gesundheitswesen muss gesunden

*Welche neuen Bedürfnisse der Menschen werden die Gesundheitsversorgung von morgen bestimmen? Welche Faktoren prägen den Wandel der Gesundheitsbranche? Worauf müssen wir uns einstellen, wenn wir die Zukunft des Gesundheitswesens aktiv mitgestalten wollen? Fragen wie diesen ist das Frankfurter Zukunftsinstitut in einer Studie nachgegangen.*

Unser Gesundheitssystem befindet sich in zentralen Bereichen in einer spürbaren Vertrauenskrise. Immer öfter prallen zwei konträre Kulturen aufeinander: Auf der einen Seite das traditionelle Modell, in dem sich Patienten den Massnahmen der Medizin zu unterwerfen haben und den Vorgaben des Systems ausgeliefert sind. Auf der anderen Seite ein neues Modell, das von individuellen Bedürfnissen der Betroffenen geprägt ist. In der Masse, wie aus Patienten proaktive, aufgeklärte und partizipationswillige Gesundheitskonsumenten werden, die umfassender informiert sind als je zuvor, erleben wir einen Paradigmenwechsel: die Demokratisierung der Gesundheit. Menschen erobern sich die Hoheit über ihre Gesundheitsfürsorge zurück. Das persönliche Wohlbefinden und die eigene Gesundheit werden zunehmend mit individuellen Wertmassstäben beurteilt. Der zutage tretende Zwiespalt zwischen medizinischer Expertensicht und persönlicher Lebenswelt stellt Verantwortliche in der Gesundheitsversorgung vor die Herausforderung, wie das Vertrauen der Menschen in die eigenen Kompetenzen, die Technologien, Verfahren und Methoden, letztlich das System insgesamt gesteigert werden kann. In einer Studie für Philips Healthcare zeigen die Trendforscher des Zukunftsinstituts: Sechs Schlüsselfaktoren prägen derzeit die Gesundheitsmärkte: Sicherheit, Transparenz, Zugang, Komplementarität, Selbstverantwortung und Empathie. Auf Basis der Daten einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage wurde anhand dieser sechs Dimensionen untersucht, wie sehr Menschen heute dem Gesundheitssystem, der Gesundheitsversorgung und ihrer eigenen Kompe-

tenz vertrauen. Zugleich wird daran deutlich, an welchen Stellschrauben künftig angesetzt werden kann, um das Gesundheitssystem sinnvoll weiterzuentwickeln.

#### Individualisierung der Gesundheit

Das Gesundheitssystem wird zukünftig immer stärker durch neue Verhaltensmuster und Ansprüche des Gesundheitskonsumenten geprägt. Insbesondere der Megatrend Individualisierung sorgt in Verbindung mit der digitalen Vernetzung für disruptive Innovationen im gesamten Gesundheitssektor. Durch den leichteren Zugang zu Informationen übernehmen viele Menschen verstärkt Verantwortung für sich selbst. Sie suchen sich immer öfter eine zu ihren Werten und Bedürfnissen passende Lebensweise, die sich auf ihr individuelles Verständnis von Gesundheit auswirkt. Die zunehmende Orientierung an Alternativen zu den etablierten Gesundheitskonzepten, die häufigere Suche nach komplementärmedizinischen Angeboten wie auch die Verbreitung digitaler Tools für ein individuelles Gesundheitsmanagement sind nur einige der Konsequenzen daraus.

#### Einbindung mündiger Patienten

Demokratisierung der Gesundheit bedeutet auch, systematisch auf das Prinzip Eigenverantwortung und die Einbindung mündiger Patienten zu setzen. Dabei geht es sowohl um ein gesundes, selbstbestimmtes Älterwerden, um die systematische Erweiterung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen als auch um die wertfreie Steigerung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit von Menschen, die nach gängiger Norm völlig gesund sind.

Gesundheitsversorgung ist künftig mehr denn je ein komplexes und interdisziplinäres Gemeinschaftsprojekt. Menschen und institutionelle Akteure müssen sich in vielen Fragen der Gesundheit miteinander vernetzen und formen so die Kommunikation rund um Gesundheit und ihr Management. Während Informationskanäle bislang einer Einbahnstrasse gli-



**Christian Rauch** (\*1977) ist Soziologe und arbeitet seit 2005 als Trend- und Zukunftsforscher am Zukunftsinstitut. Er verantwortet Forschungs- und Beratungsprojekte für Unternehmen unterschiedlicher Branchen. Seit über 15 Jahren beschäftigt er sich mit dem Wandel in Wirtschaft und Gesellschaft – und sieht darin vor allem Chancen und Potenziale. 2015 führte er im Auftrag von Philips Deutschland die «Philips-Gesundheitsstudie» durch. Rauch ist Geschäftsführer des Frankfurter Büros des Zukunftsinstituts.

chen, die von der Forschung und den Unternehmen über Ärzte und Apotheker zum Patienten verlief, organisieren sich Informationsflüsse künftig zunehmend netzwerkartig. Klassische Player im Gesundheitssystem werden durch Gesundheitsportale, -communitys und -plattformen erweitert – virtuell wie real. Auch Forschungseinrichtungen und Unternehmen reagieren verstärkt mit neuen Ansätzen und Strategien auf eine offene Gesellschaft und lassen die Idee einer wirklich demokratischen Gesundheitsgesellschaft wahr werden.

#### Partnerschaftliche Zusammenarbeit wird zum Qualitätskriterium

Gesundheit wird nicht mehr allein von der Medizin, sondern zunehmend vom Individuum nach Massstab der eigenen Zufriedenheit definiert. Damit lässt sich aber auch die Trennlinie zwischen «gesund» und «krank» nicht mehr so scharf ziehen, wie wir es lange Zeit gewohnt waren. Während

Trendstudie

manche Krankheitsbilder verschwinden, kommen neue hinzu.

Allerdings bewegt sich die Auseinandersetzung vieler Verantwortlicher im Gesundheitssystem mit den ihnen gegenüberstehenden, nach Heilung oder Verbesserung ihrer Situation strebenden Menschen noch immer auf dem Niveau eines alten Gesundheitsbegriffs. Wenn Patienten über zu wenig Zeit, mangelnde Empathie und über Behandlungen nach Standardprozessen klagen, wird eine wertschätzende, respektvolle Kommunikation auf Augenhöhe und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Patienten und ihren Angehörigen zum Erfolgsgaranten exzellenter Gesundheitsanbieter.

**Gesundheits-Consumer-Typologie**

Dabei hilft es, zu wissen, mit welchen Gesundheitsstilen wir es heute in der Gesellschaft zu tun haben. Denn hinsichtlich der eigenen Gesundheit unterscheiden sich Menschen heute zum Teil sehr stark in ihren Denkweisen, Einstellungen und in ihrem Verhalten. Auf Basis der Trendanalyse und gestützt auf Ergebnisse der Umfrage hat das Zukunftsinstitut daher verschiedene Typen definiert, die Menschen in ihrem Gesundheitsverhalten charakterisieren:

- *Gesundheitsminimalisten* sind vor allem dann an Gesundheit interessiert, wenn sie krank werden. In diesen Fällen greifen sie zunächst auf Selbstmedikation zurück, bevor sie zum Arzt gehen. Sie sind eher nachlässig in der Selbstfürsorge und Prophylaxe. Obwohl sie nicht viel Geld für Gesundheit ausgeben, sind sie durch unorthodoxes Denken, kreative, innovative Wege und positive Anreize zu erreichen.
- *Doktorholics* sind um ihre Gesundheit stets besorgt und investieren viel Zeit, Energie und Geld, um nicht krank oder kränker zu werden. Der Arzt übernimmt die Rolle eines kompetenten Lebensberaters, zu dem ein grosses Vertrauensverhältnis existiert. Sie sind offen für neue Therapien und Vernetzungsmöglichkeiten.
- *Hobby-Mediziner* sind bestens informiert über Krankheiten, Therapien

und neue Forschungsergebnisse und möchten in jeden Schritt ihrer Behandlung einbezogen werden. Datenhoheit und Transparenz betrachten sie als eine Selbstverständlichkeit. Was ihnen fehlt, sind Gesundheitsexperten auf Augenhöhe, die sie ganzheitlich erfassen und therapieren.

- *Alternativ-Patienten* arbeiten beständig an ihrem gesunden Lebensstil, um ein Höchstmass an Lebensenergie zu erlangen. Ihr Vertrauen in die klassische Schulmedizin ist gering, ganz im Gegensatz zum Vertrauen in die natürlichen Selbstheilungskräfte. Sie sind überzeugt vom Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele – inklusive der Gewissheit, dass die Schulmedizin nicht die Antworten auf alle Fragen geben kann.
- *iPatienten* betreiben ein individuelles Gesundheitsmanagement mit Hilfe mobiler Endgeräte. Sie tracken und kontrollieren die persönlichen Vital- und Leistungswerte. Im Zweifelsfall werden gesundheitsrelevante Themen zuerst in der Community diskutiert und erst danach mit dem Arzt. Wird er zu Rate gezogen, dann gern über digitale Kanäle und mit sicherem Zugang zu Gesundheitsdaten.
- *Gesundheitsmaximierer* möchten nicht nur physisch wie psychisch Spitzenleistungen erreichen, ihnen schwebt bisweilen etwas fast Übermenschliches vor. Um ein Maximum an Energie zu erreichen und ihre körperlichen Fähigkeiten zu steigern, greifen sie gern auch auf Massnahmen zurück, die über das allgemeine Verständnis von üblichen Gesundheitsdienstleistungen hinausgehen.

So schwer, wie sich diese Gesundheitsstile in der Praxis trennscharf voneinander abgrenzen lassen, so wenig können sie bisher in ihrer Größenordnung eindeutig bestimmt werden. Doch trotz mancher Unschärfen gibt es klare Charakteristika dieser Gesundheits-Consumer-Typologie, die vor allem eines deutlich zeigt: wie vielfältig die Gesundheitskultur in unserer Gesellschaft heute ist und wie sehr sie dabei ist, sich zu wandeln.

Christian Rauch

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



**Soziale Arbeit Weiterbildung**

**CAS Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe**

Fallarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe ist einzigartig und komplex. Neben den Lebenswelten von Klientinnen und Klienten gilt es, deren Bezugssysteme einzubeziehen.

Dieser neue CAS vermittelt Wissen zum Regelkreis der Case-Management-Methode mit Fokus auf die Bedürfnisse der Betroffenen. Er liefert praxisorientierte Grundlagen und gibt in supervidierten Fallwerkstätten und Lernpartnerschaften Raum für den kritischen Dialog. Teilnehmende erwerben mit dem CAS eine zusätzliche Kompetenz in der Fall- und Mandatsführung.

CAS-Start: Januar 2017



www.zhaw.ch/sozialearbeit

Zürcher Fachhochschule

## Gesundheitsökonomie

«Grenze ist erreicht, wenn sich alles nur um Gesundheit dreht»

*Andreas Gerber-Grote ist seit Mai Leiter des Departements Gesundheit der ZHAW in Winterthur. Der Gesundheitsökonom ist überzeugt, dass wir uns unseren guten Versorgungsstandard im Gesundheitsbereich leisten können, «wenn der politische Wille vorhanden ist». In seinem Amt möchte er die Interprofessionalität und die Durchlässigkeit der einzelnen Berufsgruppen fördern.*

**punktum.:** *Herr Gerber-Grote, in unserer westlichen Welt wird immer stärker auf Gesundheit geachtet. Stimmt dieser Eindruck?*

Andreas Gerber-Grote: Um dies zu beantworten, muss zuerst Gesundheit definiert werden. Da gibt es sehr viele verschiedene Auslegungen. Allerdings zeigt sich unabhängig von diesen Definitionen ein paradoxes Bild. Denn auf der einen Seite überhöhen wir Gesundheit als eine Art von Fetisch, den wir anbeten; gleichzeitig halten wir an unseren teilweise gesundheitsschädlichen Handlungen fest. Ich glaube nicht, dass man in früheren Jahrhunderten überhaupt die Zeit hatte, sich so stark um Gesundheit zu kümmern. Heute wollen wir beispielsweise Raucher mit Bildern von Toten auf Zigarettenschachteln schockieren. Das halte ich nicht für sinnvoll, auch wenn ich jedem raten würde, nicht zu rauchen. Ein gutes, zufriedenes Leben zu führen, verwechseln wir manchmal mit Gesundheit.

*Sie sind kritisch gegenüber Präventionsmassnahmen?*

Nein, man sollte nur gut überlegen, was Sinn ergibt und wofür es gute Daten aus Studien gibt. Sich im Auto anzurten, bringt mehr Sicherheit und ist eine nützliche Präventionsmassnahme. Man darf den Bogen aber nicht überspannen. Eine Grenze wird erreicht, wenn sich alles nur um Gesundheit dreht. Wenn man beispielsweise seinem Kind von morgens bis abends einbläut, dass es Gemüse essen soll, mit dem Hinweis, das sei gesund, dann hat es bald keine Lust mehr dazu. Da sind Massnahme und Begründung falsch. Ein Kind

soll sich gesund ernähren, das heisst mit wenig Fleisch und Beilagen und viel Gemüse. Ziel ist, das Kind dazu zu erziehen, das Essen in dieser Vielfalt gemeinsam mit mir zu geniessen.

*Könnte dieser Trend der Betonung der Gesundheit auch wieder kippen?*

Ich sehe das im Moment nicht. Er dürfte sich fortsetzen. Er könnte nur insofern in Frage gestellt sein, als die Überbeschäftigung mit dem eigenen Körper auch gesundheitsschädigende Wirkung haben kann: wenn jemand zum Beispiel so viel Fitness betreibt, dass er zu dünn wird. Die Fokussierung auf Gesundheit dürfte auch deshalb anhalten, weil sehr viele Player daran verdienen – nicht nur in der Pharmaindustrie. Teilweise gibt es auch falsche Anreizsysteme. In Deutschland, wo ich bis Ende letzten Jahres gearbeitet habe, wird in gewissen Bereichen zu oft operiert, wenn man den internationalen Vergleich anstellt. Es gibt auch eine grosse Industrie, die in unseren Breiten Ernährungszusätze anbietet. Sie sind jedoch meist unnötig, wenn man sich ausgewogen ernährt. Insgesamt glaube ich nicht, dass der Trend kippt.

*Liegt unser verstärktes Interesse an der Gesundheit auch daran, dass es uns ökonomisch so gut geht? Oder sieht man eine vergleichbare Hinwendung auch in Entwicklungsländern?*

Diese Unterscheidung wird immer schwieriger: In Indien gibt es mittlerweile eine Mittelschicht von 300 Millionen Leuten – fast so viele wie in Europa. Da lassen sich bezüglich Gesundheit kaum mehr Unterschiede ausmachen. Die wirtschaftlichen Verhältnisse spielen aber eine Rolle. Wir leben in einer Gesellschaft, die Zeit hat, sich dank der guten ökonomischen Lage und genügend Freizeit erstmals so grundlegend mit Gesundheit auseinanderzusetzen. In früheren Jahrhunderten konnte sich die grosse Mehrheit der Bevölkerung gar nicht fragen, ob etwas gesund ist. Man musste einfach funktionieren.

*Sie leiten seit Mai eines der grössten Hochschuldepartemente der*



**Andreas Gerber-Grote**, Prof. Dr. med., ist seit Mai Direktor des Departements Gesundheit der ZHAW in Winterthur. Der international renommierte und vernetzte Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitsökonom ist in Deutschland aufgewachsen und studierte in Hamburg, Heidelberg und Mainz evangelische Theologie, ergänzt von Religionswissenschaften mit Schwerpunkt interreligiöser Dialog an der Temple University in Philadelphia (USA). Anschliessend machte der heute 52-Jährige ein Studium der Humanmedizin in Hamburg und der Gesundheitsökonomie in Köln. Nach der Dissertation in Immunologie habilitierte er über umweltattributable Kosten von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen an der Universität in Köln. Er bildete sich weiter in Kinderheilkunde und arbeitete in der Pädiatrie und einer Neugeborenen-Intensivstation sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomie (IGKE) in Köln und war bis Ende 2015 und seiner Ernennung an die ZHAW Leiter des Ressorts Gesundheitsökonomie am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) auch in Köln.

*Deutscheschweiz für die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachleuten. Was ist Ihr Fazit nach den ersten 100 Tagen?*

Genau genommen sind es erst 80 Tage. «In 80 Tagen um die Welt»

## Gesundheitsökonomie

passt nicht schlecht. Es ist unheimlich viel passiert – ich habe viel erfahren in unserem Departement und an der ZHAW. Das Programm, das ich mir vorgenommen hatte, liess sich gut umsetzen. Ich will mich in immer grösseren konzentrischen Kreisen informieren und vernetzen: zuerst hier im Haus, dann an der ZHAW und so fort. Wichtig ist mir, dass wir noch mehr Interprofessionalität entwickeln können. Nach zehn Jahren, in denen man sich am Departement Gesundheit in die Identität der einzelnen Berufe eingelebt hat, ist die Zeit gekommen, sich in der sich verändernden Berufswelt stärker füreinander zu öffnen.

### *Wie meinen Sie das?*

In einigen Jahren wird unser Departement auf die andere Bahnseite hier in Winterthur in das Haus Adeline Favre, einen geplanten Neubau, umziehen. Adeline Favre war eine Hebamme im Kanton Wallis, die von 1908 bis 1985 lebte. Ihr Lebensweg zeigt den Wandel ihrer beruflichen Identität. Anfangs war sie eine allein bestimmende Hebamme, die Hausgeburten machte. Sie musste alles selbst entscheiden. Dann plötzlich gab es auch im Wallis Spitälern mit Ärzten, die vieles bestimmten. Damit hatten sich ihre Befugnisse dramatisch verändert. Das beschreibt sie in ihrem Buch eindrücklich. Neue Entwicklungen zeigen sich nicht nur bei den Gesundheitsfachleuten an unserem Departement. Sie betreffen auch ApothekerInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, zum Beispiel bei der Führung von psychiatrischen PatientInnen, und viele weitere Berufsgruppen. In den nächsten Jahren werden sich die Professionsgrenzen im Gesundheitswesen verändern.

### *Wollen Sie da neue Akzente in der Ausbildung setzen?*

Ich habe dies mit den StudiengangleiterInnen noch nicht besprochen. Meine Devise ist, zuerst einmal zuzuhören. Da möchte ich jetzt nicht vorsehen, um neue Akzente zu setzen oder Veränderungen anzukündigen. Generell will ich die Interpro-

fessionalität stärken. Zudem gehen wir gemeinsam das Thema E-Learning an: Wie kann man mit Hilfe digitaler Medien gut lernen und ausbilden? Auch wie wir mit E-Health, also der Digitalisierung des Gesundheitsbereichs, von der elektronischen Gesundheitskarte bis zur elektronischen Übermittlung von Röntgenbildern oder der Fernüberwachung von PatientInnen mit Diabetes oder Herzschwäche, in der Ausbildung verfahren sollen, müssen wir anschauen.

### *Erhalten Gesundheitsfachleute genügend gesellschaftliche Anerkennung?*

Nein, ich denke nicht. Natürlich sind ÄrztInnen nicht mehr wie früher die «Krone der Schöpfung». Aber die Berufe, die ich auch als Departementsleiter vertrete, erhalten nicht die Wertschätzung, die ihnen zusteht. Das sollte sich auch im Lohn spiegeln. Jemand, der in diesem Bereich voll arbeitet, sollte eine Familie ernähren können. Viele glauben nach wie vor, dass Gesundheitsfachleute ihren Beruf aus Altruismus machen. Sie üben in Anführungszeichen «ein Ehrenamt» aus, das positiv bewertet wird.

### *Über welche Fähigkeiten sollten Gesundheitsfachleute verfügen?*

Da möchte ich gerne aus meiner eigenen Berufserfahrung antworten. Ich habe jahrelang als Arzt in der Pädiatrie gearbeitet, insbesondere auf einer Neugeborenen-Intensivstation. Eine der wichtigsten Fähigkeiten ist es, zuhören und hinschauen zu können. Einfach wahrzunehmen, was eigentlich los ist mit dem Gegenüber. Zugleich gilt es, Verantwortung zu tragen und schnell zu handeln. Man darf keine Person sein, die in Kontemplation verharret, man muss auch aktiv sein.

### *Reicht das?*

Eine Stärke wäre aus meiner Sicht auch, dass alle im Gesundheitsbereich Tätigen, die Ärzteschaft eingeschlossen, akzeptieren können, dass das Ziel ihrer Arbeit nicht zwingend immer Heilung ist. Manchmal ist es auch wichtig, jemanden in Ruhe sterben zu lassen, so dass sich die Ange-

hörigen bei allem Schmerz mit dem Sterben versöhnen können. Das ist auch etwas sehr Lehrreiches und Positives, das man für sich aus einer Arbeit im Gesundheitsbereich herausnehmen kann.

### *Unsere Gesellschaft altert. Die Anforderungen an den Gesundheitsbereich wachsen laufend. Sind wir genügend darauf vorbereitet?*

Das möchte ich gerne differenziert beantworten. Alterung bedeutet ja nicht an sich mehr Krankheit. Wir haben heutzutage auch gute Beispiele, dass man im hohen Alter sehr gesund sein kann. Umgekehrt gibt es auch viele Kranke, insbesondere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen und demente ältere Leute. Im ärztlichen Bereich sind wir ausreichend versorgt. Da müsste man jedoch von der Spezialmedizin zur allgemeinen und gerontologischen Versorgung umverteilen. Im pflegerischen Bereich sind wir nicht den Erfordernissen entsprechend gewappnet. Zudem braucht es mehr Forschung zur Frage, welche Ansätze in der umfassenden Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen helfen.

### *Kann die Gentherapie eine Antwort liefern?*

Dass die Gen- oder die Arzneimitteltherapie in absehbarer Zeit helfen kann, glaube ich nicht. Wir werden noch lange mit einem bekannten Verlauf der Demenz zu tun haben. Allenfalls können wir verstärkt unterstützend tätig werden, aber nicht heilend.

### *Ist der gegenwärtige Standard noch lange finanzierbar, oder sind wir auf dem Weg in eine Zweiklassenmedizin?*

Ich bin überzeugt, dass wir den aktuellen Standard – eine gute Versorgung der ganzen Bevölkerung – in unseren industrialisierten Ländern noch länger halten können, wenn der politische Wille vorhanden ist. Das Geld wäre jedenfalls da. Wichtig ist, dass wir eine transparente Diskussion führen und die Zahlen dazu richtig erhoben werden. Zum Beispiel ist ein alter Mensch nicht per se teuer in

## Gesundheitsökonomie

der Gesundheitsversorgung. Untersuchungen zeigen, dass die Versorgung von Menschen in ihrem letzten Lebensjahr sehr hoch ist. Menschen im mittleren Alter, also zwischen 30 und 65 Jahren, sind aber für das Gesundheitssystem im Jahr vor ihrem Tod einiges teurer, weil viel mehr gemacht wird, um ihr Leben zu retten. Die Diskussion muss fair geführt werden. Es geht nicht an, ohne Fak-

ten zu sagen, das sei nicht finanzierbar und gehe nicht.

*Was sollte im Gesundheitsbereich vor allem besser werden?*

Insbesondere die Pflege, aber auch weitere Gesundheitsberufe wie Hebamme, Physio- und Ergotherapeuten brauchen mehr Anerkennung. Sie sollten die Möglichkeit haben, mehr wissenschaftlich zu arbeiten und

eigenständiger tätig zu sein – beispielsweise die Hebammen im Kreissaal. Mittlerweile wissen wir, dass Kinder, die auf natürliche Art und Weise zur Welt kommen, eine für sie wichtige Entwicklung durchmachen. Ärzte sollten nur im Notfall eingreifen. Sie müssen generell lernen, sich zurückzunehmen. Das ist ein Lernprozess für beide Seiten.

Interview: Beat Honegger

### Zehn Jahre ZHAW Departement Gesundheit

Das Departement Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) ist das grösste Schweizer Institut für Gesundheitsberufe. Die Fachschule ist eines von acht Departementen der ZHAW mit Standorten in Winterthur, Zürich und Wädenswil. Die ZHAW Gesundheit mit gegenwärtig über 1500 Studierenden und 250 Mitarbeitern wurde 2006 gegründet und feierte damit unlängst das Zehn-Jahr-Jubiläum.

Am Departement Gesundheit kann der Bachelor in Ergotherapie und Hebamme, in Pflege sowie in Physiotherapie erworben werden. Neu kann dieser Abschluss auch in Gesundheitsförderung und -prävention – ein immer wichtiger werdender Bereich – gemacht werden. Darüber hinaus gibt es für Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zahlreiche berufsbegleitende Weiterbildungen. Ausserdem besteht an der ZHAW Gesundheit in Zusammenarbeit mit anderen Fachhochschulen die Möglichkeit von Masterstudiengängen in Pflege, Ergo- und Physiotherapie. Soziologieprofessor Peter C. Meyer, der das Departement Gesundheit aufbaute, ist dieses Jahr altershalber zurückgetreten. Er ist stolz auf die erbrachten Leistungen und das erworbene Renommee. Sein Nachfolger Andreas Gerber-Grote will die Interprofessionalität weiter stärken. Er ist überzeugt, dass die Zusammenarbeit der Gesundheitsbereiche gefördert werden muss. «Die Zeit ist gekommen, in der sich die einzelnen Berufe des Gesundheitsbereichs stärker füreinander öffnen», unterstreicht Gerber-Grote.

# Programm **auszug**

## WORKSHOPS / WEITERBILDUNGEN

## EIN SCHRITT WEITER!

Kursdaten	Titel	DozentIn
ab 26.09.16	Ericksonsche Hypnotherapie - Grundlagen	Dr. R. Bartl & Team
ab 12.01.17	System.-lösungsorient. Organisationsberater I	Dr. F. Glasl & Team
ab 14.03.17	Höhere Fachprüfung für Beratungspersonen	O. Martin & Team
ab 24.04.17	Erfolgskraft hypnosyst. Therapie / Beratung	Dr. Gunther Schmidt
ab 29.05.17	PSI-Qualifikationen für syst. Berater & Coaches	Prof. Dr. J. Kuhl & D. Gunsch
ab 19.10.17	HypnoSystemische Strukturaufstellungen SySt®	O. Martin & J. Andersch

wilob AG  
Henschikerstr. 5  
Tel.: 062 892 90 79  
E-Mail: kontakt@wilob.ch

CH- 5600 Lenzburg  
Fax: 062 892 90 78  
Internet: www.wilob.ch



Weiterbildungsinstitut für lösungsorientierte  
Therapie und Beratung

## Vom SBAP. ausgezeichnete Masterarbeit

### Demenzdiagnostik in Altersinstitutionen

*Das Thema Demenzdiagnostik stösst zunehmend auf Interesse. Für die Etablierung einer weiteren erfolgreichen Forschung über die Versorgung von Menschen mit Demenz und der entsprechenden Qualitätskriterien ist ein Konsens zwischen Theorie und Praxis vonnöten.*

Die Prävalenz von Demenzerkrankungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen und mit ihr die Forschungsbemühungen, die steigenden Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) zu meistern. Durch den Unterstützungsbedarf im Alltag und die finanziellen Konsequenzen betreffen Demenzerkrankungen weitaus mehr Personen als nur die Erkrankten selber. In der Schweiz gibt es nach Schätzungen von BAG und GDK (2013) ungefähr eine halbe Million MmD. Die Fachwelt ist überzeugt, dass eine fehlende Krankheitserkennung und eine späte Diagnosestellung ein Hauptproblem in der Versorgung von MmD darstellen, weil dadurch der Zugang zu Informationen, Beratung und Unterstützung sowie Behandlung für Betroffene verhindert wird. Um die zukünftige Demenzversorgung zu gewährleisten, ist eine Anpassung der Versorgungsstrukturen und der Lastenverteilung notwendig (Gutzmann, 2011). Ein Grossteil aller Demenzerkrankten wird letztendlich durch eine Institution versorgt.

Auf dieser Grundlage wurden in meiner qualitativen Masterarbeit Qualitätskriterien für Demenzdiagnostik in Altersinstitutionen aufgestellt, Faktoren identifiziert, welche die Einbettung von Diagnostik beeinflussen und Lösungsansätze erarbeitet, um die zukünftige Versorgung von MmD zu verbessern.

#### Demenzerkrankung

Demenz wird als Oberbegriff für verschiedene Hirnleistungsstörungen mit unterschiedlichen Ursachen verwendet (BAG & GDK, 2013). Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation typisch. Diese Defizite behindern die Personen in ihrer selbstbe-

stimmten Lebensführung. Symptomausprägungen sind je nach Schweregrad, Demenzform und Patientin oder Patient sehr individuell und wechselhaft (Held, 2011).

Ausserdem nehmen laut Savaskan et al. (2014) die neuropsychiatrischen Begleitsymptome eine wichtige Rolle bei Demenzerkrankungen ein und können Therapie, Diagnostik und Betreuung zusätzlich erschweren. Für Betroffene haben sie eine Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten zur Folge sowie die Beschleunigung des kognitiven Abbaus, was wiederum die Lebensqualität verschlechtert und zu einer schnelleren Institutionalisierung führt. Die am häufigsten beobachteten behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz sind Depressivität und Apathie, weitere sind Agitation, Aggressivität, Wahn, Halluzinationen, Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, Angst, Enthemmung, Euphorie und Irritabilität.

#### Prävention, Prophylaxe und Behandlung

Die Beeinflussbarkeit von demenzspezifischen Risikofaktoren ist noch nicht abschliessend geklärt, es gibt jedoch Massnahmen, die das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erwiesenermassen herabsetzen können (WHO, 2012). Auch fehlen laut Stoppe (2011) nachweisbar wirksame, kausal eingreifende Therapien für Demenzerkrankungen. Dennoch können derzeitige Therapien den Verlauf positiv beeinflussen, umso mehr, je früher sie eingesetzt werden. Die Lebensqualität von Betroffenen kann mit einer adäquaten Behandlung und Therapie sowie präventiven Massnahmen erhöht werden, was die gesunde Lebenszeit verlängert und den Verlauf der Erkrankung hinauszögern kann (BAG & GDK, 2013). Die Therapie der Demenz umfasst medikamentöse Behandlung, psychotherapeutische Verfahren und sozialtherapeutische Massnahmen.

#### Demenzabklärung

Um eine Demenzdiagnose stellen oder ausschliessen zu können, bedarf es einer umfassenden Demenz-



**Helen Bäder (Bachmann)** ist klinische Psychologin. Das Psychologiestudium hat sie an der ZHAW absolviert. Seit August 2015 ist sie in der Akutpsychiatrie für Erwachsene in der integrierten Psychiatrie Winterthur tätig, anfänglich als Assistenzpsychologin, seit Juni 2016 als Psychologin. Seit September 2015 absolviert sie die Weiterbildung in systemischer Therapie und Beratung am IEF in Zürich.

abklärung durch SpezialistInnen. Sie setzt sich laut Calabrese und Bassetti (2011) aus geriatrischen, neuropsychologischen, neurologischen und psychopathologischen Befunderhebungen zusammen. Eine diagnostische Untersuchung verschafft Klarheit darüber, ob Veränderungen pathologisch oder normal sind. Sie ermöglicht den Ausschluss reversibler Ursachen und die genaue Bestimmung der Demenzdiagnose. Darüber hinaus liefert eine Demenzabklärung Hinweise für Prognose und zukünftige Entscheidungen. All das kann zu einem besseren Umgang mit den Folgen der Demenz führen.

#### Lösungsansätze

Die Untersuchung zeigte auf, dass in Altersinstitutionen eine grundsätzlich positive Haltung gegenüber der Demenzdiagnostik vorliegt. Die Einbettung der Demenzdiagnostik in Altersinstitutionen wird jedoch durch verschiedene Faktoren gebremst oder zum aktuellen Zeitpunkt verhindert. Hinderliche Faktoren sind vor allem auf der Grundlage von fehlendem Wissen oder unpassenden Angeboten für Institutionen zu erkennen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Versorgung

## Vom SBAP. ausgezeichnete Masterarbeit

von MmD zwar ein wichtiges Thema in der Gesellschaft wie auch in Altersinstitutionen ist, dass jedoch massive Wissenslücken bestehen. Der Mangel an Wissen über Demenzerkrankungen führt dazu, dass Demenzsymptome weder erkannt noch richtig eingeordnet werden. Ebenso kann es dazu führen, dass mögliche Behandlungen nicht bekannt sind und somit nicht in Anspruch genommen werden. Die Folge davon ist, dass Demenzdiagnostik kein Mehrwert zugesprochen wird. Die aufwendige Versorgung von MmD und die hohen Kosten, die verursacht werden, prägen die Wahrnehmung von Demenzerkrankungen negativ und können zu Stigmatisierung führen. Ausserdem kann die Konfrontation mit der Thematik eigene Ängste und Unsicherheiten auslösen. Stellen diese Faktoren bereits Hinderungsgründe für Demenzdiagnostik dar, wird deren Inanspruchnahme durch fehlende oder unpassende Angebote noch zusätzlich erschwert. Bestehende Angebote können aufgrund von eingeschränkter Mobilität oder weil sie von Seiten der Institution zu viel Zeit und Ressourcen erfordern, nicht in Anspruch genommen werden. Alle diese Faktoren führen dazu, dass MmD keiner diagnostischen Abklärung unterzogen werden und dadurch oftmals keinen Zugang zu Therapie und Behandlung erhalten. Daraus ist abzuleiten, dass Sensibilisierung und Aufklärung als Basis für die Einbettung von Demenzdiagnostik in Altersinstitutionen erachtet werden kann. Aufklärung und Sensibilisierung umfassen viele Bereiche; angefangen bei der Schulung von Mitarbeitenden in Altersinstitutionen

über die Weiterbildung von Fachpersonal betroffener Tätigkeitsbereiche bis zur Information der allgemeinen Gesellschaft. Die Entwicklung eines Schwerpunktes Gerontopsychiatrie und die Entwicklung von Angeboten, abgestimmt auf die Bedürfnisse von Altersinstitutionen, sind zentral. Eine Bereitschaft, Demenzdiagnostik einzubetten, liegt dann vor, wenn Altersinstitutionen davon profitieren können. Werden Demenzen besser erkannt und besteht ein erreichbares Angebot für Demenzabklärungen, kann dies helfen, die bestehende Schnittstellenproblematik zu überwinden. Damit Lösungsversuche nicht an Rahmenbedingungen scheitern, ist es zwingend notwendig, dass Veränderungen durch staatliche Massnahmen unterstützt und gefördert werden. Könnten diese Probleme überwunden werden, würde der Zugang zu Behandlung und Therapie durch Diagnostik auch in Altersinstitutionen besser gewährleistet werden. Unter anderem hat diese Masterarbeit gezeigt, dass das Thema Demenzdiagnostik vielerorts auf Interesse stösst. Diese Voraussetzungen sollten unbedingt für weitere Forschung in diesem Gebiet genutzt werden. Für eine erfolgreiche Forschung über die Versorgung von MmD sollten Angehörige und Pflegepersonen sowie die (Weiter-)Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten nicht ausser Acht gelassen werden.

Helen Bäder

### Literatur

BAG & GDK. (2013). Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Bern.  
Bopp-Kistler, I., Rüegger-Frey, B. &

Beck, S. (2012). Früherkennung der Demenz. *Der informierte Arzt*, 1, 27/28.  
Calabrese, P., & Bassetti, C. L. (2011). Diagnostik und Verlaufsbeurteilung der Demenz. In C. Bassetti & F. Gutzwiller (Hrsg.), *Demenz. Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Eine Schweizer Perspektive* (S. 57–77). Stuttgart: Ligatur.  
Gutzmann, H. (2011). Die Versorgungssituation der psychisch kranken Älteren in Deutschland. Position der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. In G. Stoppe (Hrsg.), *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung* (S. 305–314). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.  
Held, C. (2011). Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung bei fortgeschrittener Demenz. In R. Ricca, BAG & W. Wettstein (Hrsg.), *Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung. Tagungsband* (S. 18–19). Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).  
Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., . . . Wollmer, M.A. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103(3), 135–148.  
Stoppe, G. (2011). Demenz: Frühdiagnose und ambulante Versorgung. In G. Stoppe (Hrsg.), *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung* (S. 133–140). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.  
World Health Organization (WHO). (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: WHO Press.

### Preis für Masterarbeiten

Der SBAP. stiftet jährlich einen Preis für herausragende «angewandte» (im Sinne des FH-Profiles) Masterarbeiten im konsekutiven Masterstudiengang am Departement Angewandte Psychologie der ZHAW. Dabei werden die Masterarbeiten mit Mindestnote ab 5,0 in den Vertiefungsrichtungen Arbeits- und Organisationspsychologie, Klinische Psychologie und Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie berücksichtigt. Ausgezeichnet werden innovative angewandt-psychologische Masterarbeiten, die Neues explorieren bzw. neue, noch wenig bearbeitete Fragestellungen der Angewandten Psychologie bzw. Forschung thematisieren.

Pro Vertiefungsrichtung wird ein Preis verliehen, die Preissumme beträgt 500 Franken und ein Jahr Mitgliedschaft im SBAP. (Wert 600 Franken). Eine Jury, bestehend aus VertreterInnen der Vertiefungsrichtungen im SBAP.-Vorstand, dem SBAP.-Präsidenten sowie einer Fachperson des Departements Angewandte Psychologie, ermittelt die PreisträgerInnen. Im **punktum**. werden die ausgezeichneten Arbeiten von den AutorInnen vorgestellt.

# Das neue CASA-Mitgliedschaftsmodell

«Sinnvolle Gewaltenteilung, mit der sich effizienter arbeiten lässt»

*Gespräch mit Toni Schmid, Geschäftsführer FH SCHWEIZ, und Christoph Adrian Schneider, Präsident SBAP., über das neue Mitgliedschaftsmodell CASA.*

**punktum.:** Herr Schmid, was war der Auslöser für das neue Mitgliedschaftsmodell CASA?

Toni Schmid: Es gab zwei treibende Kräfte. Einerseits der Berufsverband SBAP., der sich über weit gehende Unterstützung und Leistungen erkundigte, und andererseits waren wir im FH-Vorstand schon seit gut einem Jahr daran, im Ressort Verbandsentwicklung neue Modelle zu entwickeln, die wir «FH-Satelliten» nannten. Da dachten wir aber vor allem an den Ausbau und die Entwicklungsmöglichkeiten unserer Alumni-Organisationen an den Fachhochschulen. Sie sollten sich mit eigenem Personal, mit Unterstützung der jeweiligen Fachhochschule und mit Hilfsleistungen von FH SCHWEIZ weiterentwickeln.

*Welche Hilfsleistungen?*

Toni Schmid: Da meinten wir nicht die Datenbank, die wir schon gemeinsam haben, sondern die Förderung von Akquisitionsmassnahmen und den Einsatz der Kommunikationsmittel. Die Alumni-Organisationen sollten alle Instrumente von FH SCHWEIZ abholen und regional nach den eigenen Bedürfnissen anpassen können. Das wollte aber bis dahin nicht so recht klappen. Und dies, obwohl es vor Ort viele Schnittstellen gibt. Es ist oft unklar, wer was vor Ort zu sagen hat, machen soll und wie die Dienstleistungen finanziert werden. Da geht leider in der Alumni-Arbeit sehr viel Energie verloren. Das ist schade. Zusammen mit dem SBAP. entwickelten wir CASA, ein Zuhause für den SBAP. und eine Weiterentwicklung für FH SCHWEIZ. Es ist eine Partnerschaft – der SBAP. ist kein Satellit von FH SCHWEIZ.

*Können Sie, Herr Schneider, ein erstes Fazit von CASA ziehen?*

Christoph A. Schneider: Wir sind sehr zufrieden. Auch das Feedback der Mitglieder zeigt, dass es die richtige



**Christoph Adrian Schneider**, Psychologe SBAP., ist seit März 2015 SBAP.-Präsident. Er schloss 2008 das Fachhochschulstudium an der ZHAW in Arbeits- und Organisationspsychologie ab und absolvierte parallel dazu eine Coaching-Weiterbildung. In den anschliessenden vier Jahren leitete er verschiedene Kulturtransformations- und Managemententwicklungsprojekte in verschiedenen Swisscom-Geschäftsbereichen. Von 2012 bis 2014 lebte er mit seiner Familie in Thailand und arbeitete für den Schulvorstand der Swiss School Bangkok. Mit der Rückkehr in die Schweiz machte er sich selbständig und eröffnete im Herzen von Bern eine eigene Praxis für integrative Persönlichkeitsentwicklung und achtsame Lebensführung.

**Toni Schmid** ist mit vier Geschwistern auf einem Kleinbauernhof in Willisau LU aufgewachsen. Nach dem Gymnasium studierte der diplomierte Krankenpfleger AKP Betriebsökonomie mit Vertiefung Marketing an der Hochschule Luzern. Seit 2003 ist er Geschäftsführer von FH SCHWEIZ, dem nationalen Dachverband der Absolventinnen und Absolventen von Fachhochschulen. Der knapp 53-Jährige ist mit der Geschäftsleiterin der Krebsliga Zug verheiratet und hat zwei Kinder. Er lebt in Steinhauhen ZG und ist sehr sportlich (Jogging, Mountainbike und Langlauf), liebt aber auch Kunst und Musik und beschäftigt sich mit Zen.

Entscheidung war. Es war für mich und den SBAP.-Vorstand ein grosser Schritt. Wir können uns heute stärker auf die wichtigeren strategischen Themen und die Verbandsentwicklung konzentrieren. Das läuft sehr gut, und ich glaube, unsere Mitglieder haben vom Wechsel gar nichts gespürt.

*Wie garantiert FH SCHWEIZ die Qualität ihrer Dienstleistungen?*

Toni Schmid: Das versuchen wir auf verschiedenen Ebenen. Um die Qualität sicherzustellen, haben wir – zuerst der SBAP. in einer Prozessanalyse und darauf aufbauend FH SCHWEIZ

– die einzelnen Aufgaben, die es zu erfüllen gilt, analysiert und diese in das Dienstleistungs- und Kategorienpaket von FH SCHWEIZ übernommen. Die erwünschten Aufgaben pro Stufe haben wir definiert und kontrollieren deren Erfüllung. Der Vorstand bemisst die Zufriedenheit dann regelmässig und baut diese Erkenntnisse in den regelmässigen Gesprächen mit FH SCHWEIZ und den Mitarbeitern ein. Zur Sprache kommen die offenen Themen und die Qualitätsoptimierung. Im CASA-Modell hängt natürlich viel von den Personen ab, welche die Aufgaben übernehmen. Wobei

## Das neue CASA-Mitgliedschaftsmodell

wir den Verantwortlichen in den einzelnen Bereichen so viel Spielraum wie möglich geben. Wichtig sind uns auch die Reaktion und die Erfahrungen des SBAP.

*Waren Sie deshalb auch an der letztjährigen Generalversammlung des SBAP.? Werden Sie das auch künftig tun?*

Toni Schmid: Ich werde, wenn immer möglich, gerne dabei sein. Die Kontakte sind stets eine Bereicherung, und es ist mir sehr wichtig, den Puls der SBAP.-Mitglieder zu spüren und Feedback zu erhalten. Manchmal können es auch Randbemerkungen sein oder Gespräche am Apéro. Das ist so wichtig wie die Inhouse-Analysen. Man kann so Spannungsfelder wahrnehmen, und es stärkt das Miteinander.

*Welche Erfahrungen hat der SBAP. mit der Qualität der FH-Dienstleistungen bis jetzt gemacht?*

Christoph A. Schneider: Die Qualität erscheint uns sehr gut. Mit der Betriebsökonomin Janine Sutter haben wir die richtige Person für die Koordination gefunden. Sie wird optimal ergänzt von der politischen Sekretärin Heloisa Martino und von Andrea Prudenzano für die Administration. CASA, die Zusammenarbeit mit FH SCHWEIZ, ist aus unserer Sicht prima angelaufen.

*Wie gross ist die Nachfrage nach dieser Dienstleistung?*

Toni Schmid: Sie wird stärker nachgefragt, als wir gegenwärtig anbieten können. Das Modell CASA gilt es jetzt zuerst zur vollen Zufriedenheit von SBAP. und seinen Mitgliedern zu führen. Erst dann wollen wir von FH SCHWEIZ weitere Schritte für eine Expansion machen.

*Was hat den SBAP. zum Modell CASA veranlasst?*

Christoph A. Schneider: In unserem relativ kleinen Verband lässt sich klar trennen, was das Basisgeschäft ist, was die wiederkehrenden und administrativen Aufgaben sind und was sach- beziehungsweise verbandsspezifisch ist. Bei uns sind das beispielsweise die Zusammenarbeit mit an-

deren Verbänden, berufsbezogene Projekte oder berufspolitische Anliegen. Wir haben uns dafür entschieden, den ersten Teil der Verbandsaufgaben auszulagern und uns vertieft um den zweiten zu kümmern. Mit der Auslagerung können sich Vorstand, Präsident und politische Sekretärin auf die Entwicklung des Verbandes und die Positionierung in der psychologischen Landschaft der Schweiz konzentrieren. Es ist der Schritt vom geschäftsführenden zum strategisch arbeitenden Präsidium, das sich auf die zukunftsweisende Entwicklung ausrichten kann. Es ist eine sinnvolle Gewaltenteilung, mit der sich effizienter arbeiten lässt und die damit den Ansprüchen und Erwartungen der Mitglieder besser gerecht wird.

*Ist CASA das Modell der Zukunft?*

Toni Schmid: CASA ist nach der Einführung und Adjustierung nach den ersten Erfahrungen bestimmt ausbaufähig. Es schneidet bezüglich des Verhältnisses von Kosten und Ressourcen sehr gut ab. Das Paket der von uns angebotenen administrativen Dienstleistungen ist auch für andere Gruppierungen attraktiv.

Christoph A. Schneider: Das hängt von der Grösse, den Aufgaben und Dienstleistungen des Verbandes ab. Ich glaube, es wird vor allem für kleinere Organisationen und Verbände zukunftsweisend sein. Wir sind im Austausch mit anderen Verbänden, und man beobachtet unser CASA-Modell. Ich selbst bin überzeugt, dass der Entscheid richtig war und dass dieses Modell auch für andere attraktiv sein kann.

*Haben Sie keine Befürchtungen, dass der SBAP. seine Eigenständigkeit mittelfristig verliert?*

Christoph A. Schneider: Nein, denn wir behalten die Geschäftsstelle und die Geschäftsadresse. Auch mit diesen weit reichenden Leistungen von FH SCHWEIZ werden wir weiterhin eigenständig bleiben. Es ist nicht ausschlaggebend, wer die administrativen Aufgaben übernimmt. Die Hauptsache ist und bleibt die berufspolitisch wichtige Verbandsarbeit,

die der SBAP.-Vorstand mit CASA noch besser machen kann. Wir profitieren zudem zusätzlich vom grossen Netzwerk, dem Know-how und der professionellen Struktur von FH SCHWEIZ.

*Wie sieht es auf der Seite von FH SCHWEIZ aus?*

Toni Schmid: Ich kann mich dem Gesagten voll anschliessen. CASA ist vergleichbar mit einem Technopark. Dort verliert ein Start-up seine Unabhängigkeit auch nicht – im Gegenteil, es stärkt die Eigenständigkeit und den Bewegungsfreiraum dank Entlastung in der klassischen Verwaltung. So soll es auch für CASA sein, wo die von FH SCHWEIZ erbrachten Leistungen noch grösser sind. Kunden wie der SBAP. haben aber die Entscheidungshoheit und die Kontrolle. Wir wollen die Anliegen und Wünsche des SBAP. erfüllen. Umgekehrt können wir von neuen Ideen und vom Transfer der Expertise des SBAP. in der sozialen und psychologischen Arbeit und Organisation profitieren.

Interview: Beat Honegger

### CASA – ein neues Zuhause

Der SBAP.-Vorstand hat seine Geschäftsstelle per Anfang April ausgelagert und zusammen mit FH SCHWEIZ das neue Mitgliedschaftsmodell CASA entwickelt. Der Schweizerische Berufsverband für Angewandte Psychologie ist seit 2006 Mitglied von FH SCHWEIZ. Der SBAP. hat ab Oktober an der Konradstrasse 6, 8005 Zürich, an der Geschäftsstelle von FH SCHWEIZ separate Büroräumlichkeiten und eine eigene Telefonnummer (043 268 04 05). FH SCHWEIZ stellt Personal und Infrastruktur zur Verfügung und übernimmt operative Tätigkeiten wie die Buchhaltung, die Mitgliederbetreuung und das Marketing.

Die Gesamtverantwortung liegt indes unverändert beim SBAP.-Vorstand. Er bestimmt, was, wann und wie getan werden soll. Janine Sutter, die schon in Teilzeit beim SBAP. tätig war, übernimmt die SBAP.-Geschäftsleitung und betreut gemeinsam mit Andrea Prudenzano die administrativen Aufgaben des Verbands.

Der SBAP. kann damit das Know-how von FH SCHWEIZ zur Optimierung der operativen Tätigkeiten nutzen und sich intensiver den berufsverbandsspezifischen Aufgaben annehmen. SBAP.-Präsident Christoph A. Schneider wird sich stärker auf strategische und berufspolitische Belange konzentrieren können. Unterstützt werden er und der Vorstand von der politischen Verbandssekretärin Heloisa Martino.

Christoph A. Schneider ist überzeugt, dass sich mit dem neuen Modell mittel- und langfristig Kosten einsparen lassen und sich die Effizienz im administrativen Bereich erhöht. Er zieht ein sehr positives erstes Fazit der Zusammenarbeit.

## SBAP.

Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie  
Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée  
Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata



Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie  
in Koordination mit autismus deutsche schweiz, elpos ADHS-Organisation  
und dem geplanten Weiterbildungsangebot der Schweizerischen Fachgesellschaft ADHS

### Weiterbildung in Coaching mit Möglichkeit zur Vertiefung fürs Coaching von Menschen mit AD(H)S oder einer Autismus-Spektrum-Störung

Im **Oktober 2016** startet die neue SBAP.-Weiterbildung mit einem Grundmodul in Coaching und einem ersten Aufbaumodul im Bereich AD(H)S- und Autismus-Spektrum-Störung-Coaching. Vermittelt werden im Grundmodul aktuelles Wissen und die Förderung der Kompetenzen für das Coaching und im Aufbaumodul für das spezifische Coaching von KlientInnen mit der Diagnose AD(H)S und/oder einer Autismus-Spektrum-Störung.

Das Grundmodul kann alleine gebucht werden, und sofern bereits eine Coachinausbildung absolviert wurde, kann auch direkt das Aufbaumodul gebucht werden.

Zielgruppen: Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie und Psychotherapie, Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung, Ergo-, Psychomotorik- und Lerntherapie. Sozialarbeitende, Sozialpädagogen sowie Pflege- und Personalfachleute.

Die Kursdaten und das Detailprogramm sind auf der SBAP.-Website [www.sbap.ch](http://www.sbap.ch) ersichtlich.

Kosten Grundmodul: CHF 2500.–, Kosten Aufbaumodul: CHF 2080.–

Modulpreise verstehen sich inkl. Eignungsabklärung, Prüfungsgebühr und Zertifikat, exkl. Supervision.

SBAP.-Mitglieder erhalten 5% Rabatt.

Detailprogramm und Anmeldung: [info@sbap.ch](mailto:info@sbap.ch) oder Tel. 043 268 04 05 – Wir freuen uns auf Sie!

## Fachanlass

### «Kinder psychisch belasteter Eltern und Familien»

Die Realität, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein signifikant erhöhtes Risiko haben, später selber zu erkranken, macht betroffen. Das Risiko und die besonderen Belastungen für diese Kinder und Jugendlichen beschreibt unter anderen Dr. *Stephan Kupferschmid*. Auch in den aktuellen Publikationen von Prof. *Alain Di Gallo* wird die Problematik für Kinder psychisch belasteter Familien eindrücklich beschrieben. Beide sind Referenten der SBAP.-Fortbildung vom September 2016.

Dass neben dem Risiko dieser jungen Menschen jedes neunte Kind weltweit ein «kriegsbetroffenes Kind» ist, dass sehr viele Kinder in allen Teilen der Welt in belasteten Familien aufwachsen, wissen wir und sind oft erstaunt, wie es vielen dennoch gelingt, gestärkt aus dieser Entwicklungsphase ins Erwachsenenleben einzutreten. Bei der immensen Anzahl betroffener Kinder wird es heute und in Zukunft von zentraler Bedeutung sein, dass wir die übergeordneten Aufgaben erkennen, die sich daraus an unsere Generation stellen. Es sind systemische Anliegen – nicht nur an uns Fachpersonen, es betrifft die Verantwortung der gesamten Gesellschaft. Wenn ein Kind leidet, leidet seine Familie mit und ebenso Angehörige und das weitere Umfeld.

Die Experten Alain Di Gallo und Stephan Kupferschmid werden in ihren Referaten und ihrem Fachaustausch unter anderem auf die Möglichkeiten eingehen, wie die Kinder gestärkt, die Eltern unterstützt und die Systeme

in diesen Aufgaben gefördert werden können.

Wenn ich – frei nach Wolfgang von Goethe – davon ausgehe, dass wir als Erwachsene den Kindern für ihre gesunde Entwicklung «Wurzeln und Flügel» mitgeben sollen, frage ich mich, wo wir im immer schneller werdenden Kulturwandel die Basis und Resonanz für «Wurzeln» in der Familie schaffen wollen? Was die Familie neben anderem vermitteln kann, sind: Urvertrauen, Liebe, Geborgenheit, Zuverlässigkeit und Achtsamkeit. Dadurch bilden sich Selbstvertrauen, Wir-Gefühl, Resilienz, Selbstwirksamkeit und Verantwortungsgefühl unserer Kinder. Mit der daraus wachsenden Entscheidungsfähigkeit, der Selbstständigkeit und der Kompetenz, sozial integriert und gesund als junge Menschen ins Leben hinauszugehen, wachsen die «Flügel» und werden stark. Dies, weil sich die jungen Menschen verwurzelt fühlen, einfühlsam sind und mit anderen in einen echten Dialog treten können. Damit diese umfassenden Entwicklungsschritte gelingen, braucht es uns – Eltern, Erwachsene und Gesellschaft – in einer Vorbildfunktion, die es sich lohnt «nachzuahmen» oder als sinnvolle Möglichkeit anzuerkennen. Wenn ich an die Erkenntnisse denke, die ich aus Feldstudien in den 1980er Jahren gewonnen habe, als ich mich mit Kulturkonfrontation und deren Auswirkung auf die Identitätsbildung von Kindern befasste, sehe ich, auch in kulturell sehr unterschiedlichen Familien, ähnliche Aufgaben in Bezug auf die Entwicklung unserer Kinder.

Über die Jahre meiner psychotherapeutischen Tätigkeit habe ich beobachtet, dass Familien oder Elternteile, die durch äussere oder innere Faktoren belastet und zudem wenig im sozialen Umfeld verwurzelt sind, kaum Unterstützung erhalten, ihren Kindern entsprechend weniger beistehen können. Oft gerät dabei das ganze Familiensystem in Not.

Wie schnell sich der Kulturwandel auch fortbewegt – ich denke, die Zeit ist gekommen, in der wir als Verantwortliche in unserer globalen Gesellschaft vermehrt miteinander und füreinander einstehen sollen. Die Angst, etwas zu verlieren, wenn wir etwas geben, die Angst, Individualität einzubüssen, die Befürchtung, Kontrolle und Sicherheit zu entbehren, müssen wir als Anliegen unserer Mitmenschen ernst nehmen. Gerade hier ist unsere Fachkompetenz gefragt. Wir können Menschen mit Ängsten und Befürchtungen empathisch begegnen, achtsam in Resonanz und Dialog die Ressourcen des andern stärken und mit beruflicher Verantwortlichkeit zielführende Lösungen erarbeiten.

Möge das Miteinander und Füreinander gelingen, denn gesellschaftliche Belastungen und Krisen können uns alle betreffen, wenn wir die Geschichte und Gegenwart betrachten.

Beatrice Stirnimann,  
eidg. anerkannte Psychotherapeutin,  
Fachpsychologin SBAP. in  
Kinder- und Jugendpsychologie,  
Vorstand SBAP.  
– im Mai 2016

## Fachanlass

**SBAP.-Fachanlass vom 15. September 2016, 16–19.30 Uhr, Zürich**

Vertiefung und Vermittlung professioneller Handlungskompetenz zum Thema «Kinder psychisch belasteter Eltern und Familien» mit den folgenden Schwerpunkten:

- Wie werden betroffene Kinder gestärkt?
  - Wie werden Eltern optimal unterstützt?
  - Wie werden die Systeme darin, von Psychologen und Psychologinnen aus verschiedenen Fachrichtungen gefördert?
- Wir vom Vorstand und von der Geschäftsstelle freuen uns, SBAP.-Mitglieder und interessierte Fachpersonen an dieser Fortbildung begrüßen zu dürfen, und danken den Referenten im Voraus bestens. Der Besuch der Veranstaltung wird attestiert.

Anmeldung und Details: [www.sbap.ch/aktivitäten/kurse/SBAP-Fachanlass](http://www.sbap.ch/aktivitäten/kurse/SBAP-Fachanlass)

**Referenten**

**Stephan Kupferschmid**, Dr. med., Chefarzt Bereich Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mitglied der Geschäftsleitung Psychiatrische Dienste Aargau AG. Studium der Humanmedizin in Würzburg (D) und ärztliche Tätigkeit in Würzburg und Bern. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Promotion über das Thema «Kinder psychisch kranker Eltern» an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Bern. Ausbildung in KVT, systemischer Therapie und Supervision sowie Traumatherapie. Dozent und Supervisor am IPKJ.

Aktuelle Publikationen zum Thema: Co-Autor eines Therapieprogramms für psychisch belastete Eltern, welches aktuell in Bern und Winterthur durchgeführt wird ([https://www.amazon.de/Psychisch-belastete-Eltern-Kinderst%C3%A4rken/dp/3170236393/ref=sr\\_1\\_1?ie=UTF8&qid=1467381634&sr=8-1&keywords=kinder+psychisch+kranker+eltern+kupferschmid](https://www.amazon.de/Psychisch-belastete-Eltern-Kinderst%C3%A4rken/dp/3170236393/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1467381634&sr=8-1&keywords=kinder+psychisch+kranker+eltern+kupferschmid)).



**Alain Di Gallo**, Prof. Dr. med., Klinikdirektor Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Basel. Studium der Medizin in Freiburg und Basel, 1990 Promotion an der Uni Basel. Zweijährige Tätigkeit in Innerer Medizin in Basel und Riehen sowie 18 Monate Assistenzzeit in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal. 1992 Beginn der Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik in Basel. 1995 Facharzttitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Anschliessend 15 Monate Forschungsaufenthalt in Glasgow, Schottland. Danach Oberarzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Basel und Liaisonpsychiater auf der onkologischen Abteilung des Universitäts-Kinderspitals beider Basel. Nach einjähriger oberärztlicher Tätigkeit am Universitätsklinikum Heidelberg 2006/06 Rückkehr an die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel als Leitender Arzt und Chefarzt-Stellvertreter. Januar 2011 bis Juli 2012 Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrie Baselland, ab August 2012 Chefarzt und seit Januar 2015 Klinikdirektor der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der UPK Basel. 2004 Habilitation und 2011 Titularprofessur für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Uni Basel. Seit 2011 Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Forschungsschwerpunkte: Psychische Folgen von körperlichen Erkrankungen und Unfällen bei Kindern und Jugendlichen. Kinder psychisch kranker Eltern.

Aktuelle Publikationen zum Thema:

Hefti S., Kölch M., Di Gallo A., Stierli R., Roth B., Schmid M. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25, 89–99.

Locher S., Hefti S., Di Gallo A., Roth B., Schmid M. (in press). Familien mit psychisch kranken Eltern: Zeigen Kinder von zufriedenen Paaren weniger Auffälligkeiten? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*.

## Berufspolitische News

### Klinische Psychologie und Psychotherapie

Der Bundesrat hat am 6. Juli die **Verordnung über das Psychologieberuferegister** verabschiedet, welches am 1. August in Kraft getreten ist. Das Register (PsyReg) soll ab Sommer 2017 öffentlich zugänglich sein und über qualifizierte PsychologInnen informieren.

### Wissenswertes

ZHAW Zürich, Psychotherapie & psychische Gesundheit, Leitung Forschungsschwerpunkt: Prof. Dr. Agnes von Wyl.  
[www.zhaw.ch/de/psychologie/forschung/psychotherapie-psychische-gesundheit/](http://www.zhaw.ch/de/psychologie/forschung/psychotherapie-psychische-gesundheit/)

### Publikationen zur Klinischen Psychologie

*Bridler R., Ballweg T. (2015):* Die psychiatrische Patientenverfügung – eine Chance, Schweizer Ärztezeitschrift, 96(16), 576–579.

*Ventling S., Zuaboni G. (2016):* In Würde zu sich stehen: Peergeleitetes Angebot bezüglich Erfahrungen mit psychischer Erkrankung. In: Utschakowski et al (Hg.), Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie, Köln: Psychiatrie-Verlag.

*Weidt S., Lutz J., Rufer M., Delsignoro A., Jakob N.J., Herwig U., Bruehl A.B. (2016):* Common and differential alterations of general emotion processing in obsessive-compulsive and social anxiety disorder, Psychological Medicine, 25, 1–10.

Die **Universitären Psychiatrischen Dienste Bern** bieten neu eine Therapieform für suizidale Menschen an (publiziert im März 2016:  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>).

Es wird unter anderem beschrieben, dass Suizidalität als psychischer Ausnahmezustand betrachtet wird, indem betroffene Menschen in Denken und Handeln terminal «funktionieren». Durch die Therapie mit ASSIP wird die individuelle Geschichte erarbeitet und entsprechende Gegenmassnahmen verhaltenstherapeutisch entwickelt. Diese sollen vermeiden helfen, dass der Betroffene wieder in die ein-

geschränkte Ebene des Denkens und Handelns gelangt.

### Veranstaltungen

– 22. September 2016, 19 Uhr, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel: Öffentlicher Publikumsvortrag, Referent Prof. *Rolf-Dieter Stieglitz*, Leiter Bereich Psychodiagnostik UPK Basel. Vortragsthema: «ADHS bei Erwachsenen – eine Modediagnose?».

– 25. Oktober, PUZ: Tag der Forschung und 3. Burghölzli Psychiatry Meeting. Hauptredner am Symposium: Prof. Dr. *Trevor Robbins*, Cambridge, UK. Bis 15. September können wissenschaftliche Posterbeiträge zu diversen Themen eingereicht werden. Infos: [www.pukzh.ch/aktuelles/](http://www.pukzh.ch/aktuelles/)

– Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, öffentlicher Publikumsvortrag von Hennig Hachtel (leit. Arzt). Zum Vortrag vom 19. Mai, Thema: «Gefährlich – ja oder nein? Fallstricke in der Straftäterbegutachtung», können Unterlagen eingesehen werden. [upkbs.ch/Documents/Öffentlicher\\_Publikumsvortrag\\_19.05.2016\\_Layout.pdf](http://upkbs.ch/Documents/Öffentlicher_Publikumsvortrag_19.05.2016_Layout.pdf)

Beatrice Stirnimann

### Kinder- und Jugendpsychologie

2016, im «Jahr Kinder psychisch belasteter Eltern und Familien», lädt der SBAP. seine Mitglieder und interessierte Fachpersonen zu diesem Thema an eine **Fortbildung** ein (siehe Seite 24).

Zum **Weltkindertag** am 1. Juni 2016 hat die Europäische Föderation der Psychologie-Verbände (EFPA) publiziert, dass «Kinder Individuen mit Rechten» seien und PsychologInnen in der Unterstützung dieser Rechte eine sehr wichtige Rolle hätten. Zur Frage, welche Erinnerungen Kinder an ihre Kindheit haben sollen, schreibt die EFPA in ihrer Pressemitteilung, dass es für Kinder vom Besten sei, in einer Umgebung aufzuwachsen, die warmherzig und sicher sei.

Die **Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychothe-**

**rapie in Bern** bietet eine Migration-Sprechstunde Region Bern und Migration-Kompetenz für Kinder und Jugendliche für den ganzen Kanton an. Zudem gibt es ein Behandlungskonzept der Sprechstunde für Migrantinnen.

Infos: [http://www.upd.gef.be.ch/upd\\_gef/de/index/angebote-kinder-jugendliche/angebote-kinder-jugendliche/spezialangebote.html](http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/angebote-kinder-jugendliche/angebote-kinder-jugendliche/spezialangebote.html)

Der vom Schulpsychologischen Dienst des Kantons St. Gallen realisierte Film «**Ausser Rand und Band**» (Schulpsychologischer Dienst St. Gallen) hat an den Internationalen Wirtschaftsfilmtagen Grand Prix Victoria in Wien die silberne «Victoria» im Bereich Informationsfilme erhalten. Der Film informiert über die Arbeit von SchulpsychologInnen und zeigt Lösungsansätze für aktuelle Fragestellungen der Schulpsychologie.

### Veranstaltungen

– Die Universität Zürich bietet im Herbst ein «CAS Positive Psychologie» mit 12 ECTS-Punkten an.

Infos: [www.uzh.ch/Fachrichtungen/perspsy](http://www.uzh.ch/Fachrichtungen/perspsy)

– Diverse Kursangebote zu Kinder- und jugendpsychologischen Themen im Herbst 2016 und Winter 2016/17: Guggenbühl AG – Institut für Konfliktmanagement Zürich.

Infos: [www.ikm.ch](http://www.ikm.ch)

– 22.–25. März 2017 in Ulm DE: XXXV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Motto: Dazugehören! – Bessere Teilhabe für traumatisierte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche.

Beatrice Stirnimann

# Abbild einer Angst

Mercer Mayer: Da liegt ein Krokodil unter meinem Bett

Hauptthema dieses Büchleins ist das in der Kindheit verbreitete Phänomen der Angstvorstellung, ein Ungeheuer unter dem Bett zu haben. Der junge Protagonist erzählt, wie vorsichtig er sich abends ins Bett begeben müsse, immer auf der Hut vor dem Krokodil. Denn obwohl er ja weiss, dass es unter seinem Bett lauert, sieht er es nie. Er fordert Hilfe von den Eltern, aber sie sehen es nicht. Der Junge kommt zur Erkenntnis, dass er nicht auf fremde Hilfe zählen könne, und beschliesst, selber etwas dagegen zu unternehmen. Er versucht – aus sicherer Entfernung –, das Krokodil mit Leckereien vom Zimmer in die Garage zu locken, um es dann darin einzuschliessen. Glücklicherweise kehrt der kleine Held in sein Zimmer zurück, stolz, das Problem selber gelöst zu haben. Doch was ist mit Papa, wenn er morgens in die Garage geht?

Das Krokodil – Abbild einer Angst. Obwohl der Erzählende der Überzeu-

gung ist, das Tier zu sehen, suggeriert uns die Geschichte, dass es nur in der Phantasie existiert. Die Angst wird in die Realität projiziert, hier verdeutlicht durch die bildliche Darstellung des Tiers. Kinder halten oft in der vermeintlichen Geborgenheit des nächtlichen Kinderzimmers Schatten für lebendige Monster, Projektionen, denen man vermeintlich ausgeliefert ist und die unbezwingbar erscheinen. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verwischt.

Die Illustrationen sind einfach gehalten, die Nacht nicht in Schwarz, sondern in Blau gehüllt, und das Krokodil scheint sanftmütig, ja zahm und liebenswürdig zu sein. Und doch verschwindet der Protagonist fast gänzlich aus dem Bild, wann immer das Krokodil auftaucht: Er versteckt sich, das Ungeheuer immer im Blickfeld, und man spürt, wie belastend dieses Tier – seine Angst – in seinem noch jungen Leben ist.



**Mercer Mayer: Da liegt ein Krokodil unter meinem Bett.** Carl Auer Kids, Heidelberg 2015, 40 Seiten, Fr. 31.90, ISBN 978-3-8497-0090-4.

**ZSB** Zentrum für Systemische Therapie und Beratung  
**BERN**



Aus der Praxis für die Praxis

Neuer Weiterbildungslehrgang am ZSB Bern:

**Postgraduale Systemische Psychotherapieweiterbildung**  
**- bindungsbasiert & methodenkombiniert**

Beginn: November 2016

Richtet sich an Personen mit abgeschlossenem Hochschulstudium in Psychologie oder Medizin und führt nach Abschluss der laufenden Akkreditierungsevaluation zum eidgenössischen Titel in Psychotherapie sowie zum Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie.

Ausführliche Informationen sowie Anmeldung unter [www.zsb-bern.ch](http://www.zsb-bern.ch)  
Sekretariat: Villettemattstrasse 15, CH-3007 Bern, [info@zsb-bern.ch](mailto:info@zsb-bern.ch)

Der Text liest sich einfach, verständlich und ist auch für Leseanfänger geeignet. Die Geschichte zeigt, wie Kinder selbstbestimmend Ängste in den Griff bekommen können. Der junge Held besiegt das Tier mit praxiserprobten Mitteln: Er lockt es mit Lieblingspeisen aus dem Zimmer. Die Selbstverständlichkeit, dass das Krokodil in den Augen des Jungen selber wie ein Kind reagieren wird und der leckeren Spur folgt, ist so banal wie genial. Die Erzählung zeigt jungen, aber auch älteren Lesern, wie man auf spielerische, abenteuerliche Art ein Problem lösen kann, Selbstkontrolle entwickelt und sich mit wichtigen Entwicklungsaufgaben befasst: kleineren Kindern in einfacher, verständlicher Form, gespickt mit eigener Phantasie; älteren in einer Weise, die dank einfacher Sprache ohne Metaphern viel Raum für Selbstinterpretationen und tiefere Gedankengänge zulässt.

Zuletzt bietet das Buch zwei Textanalysen, die helfen, mit der Geschichte in der Praxis aktiv zu arbeiten.

Jessica Y. Iannelli Manser,  
Psychologin SBAP.

# Praktische Schatztruhe

## Roland Weber: Paare in Therapie

Dieses anregende und sehr sinnvoll strukturierte Buch ist eine Schatztruhe für den Praxisalltag in der systemisch-integrativen Arbeit mit Paaren, für Anfänger wie für erfahrenere PaartherapeutInnen geeignet. Der Autor hat einen Fundus an Übungen und praktischen Interventionen zusammengestellt. Er zeigt mit Fallbeispielen auf, wie er die Anregungen und Übungen, die teilweise von anderen Therapeuten her bekannt sind, in seiner eigenen Art und Weise in den Prozess einfließen lässt.

Nach einer im ersten Kapitel angenehmen kurzen theoretischen Einleitung eröffnet Kapitel zwei dann spannende Einblicke in die erlebnisintensive Vorgehensweise des Therapeuten. Im Zentrum stehen unter anderem Kreativität, Trance- und Gestaltungselemente, auch gibt Roland Weber Anregungen zu einer günstigen Materialsammlung für den Praxisraum. Das dritte Kapitel enthält eine Reihe von erlebnisorientierten Kurzinterventionen im Bereich von Imaginationen, körperlichen wie emotionalen

Zuständen. Auch zeigt es, wie Interaktionsübungen zwischen den Partnern neue Erfahrungen und Wahrnehmungen begünstigen können.

Im vierten Kapitel greift Weber komplexere und vertiefende Interventionen auf. Der Hauptfokus liegt dabei auf folgenden drei Bereichen: dem Umgang mit Paarskulpturen, der Time-Line-Arbeit mit Paaren sowie der Teile-Arbeit mit Paaren. Der Autor zeigt anhand von Fallbeispielen zudem auf, wie er selber in der Praxis mit Interventionen umgegangen ist. Das Buch macht insgesamt deutlich, dass die Aspekte von Raum und Zeit sowie das Mehrebenenmodell der Paarbeziehung therapeutisch gut genutzt werden wollen. Auch wird mit einem besonderen Blick auf die dissoziative Methode «Beobachterräume schaffen» aufgezeigt, wie ein anderer Zugang zu einer emotionaleren Ebene des therapeutischen Prozesses gefunden werden kann.

Heidi Paulsen,  
Psychotherapeutin SBAP.



**Roland Weber: Paare in Therapie. Erlebnisintensive Methoden und Übungen.** Klett-Cotta, Stuttgart 2015, 302 Seiten, Fr. 35.90, ISBN 978-3-608-89151-5.



Schweizerische Gesellschaft für Sandspieltherapie SGSST

## SANDSPIELTHERAPIE

3jährige Ausbildung (2017 – 2019)

Sandspieltherapie ist eine nonverbale Bildgestaltungs-Methode, die von Dora M. Kalff entwickelt wurde. Sie wird weltweit in psychologischen Beratungen und in der Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen angewendet. Der berufsbegleitende Ausbildungszyklus basiert auf den Richtlinien der Schweizerischen sowie der Internationalen Gesellschaft für Sandspieltherapie (SGSST/ ISST).

**Zeit:** 3 Wochenendmodule pro Jahr.

**Daten:** 20./21. Januar; 23./24. Juni; 20./21. Oktober 2017  
26./27./28. Januar; 8./9./10. Juni; 19./20./21. Oktober 2018  
25./26./27. Januar; 14./15./16. Juni; 18./19./20. Oktober 2019

### Dozenten und Dozentinnen (Lehrtherapeuten SGSST/ ISST):

Dr. phil. Martin Kalff, Religionswissenschaftler  
Dr. Ruth Noël-Hermann, Psychotherapeutin FSP  
Rut Boss-Baumann, Psychotherapeutin FSP  
Maria Kendler, Diplompsychologin FSP

**Ort:** Minervastrasse 116, 8032 Zürich

**Kosten:** 1. Ausbildungsjahr: CHF 960,- für 3 Wochenendkurse à 14 Stunden  
2. und 3. Ausbildungsjahr: CHF 1'440,- für je 3 Wochenendkurse à 21 Stunden

**Information und Anmeldung:** Dr. Bruno Hofstetter, Psychotherapeut ASP, bhofstetter@bluewin.ch

[www.sgsst.ch](http://www.sgsst.ch) [www.isst-society.com](http://www.isst-society.com)

# Bildschirmkinder

## Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit: Screenkids

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen begegnen sich Digital Immigrants und Digital Natives. Die vergleichsweise späte Erfahrung mit den neuen Medien kann uns TherapeutInnen rasch verunsichern, spätestens dann, wenn Smartphones und Tablets den Weg in unseren Therapieraum finden. Wem eine kulturpessimistische Haltung nicht liegt, dem sei der Sammelband «Screenkids» sehr empfohlen.

Die meisten Tagungsbeiträge enthalten eine Mischung von allgemeinen Überlegungen und anschaulichen Fallbeispielen. Im ersten Teil des Buches wird auf die rasant fortschreitenden Veränderungen in der medialen Welt eingegangen. Zuerst werden die historische Entwicklung der Medien und deren sozialisatorische Effekte beleuchtet. Nach der Interpretation von epidemiologischen Daten wird die Medialität mit dem psychoanalytischen Begriff der Übertragung auf der Ebene der Kunst in Verbindung gebracht. Im zweiten Teil finden Beiträge aus der psychoanalytischen Sozialarbeit im ambulanten und stationären Setting Platz.

Die grosse Vielfalt der spannenden, gut lesbaren Beiträge beleuchtet die Chancen und Risiken der neuen Medien. Können Jugendliche mit einem reifen Ich die Medien zur Bewältigung der Realität nutzen, können sie für diejenigen mit einem unreifen Ich rasch zum Fluchtweg aus dem frust-

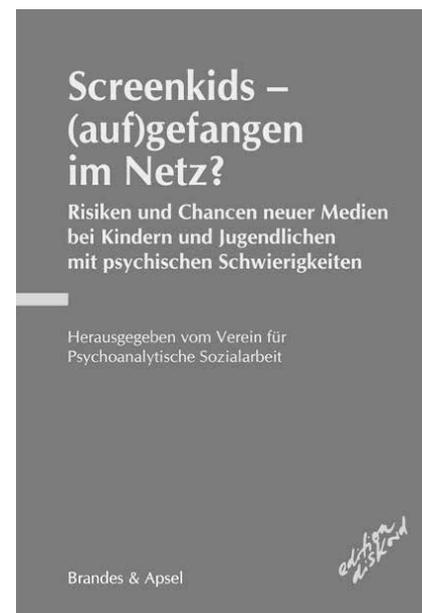
rierenden Alltag werden. Die Gefahr, zum Gefangenen der Sucht zu werden, ist dann gross. Allerdings wäre es zu kurz gegriffen, in den neuen Medien für Kinder und Jugendliche mit psychischen Schwierigkeiten nur das Risikopotenzial zu sehen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit ASS, die direkte Kommunikationssituationen als bedrohlich erleben können, scheint die mediale Transformation angstmindernde Distanz zu schaffen, die neue Dialoge ermöglicht.

Was verändert sich am therapeutischen Setting, wenn Kinder und Jugendliche Tablets oder Smartphones aktiv in ihre Therapiestunde einbringen? Wann ist das Smartphone hilfreiches Drittes und ermöglicht Einblicke in eine Welt, über die allenfalls nicht gesprochen werden kann? Wann führt es zum Ausschluss des Therapeuten, der Therapeutin und zum Abtauchen in eine unzugängliche Welt? Die vielfältigen Beiträge zeigen anschaulich, dass die neuen Medien im therapeutischen Prozess durchaus hilfreiche Funktionen übernehmen können. Im längeren Verlauf einer Therapie scheinen sie allerdings oft an Bedeutung zu verlieren, weil der direkte Dialog doch spannender ist als der mediale Diskurs.

Das Buch macht Mut, sich den therapeutischen Herausforderungen, welche Kinder und Jugendliche als «born digital» in die Therapie bringen, zu stellen. Ich empfehle es allen, die re-

gelmässig mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, da die neuen Medien deren Lebens- und Erfahrungswelt stark prägen.

Matthias Maurer,  
Fachpsychologe für  
Psychotherapie SBAP.



**Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit: Screenkids – (auf)gefangen im Netz? Risiken und Chancen neuer Medien bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Schwierigkeiten.** Brandes & Apsel, Frankfurt a.M. 2015, 280 Seiten, 29.90, ISBN 978-3-95558-155-8.

### Neue Mitglieder

Beck Cornelia Sabine, Zürich  
Reis Susanne, Zürich

### Neue Studentenmitglieder

Hübscher Eva, Zürich  
Jaros Jasmine, Biel  
Probst Jonathan, Zürich  
Schneeberger Cornelia, Langenthal  
Stricker Edith, Einsiedeln  
von Arx Berger Eveline, Zürich  
Wüthrich-Peter Verena, Schlatt

### PsychologInnen SBAP.

Beck Cornelia Sabine, Zürich  
Reis Susanne, Zürich

### PsychotherapeutInnen SBAP.

Cornaz Suzanne, Bülach  
Hungerbühler Antonia, Altstätten  
Lewin Tamara, Zürich  
Pfister Stefanie, Mettmenstetten  
Scherrer Karin, Watt

### Fachpsychologe SBAP.

**in Notfallpsychologie**  
Iannelli Jessica Yasmine,  
Niederweningen

**Der SBAP. gratuliert!**

**Herzlich willkommen!**



## Anti- und Anti-Anti-Freud-Literatur

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, forderte die Kritiker von Beginn weg mit seinen Ansichten zu psychischen Symptomen, zum Unbewussten und zur Sexualität heraus. Auch wurden über keinen Wissenschaftler so viele Biografien geschrieben wie über ihn. Dies sei wenig erstaunlich, meint Thomas Köhler. Denn Freud habe seine Thesen scharf formuliert und wandte Methoden an, die weder natur- noch geisteswissenschaftlichen Forschungsinstrumenten entsprachen.

Es geht dem Autor in diesem Buch nicht darum, die Kritik an Freuds Thesen zu widerlegen. Was ihn beschäftigt, sind die Kritiker, die mit einem wissenschaftlichen Anspruch antreten, dem sie bei genauer Prüfung nicht gerecht werden, die Freud falsch zitieren, voreilig Schlüsse ziehen, sich nur oberflächlich mit den Texten auseinandersetzen oder sich auf Sekundärliteratur berufen, ohne diese nachgeprüft zu haben. Um diejenigen Kritiker, die sich mit reisserischen Titeln der Publikumswirksamkeit ihrer Bücher vergewissern. Die sich dem «Freud-Bashing» vor allem darum widmen, weil es Spass macht und man sich in guter Gesellschaft weiss. Und die sich deutlich von seriösen Kritiken unterscheiden.

Es ist bereits das zweite Buch zum Thema Anti-Freud-Literatur von Köhler, der selber als Psychoanalytiker tätig ist und immer wieder über Psychoanalyse geschrieben hat. Er konzentriert sich in diesem Band vor allem auf die Literatur ab 1973 (Ellenberger) bis 2013 (Onfray).

Wichtig ist ihm aber aufzuzeigen, dass die Wurzeln dieser Art von Kritik oft auf Schriften aus der Zeit des Nationalsozialismus zurückgehen. So heisst es etwa: «In dieses Unbewusste vermöge der menschliche Verstand nicht einzudringen.» Es sei «ein revolutionärer Vorstoss gegen den europäischen Rationalismus und die Aufklärung» («Berliner Börsenzeitung», 1933). Freud nehme dem Menschen alle Würde, indem er ihn auf die Triebe reduziere, es seien dies «jüdische Gesichtspunkte, welche einen zerset-

zenden Einfluss hätten» (C.G. Jung, Brief an Kranefeldt, 1934).

Psychoanalyse als Gesellschaftsgefährdung ist für W. Kretschmer noch 1982 ein wichtiges Thema, das auch E.M. Thornton (1983) in ihre Kritik aufnimmt. Sie erklärt diese verantwortlich für die «permissive society» der 1950er und 1960er Jahre.

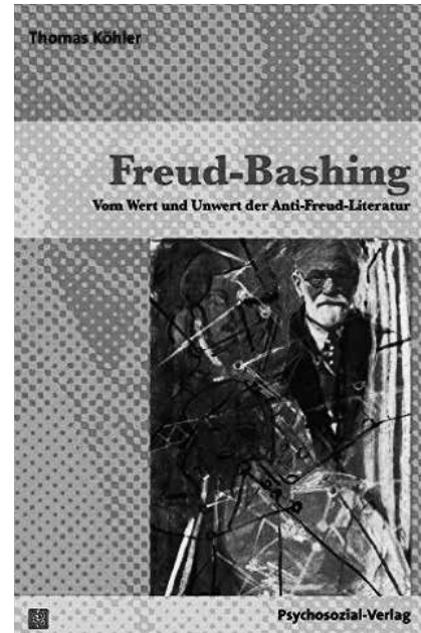
Hans Jürgen Eysenck als der bekannteste Anti-Freudianer veröffentlichte 1985 «Sigmund Freud: Niedergang und Ende der Psychoanalyse» und setzte zu einem «Generalangriff gegen die Psychoanalyse» an. Er wollte die ganze psychoanalytische Theorie als Behauptung widerlegen und verzichtete dann, weil es «um den allgemeinen Leser» geht, auf genaue Quellenangaben. Köhler beanstandet dies und meint, hier werde Freud vor allem lächerlich gemacht und auch immer wieder falsch zitiert. Ausserdem beziehe sich Eysenck unkritisch auf andere Kritiker.

Spannend zu lesen ist die sehr genau dokumentierte Kritik und Neuinterpretation der Fallgeschichte vom «kleinen Hans» von J. Wolpe und S. Rachman (1979), auf die sich T.H. Eschenröder (1986) und H. Selg (2002) beziehen. Freud schrieb diese Fallgeschichte um 1909, unter anderem um die ödipalen Phantasien des kleinen Hans darzustellen. Die Kritiker finden das gerade nicht erwiesen und erklären das Verhalten des kleinen Hans mit ihrer Konditionierungstheorie. Köhler zeigt die Auslassungen und Fehlinterpretationen und spricht von wissenschaftlicher Unredlichkeit.

Am Schluss wird am Beispiel des Philosophen Adolf Grünbaum aufgezeigt, wie seriöse Kritik aussehen kann («Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik», 1988). Grünbaum reflektiert vor allem die Erkenntnismethodik der Psychoanalyse am Beispiel der Fehlleistungen und die Sicherheit der auf diese Weise gewonnenen Aussagen. Er hält sich an die Regeln des wissenschaftlichen Diskurses. Obwohl: Nach Auffassung von Köhler missversteht auch Grünbaum Freuds Theorie in vielem.

Lesenswert macht dieses Buch, dass sich Köhler intensiv mit der weit ver-

Thomas Köhler: Freud-Bashing



**Thomas Köhler: Freud-Bashing. Vom Wert und Unwert der Anti-Freud-Literatur.** Psychosozial-Verlag, Giessen 2016, 227 Seiten, Fr. 41.90, ISBN 978-3-8379-2503-6.

breiteten negativen Kritik an Freud auseinandersetzt. Kompetente Erforschung des kritisierten Gegenstandes könnte eine Bereicherung für das weite Gebiet der Psychologie sein.

Weiterdenken und Forschen gehört zur Psychoanalyse, das zeigt ihre Geschichte und war schon ihrem Gründer klar. Freud war in seinem Denken revolutionär. Er hat sich in das schwierige Gebiet der menschlichen Psyche vorgewagt, das Menschenbild seiner Zeit mit seinen Thesen in Frage gestellt, hat Illusionen und Mythen zerstört. Das nimmt man ihm weiterhin übel. Auch dass der grösste Teil der Psyche unbewusst, «das Ich nicht Herr im eigenen Haus» ist (Freud 1917).

Die Diskussion und die Kritik werden und sollen andauern.

Marianne Zweifel,  
Psychotherapeutin SBAP,  
Psychoanalytikerin, Zug

- 15.09.16 Ausserordentliche SBAP.-Mitgliederversammlung mit Rahmenprogramm zum Thema «Kinder psychisch belasteter Eltern und Familien». Dr. med. Stephan Kupferschmid (Leitender Arzt Klinik Neuhaus, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) und Prof. Dr. med. Alain Di Gallo (Klinikdirektor Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Basel) halten einen interaktiven Vortrag zu diesem Thema. Diese Fortbildung wird attestiert und richtet sich an Fachpersonen aller psychologischen Richtungen sowie an Interessierte.
- 16.09.16 Kursstart der SBAP.-Weiterbildung «Notfallpsychologie»
- 07.10.16 Kursstart der SBAP.-Weiterbildung «Modulare Weiterbildung in Coaching mit optionaler Vertiefung fürs Coaching von Menschen mit AD(H)S oder einer Autismus-Spektrum-Störung»
- 08.11.16 SBAP.-Vortrag in Zusammenarbeit mit Mark & Michel: Vorsorge und Versicherungen – speziell für Psychologinnen und Psychologen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- 15.11.16 SBAP.-Fortbildung: Besichtigung Krematorium Nordheim, Zürich

**Redaktion:**

Lianne Fravi (Redaktionsleitung)  
 Heloisa Martino (Produktionsleitung)  
 Janine Sutter (Anzeigenleitung)  
 Beat Honegger

**Autoren:**

Helen Bäder (Bachmann)  
 Alain Di Gallo  
 Lianne Fravi  
 Andreas Gerber-Grothe  
 Beat Honegger  
 Jessica Y. Iannelli Manser  
 Alexander Jatzko  
 Stephan Kupferschmid  
 Dominique Lötscher  
 Matthias Maurer  
 Heidi Paulsen  
 Christian Rauch  
 Toni Schmid  
 Christoph Adrian Schneider  
 Wolfgang Schnell  
 Beatrice Stirnimann  
 Michael L. Uebersax  
 Frank C. Waldschmidt  
 Marianne Zweifel

**Inserate/Beilagen:**

SBAP. Geschäftsstelle

**Auflage:**

1300 Exemplare

**Redaktionsschluss:**

Nr. 4/2016: 10. Oktober 2016

**Layout:**

Schneider Druck AG, Yvonne Ott

**Druck und Ausrüsten:**

Druckerei Peter & Co., Zürich

**Lektorat:**

Thomas Basler, Winterthur

**Konzept und Gestaltung:**

greutmann bolzern zürich

**Neue SBAP.-Adresse:**

SBAP. Geschäftsstelle  
 Konradstrasse 6  
 8005 Zürich  
 Telefon 043 268 04 05  
 info@sbap.ch  
 www.sbap.ch