



**Transparenz und  
Gleichrangigkeit  
bei psychotherapeutischen  
Behandlungsentscheidungen im  
klinisch-psychiatrischen Kontext**

**Wo müssen wir besonders achtsam  
sein? Was können wir besser  
machen?**





- Einführung
  - Sehnsuchtsziele
  - vgl. Psychiatrie/Somatik
  - Rolle/Aufgaben des Psychologischen Psychotherapeuten (PPT)
  - Transparenz u. Gleichrangigkeit bei der
    - Wahl der Behandlungsangebote/-optionen
    - Diagnostik
    - Indikation/Zuweisung → Behandlungsgerechtigkeit
    - im Verlauf des therapeutischen Prozesses → Monitoring
    - Beispiel-Interventionen
    - Restriktion → besondere Erfordernisse eines schwierigen Auftragsmusters
- Resümee: Was können wir besser machen, wo müssen wir besonders achtsam sein?



- Vorausplanung psychiatrischer Behandlungsentscheidungen  
→ Krisen- und Grenzsituationen des Lebens
- Betroffene und Angehörige - unterschiedliche Perspektiven  
Gefühle des Ausgeliefertseins, des völligen Kontrollverlustes,  
von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Scham, u. U. (re)traumatisierend  
→ Grundbedürfnisse vgl. Konsistenztheorie; vgl. Schmidt 2012
- Sehnsuchtsziel:



**Psychiatrie passiert mir nie  
wieder**



- Für Grenzsituationen **vorausplanen** → **Selbstbestimmungsrecht, Autonomie**
- Instrumente **Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht** → aber **§ 34** Notstand
- **Somatik** Patientenverfügungen schon verbreiteter, fokussieren auf lebensverlängernde Maßnahmen, nicht auf Zwangsmaßnahmen.
- Anwendung von **Zwangsmaßnahmen** i. der Somatik verbreitet, aber **tabuisiert** (Somatik > Psychiatrie; Hauptbetroffene: Ältere ↑)



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

International Journal of Nursing Studies



in intensive care unit (3.39, 1.29–8.92). Sharing a multi-bed room (0.55, 0.35–0.89) and in situ central venous line were inversely associated (0.44, 0.19–0.98).

**Conclusions:** Physical restraints are apparently standard care in German acute hospitals.

However, variation between wards indicates that hospital care with only few physical restraints is feasible. Respecting patients' dignity and integrity warrants intervention

Use of physical restraints in acute hospitals in Germany:

A multi-centre cross-sectional study

Cäcilia Krüger<sup>a</sup>, Herbert Mayer<sup>a</sup>, Burkhard Haastert<sup>b</sup>, Gabriele Meyer<sup>a,c,\*</sup>

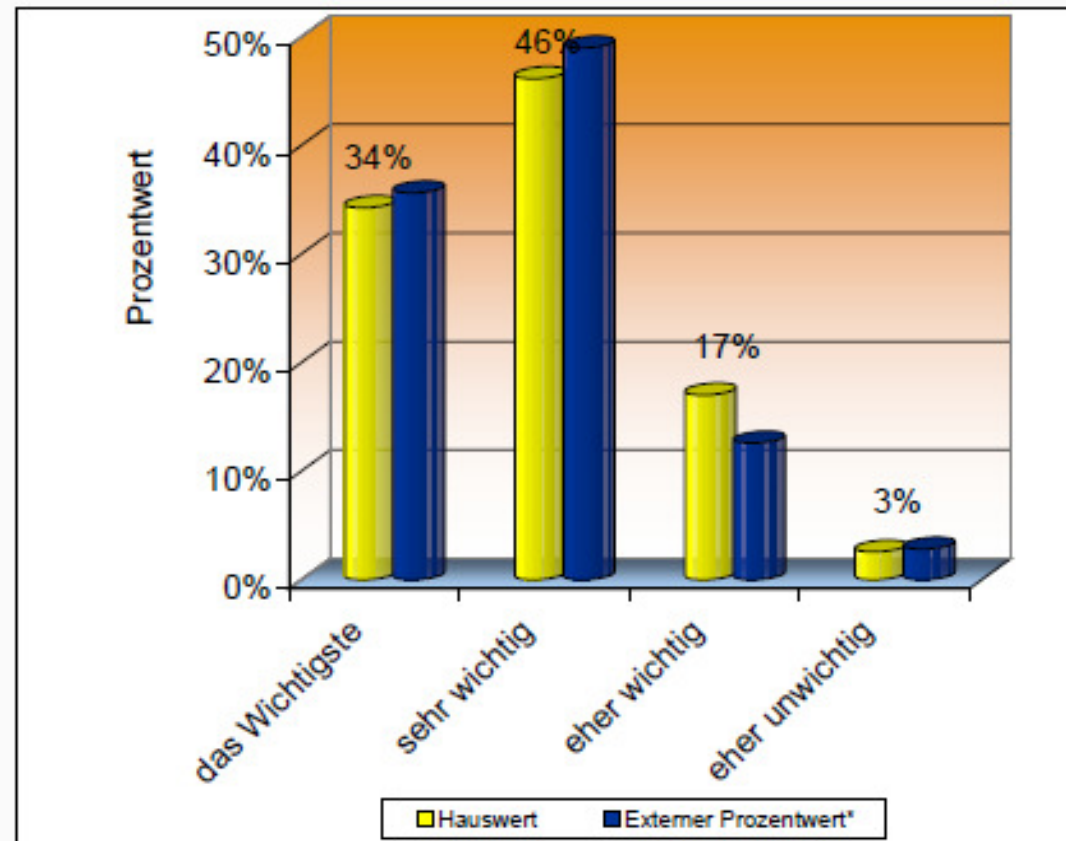
<sup>a</sup>Faculty of Health, School of Nursing Science, Witten/Herdecke University, Witten, Germany

- Alle in der Psychiatrie Tätigen: **Ambivalenz** zwischen **Therapie und Kontrolle**, therapeutisch helfen wollen, in hochakuten Phasen u. U. nicht mehr therapeutisch helfen können → **Prävention** von Gewalt u. Zwang in der Psychiatrie → [www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de](http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de)
- Psychologischen Psychotherapeuten (PPT) im klinischen Alltag keine Anordnung von Zwangsmaßnahmen
- Außenperspektive „weiße Weste statt weißer Kittel“?
- Teil des Teams/des Behandlungssystems Mitverantwortung für **gemeinsame Ziele Empowerment** → **Recovery-Prozessen**
- absolute **Prävention von Zwangsmaßnahmen!**
- Hohen Wichtigkeit der Psychotherapie aus Patientensicht.





**Wichtigkeitsbeurteilung zur Frage:**  
X. Die therapeutischen Einzelgespräche sind mir ...





- Hohe subj. Wichtigkeit der Psychotherapie → besonders achtsamer, verantwortungsvoller Umgang mit Erwartungen, Hoffnungen!
- frustrane Behandlungsversuche → Hoffnungslosigkeit „so krank, dass gar nichts hilft“. Es gilt die Regel des „nicht schaden“ nil nocere!

### **Bitte nicht helfen!**

### **Es ist eh schon schwer genug**

- Wie kann man Transparenz u. Gleichrangigkeit bei psychotherapeutischen Behandlungsentscheidungen erlangen?
- „Wenn Therapeuten es schaffen, die **Vorstellung der Patienten von Psychotherapie** mit dem, **was tatsächlich in der Therapie geschieht, übereinzubringen**, kann dies wiederum unmittelbar positive Auswirkungen auf die Abbruchraten und sogar das Therapieergebnis haben“ (Seligman et al. 2009)



Was kann eine Psychotherapie (PT) leisten, was **nicht**?

- Wie sieht das **konkrete Vorgehen** bei Diagnostik und Therapie aus?
- Was sind die **Folgen/Wirkungen**? ➤ Gibt es **Nebenwirkungen (NW)/Risiken Kontraindikationen**?
- Wann kann man mit einem **Wirkungseintritt** rechnen?
- Wann sollte man **abbrechen**?
- **Hilft** Psychotherapie **immer**, bei jedem? ➤ Gibt es **Alternativen**?
- In welchen Fällen **reicht** Psychotherapie **nicht** bzw. nur unter Vorbehalt aus? → PT als Baustein
- **Folgen** einer **Nichtbehandlung**

Eine informierte Einwilligung **informed consent** ist nur nach einer **Aufklärung** möglich (Linden & Strauß 2013)

Psychiatrie /Psychotherapie sehr selten **Aufklärungsbogen** vgl. Somatik (perimed /Thieme) o. „**Beipackzettel**“ bei Medikamenten

Wenn PT wirkt, dann auch NW → gleiche Aufklärung!

→ zur Problematik der **Medikamentenmetapher** (Linden & Strauß 2013)





Im Rahmen des Projekts „Risiko, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ 2007-2012 wurde ein Informations- und Aufklärungsbogen Psychotherapie in Anlehnung an einen „Beipackzettel“ entwickelt (Leitner, Märtens et al 2012)

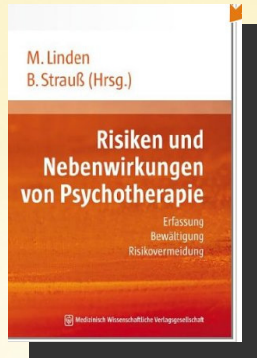


[http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformatio\\_n\\_26.09.12.pdf](http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformatio_n_26.09.12.pdf)

**Individuelle, kontextualisierte Aufklärung statt „one size fits all“ NW als Induktion neg. Erwartungen**  
 → Auslöser/Verstärker spezifische Beschwerden  
 → Nocebo-Effekt vgl. Nestoriuc & Rief (2013)  
 → Info über NW mit Copingstrategien verankern  
 Alternative:  
 → prozessorientiertes, achtsames Feedback



- Was ist Psychotherapie?
- Formen der Psychotherapie?
- Wie und wodurch wirkt Psychotherapie, wie verläuft sie?
- Wann wird Psychotherapie durchgeführt?
- In welchen Fällen reicht Psychotherapie nicht bzw. nur unter Vorbehalt aus?
- Worauf sollten Sie bei Beginn einer Psychotherapie achten?
- Wie oft? Frequenz und Dauer der psychotherapeutischen Behandlung
- Was müssen PatientInnen beachten? Rechte und Pflichten bei einer psychotherapeutischen



## Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie

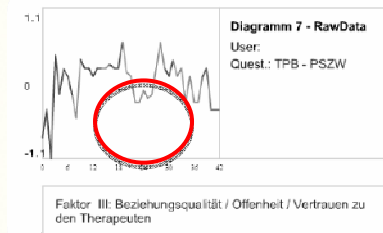
„...gute Intentionen führen **nicht** unbedingt auch zu **erwünschten Wirkungen**“ Bsp. aus der Medizingeschichte

Sind sich Therapeuten der möglichen negativen Folgen von PT bewusst?

- Psychotherapieforschung → Nachweis der Wirksamkeit ist vielfach erbracht (publication bias),
- **Nebenwirkungen** (NW) bisher weder intensiv beforscht noch in der Ausbildung regelhaft thematisiert
- ... „Wer berichtet schon gern über negative Folgen eigenen Handelns?“
- Haupt, Linden & Strauß (2013) unterscheiden u.a. NW bei **sachgerechter** Durchführung und **Behandlungsfehler**/Kunstfehler, wobei sie „...NW als i.d.R. **unvermeidliche Konsequenzen** einer **ordnungsgemäß** durchgeführten Behandlung...“ sehen.
- Häufigkeit UE/NW vgl. pharmakologischer Behandlung (3-15% Verschlechterung, 15-20% keine messbaren Veränderungen) vgl. Kaczmarek & Strauß 2013



- → es fehlt eine **Fehler- und Konfliktkultur**
- Nonresponse, NW, Misserfolg der Therapie → **Defizitzuschreibungen:**
  - Nicht motiviert/kooperativ/im Widerstand, kognitiv nicht in der Lage, keine Reflexions/- Introspektionsfähigkeit, keine Einsicht, zu krank, frühgestört, narzisstisch, non-compliant
- Nicht beachtet:
- **Verfahrensspezifische** zu erwartende NW (z.B. der KVT, der Gruppentherapie vgl. Nestoriuc & Rief 2013 bzw. Strauß & Mattke 2013)
- **Therapeutenvariablen** → systematisch bessere/schlechtere Effektstärken bewirken (-1.49 bis 1.52) vgl. Kaczmarek & Strauß 2013.
- **Monitoring** von Therapieverläufen: Achtsames, würdigendes Einholen von **Feedback** bei **jeder Intervention, kontinuierliche Prozessreflexion!** (vgl. Schmidt 2011)
- Kombiniert z.B. Real-Time Monitoring mittels **SNS-System** Synergetisches Navigationssystem (Schiepek & Matschi 2013)



## Patientenrechtegesetz

„Sie (die Patienten) haben sogar ein **juristisch** verbrieftes u. **berufsethisch** verankertes Recht darauf, dass sie **vor** Einleitung einer Behandlung von Therapeuten über Therapierisiken informiert werden.“ (Linden & Strauß 2013)

Ziele: **Stärkung** der Patientenrechte, Begegnung auf **Augenhöhe**

„Waffengleichheit“ **Fehlervermeidungskultur, Patientenbeteiligung**

→ Cave: **Rechtfertigungs/- Defensivmedizin** (vgl. Gigerenzer 2013)

- Behandlungsvertrag
- Informationspflichten
- Aufklärungspflichten
- Einwilligung
- Dokumentation
- Einsicht in die Patientenakte

§§ 630a-h BGB



Selbstbestimmungsrecht → **Transparenz**, informierte Einwilligung o. informed refusal zur **(Test)diagnostik** und der möglichen **Folgen**:

- Einmal erhobene Testbefunde → „**lebenslang**“ in der Akte → vgl. Aufklärung Somatik, **Überschätzung** der **Validität**
- klinischen Testungen gehen in GA/Stellungnahmen ein
- **Testungen**, Biografiebögen, Anamnesegespräche, etc. massive **Interventionen**, **Fokussierungen auf Defizite** → **Sensitivierungsprozesse**  
Bsp. Aufnahmesituation → NW thematisieren, Kontrolle herstellen

Diagnostik → Indikation – **Bedarfsgerechtigkeit**

- Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit „**inverse care law**“ (Lucht & Schomerus 2013)
- Indikation lt. RiLi z.B. ohne schizophrene Störungen, etc. → vgl. BPTK Standpunkt 10 Tatsachen, vgl. Psychotherapie-Richtlinie
- **Korsett** der RiLiTherapie bzgl. **Indikation**, **Verfahren**, **Setting** 50 min Einzel/Gruppe/Familie, **Dauer** (neg. Zusammenhang Dosis Wirkung!), **Verfügbarkeit** (Krise),
- Stationär: Stationsübergreifende, störungsspezifische **Zugänglichkeit** der **Angebote für alle Patienten** möglich → Augsburger Modell



Psychotherapie: **Mittel zum Zweck**, zu welchem, wer definiert den, wie ist er zu operationalisieren, mit eigenen Mitteln erreichbar? Keine **Unendlichkeitsmaßnahme** → **Entmystifizierung** von Psychotherapie

Auftragsmuster: **Wer** will hier **was** (nicht) **wann** (nicht) **wofür/wogegen** (nicht) von **wem** (nicht) ? Was ist aus der **Perspektive** des Patienten, der Angehörigen, der Ärzte/Therapeuten (z.B. JA, Gericht) das **Ziel**, was muss wer tun (und was nicht), damit das Ziel **erreicht** wird? (Schweitzer & Nicolai 2010)

*„Ob Therapie ein Kontext von **optimaler Kompetenzfokussierung** werden kann, hängt also davon ab, ob dort an **Zielen** gearbeitet wird, zu denen **die Beteiligten** aus ihrer Sicht „Ja“ sagen können. Dazu gehört auch, ob sie den **Problemdefinitionen** zustimmen können, die den Einstieg in die Therapie bewirkten.“* (Schmidt 2004)

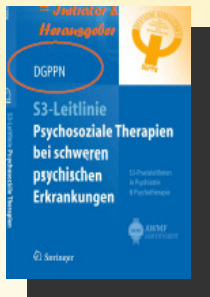
**Metaebene** etablieren → **achtsame**, fortlaufende **Prozessreflektion**: Was, wofür, mit welchen **Auswirkungen**? Modell für Ressourcen/**Kompetenzfokussierung**



Der **gesamte therapeutische Prozess** - jede Intervention auch **Diagnostik**

- **transparent** auf das **Wofür** d.h. „hilfreich für welches (u. für wessen) Ziel?“
- auf **Auswirkungen** auf das **gesamte Beziehungssystem** (einschließlich der Beziehung des Pat zu sich selbst) **antizipierend** überprüft werden
- **Feedback** des Patienten ist **ausschlaggebend** für die Stimmigkeit der Intervention
- **Ziele** müssen **positiv** (keine Vermeidungsziele), **verhaltensnah**, aus **eigener Kraft prinzipiell erreichbar** sein →
- von **Restriktionen** unterschieden werden → **Würdigung** der **Sehnsuchtsziele** u. der **Ambivalenzen** für die **2. beste Lösung**,

*...(therapeutische Angebote)“...immer als **Ich-Botschaften**, immer **transparent** und immer mit **Rückfragen** danach, wie sie **wirken** bei den Klienten, und immer mit der **kongruenten** Haltung, dass die **Reaktionen** der Klienten die **führenden Entscheidungen** werden und als **kompetente Wahl gewürdigt** werden, stärkt genau diese Form der aktiven Angebote **das Erleben von autonomer Kompetenz** des Klienten besonders, die **Effektivität der Kooperation** wird sogar wesentlich verbessert, und die Rückmeldungen der Klienten gehen immer genau in diese Richtung.“ (Schmidt 2011)*



## Überlegungen zu **Auswirkungen** (Risiken u. NW) am Beispiel typischer didaktisch-psychotherapeutischer Basisinterventionen (Psychoedukation) im psychiatrischen Behandlungsalltag:

Transparenz u./o. **Antizipation** möglicher Auswirkungen

- Definition bzw. “Wording“ Psychoedukation → Edukation **konnotiert** u. U. **komplementäre Beziehungsgestaltung** u. **Kontroll-/Disziplinierungsfunktion**

- Zugrundeliegende Annahme: **Information** → **Einsicht/Überzeugung** → **Verhaltensänderung** Negativbeispiel: Rauchender Arzt → Zusammenhang Wissen, Einstellung, Verhalten ist keineswegs zwingend Alltagserfahrung u Studienlage → geringer Zusammenhang (vgl. Sozialpsychologie z.B. Fishbein&Ajzen)

- Keine **einseitige Kontrolle** in Beziehungen möglich (nicht instruierbar) → bestimmte **Reaktionen wahrscheinlicher** zu machen.





**Frühwarnzeichen** → **Hyperfokussierung** auf **Negatives** → Energy flows where attention goes. „Es ist vielfach belegt, dass die Erinnerung an negative Erfahrungen oder das Reden über Probleme zu negativer Befindlichkeit führt“ (vgl. Haupt, Linden u. Strauß 2013) → Sensitivierung

- → klare, selbst nachprüfbar, individuelle Symptome zeitlich verdichtet z.B. Tagebuch, Apps mit Verlaufsdarstellung? (vgl. Lucht&Schomerus 2013)
- Parallel: Aktivierung u. „Sammlung“ von Kompetenz-/Ressourcenerleben



**Krisenpläne** als Vorausplanungsinstrument → Volition (Heckhausen, Gollwitzer et al.) evt. als Basis für BV? BV: **Alle wollen sie, keiner tut's?**

**Präferenz für die Vorsorgevollmacht** aus juristischer Perspektive?

- Einbezug von **Angehörigen** als **Definitionskriterium** für gesund/krank evt. problematisch → Autonomie, **symmetrische Eskalation**.
- Unterstützung beim **Entwickeln BV** z.B. Ex-In als Coachees?
- praktikable Formate entwickeln („Pässe“) digitale Lösungen (KIS, QR-Codes) im Krisenfall abrufbar → im **Problemerleben Ressourcen** nicht zugänglich („Warum haben Sie nicht...“)?
- **Wiederaufnahme** als Outcomekriterium problematisch!

- Mögliche **Auswirkungen** von Erklärungsmodellen → **Defizitzuschreibung** ohne o. mit **geringem Änderungspotential**
- Interventionen, massiven **Auswirkungen** auf **Beziehungsgestaltung** („mad or bad“) zu anderen u. zu sich selbst („Selbststigma“)
- z.B. linear-kausale Aussagen „schizophrenogene Mutter“ → „gültige Wahrheit“ mit Wirksamkeit/Auswirkungen
- z.B. Genetik, Hirnstoffwechselstörung,
- Krankheitsmodelle/Ursachen → vom Forschungs/Wissensstand abhängig!

*„Psychiater nehmen mittlerweile wieder mehr Abstand davon, psychiatrische Erkrankungen **lediglich** als **Hirnerkrankungen** zu betrachten“. ... „Die **Interaktion** von **Genen** und **psychosozialer Umwelt** etwa bei der Entstehung der Schizophrenie ist gerade ein ganz heißes Thema“ (Henrik Walter, Cha*



Bosch, Hieronymus:  
Die Heilung vom Wahnsinn  
(Die Steinoperation)



Als **Restriktionen** können alle Situationen und Erlebnisprozesse beschrieben werden, die man **gerne ändern würde**, die aber **nicht von einem selbst oder überhaupt gar nicht geändert werden können** (jedenfalls nicht mit den jeweils zur Zeit verfügbaren, überschaubaren Möglichkeiten).

- In solchen Situationen erlebt man sich als ausgeliefertes, hilfloses **Opfer** (→ Kampf, Flucht, Apathie), weil man sich an **Zielen orientiert, die letztlich nicht aus eigener Kraft erreichbar sind**. Damit **Erfolgs- und Kompetenzerleben** aufgebaut werden kann, muss man sich an **Zielen orientieren, für die man selbst etwas tun kann**.

- Es geht darum **Chancen**, die sich auch unter Restriktionsbedingungen noch ergeben in einem Prozess der Therapie gut **zugänglich zu machen** und dabei die bisherigen Erlebnisprozesse der Klientinnen konstruktiv **gewürdigt** und genutzt werden.

- **Würdigung** der ‚**Sehnsuchtsziele**‘ u. **Würdigung** der **Frustration** darüber, dass diese nicht erreichbar sind waren/sind

→ nach Schmidt, G. (2011)



- **Prüfung** bisheriger **Lösungsversuche** auf **Auswirkungen** (bei **Würdigung** der **Absicht**), Würdigung der **Ambivalenz** gegen **Alternativen**
- Bei **unerwünschten Auswirkungen** und Ähnlichkeiten des Auftrags mit diesen Lösungsversuchen: **Meta-Kommunikation** der **Zwickmühlen des Beraters**
- Angebot von **„Zweitbestem“** (im Verhältnis zum Sehnsuchtsziel), d.h. **dem Besten unter den gegebenen Situationsbedingungen**. Dies auch so explizit definieren und **würdigen**, wenn sich jemand dazu entscheidet.
- **Einladung** dazu, den **Umgang** mit der **ungewünschten Restriktion** zu **optimieren**, **Muster** suchen, welche die **Wahrscheinlichkeit erhöhen**, das **Gewünschte** anzuregen.
- Immer wieder würdigen:‘ Dies kann nur Zweit-Bestes sein, das Beste wäre das ‚Sehnsuchts-Ziel‘ und diese **Ambivalenz** und die **Impulse**, eher wieder sich damit **zu identifizieren**, **dürfen immer wieder kommen** (als **die Sehnsucht würdige Kompetenz**)
- Für welche **gewünschten Entwicklungen** / Ziele soll der therapeutische Prozess wie organisiert werden?



- SYMPATHische Psychiatrie: **Systemtherapeutische Methoden** psychiatrischer Akutversorgung

Prinzipien:

- kontextorientiertes Krankheitsverständnis
- gemeinsame Auftragsklärung mit gemeinsamer Therapieplanung
- Schwere akute psychiatrische Störungen im zwischenmenschlichen Kontext → gemeinsame Vorgehensweisen, einschließlich einer BV vgl. Schweitzer & Nicolai 2010

- Die Entdeckung der **Achtsamkeit** in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen – Achtsamkeit eine Vision für den psychiatrischen Alltag vgl. (Knuf & Hammer2013)

- Island – ein Modell?

- Finnland: Bedürfnisangepasste Behandlung mittels **aufsuchender** Krisenteams (Seikula et al. 2011)

- **Integrierte** Versorgung

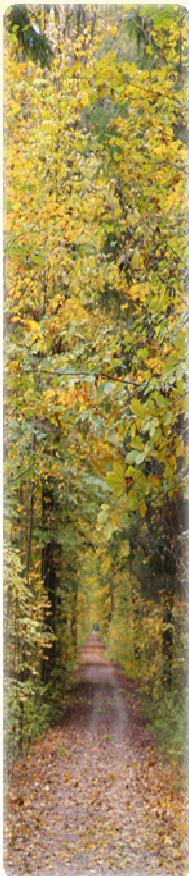




## Resümee

Wo müssen wir besonders achtsam sein, was können wir besser machen?

- **gesamter therapeutischer** Prozess - jede Intervention auch **Diagnostik!**
- **transparent** auf das **Wofür** d.h. „hilfreich für welches Ziel?“ u. auf
- **Auswirkungen** auf das gesamte **Beziehungssystem** (auch des Pat zu sich selbst) antizipierend überprüfen
- **Feedback** des Patienten **richtungsweisend** für den **Therapieprozess**
- Ziele **positiv**, verhaltensnah u. **prinzipiell aus eigener Kraft** erreichbar
- **Restriktionen** erkennen: **Würdigung** der **Sehnsuchtsziele**, der Ambivalenzen für die **2.beste Lösung**,
- bei NW (verfahrens- u. settingspezifische müssen bekannt sein) – keine Attribution von **Misserfolg** als **Defitzuschreibung** an Patienten!
- Beste Prävention von NW: **Monitoring** von Therapieverläufen durch achtungsvolles, würdigendes **Feedback** der Patienten → **Meta-Ebene partizipativer, dialogischer Prozess, kontinuierliche Prozessreflexion!**  
(vgl. Schmidt 2011) z.B. mittels Real-Time Monitoring mit **SNS-System**  
→ Negative Verläufe besser u. frühzeitig identifizieren!

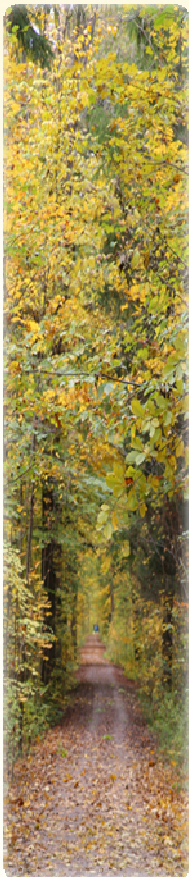




## Resümee

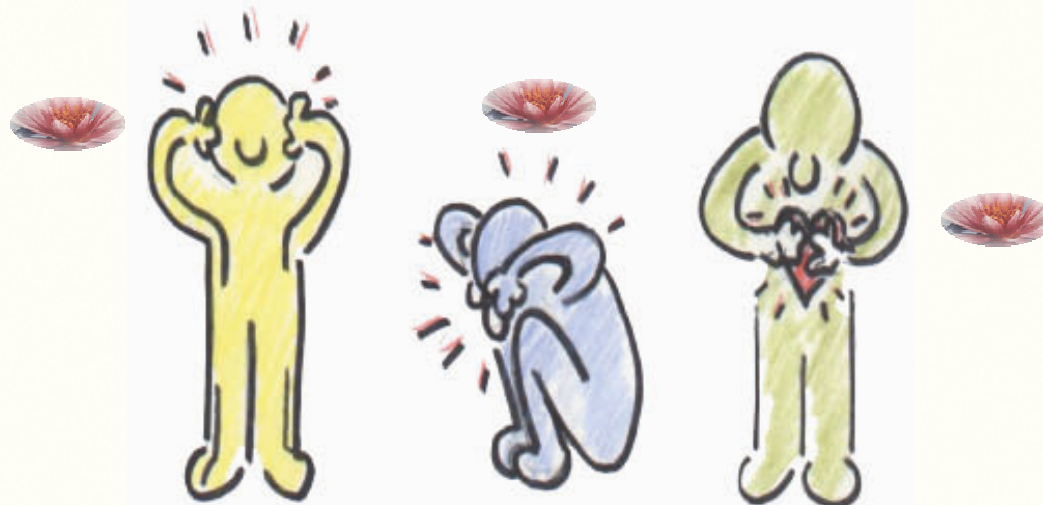
Wo müssen wir besonders achtsam sein, was können wir besser machen?

- **achtsame Prozessreflektion** → **Modell /Tool der Kompetenzfokussierung**
- Mangelnde **Bedarfsgerechtigkeit** „**inverse care law**“ (Lucht & Schomerus 2013) Schizophrene Störungen **Indikation** zur Psychotherapie in die RiLi  
→ vgl. BPTK Standpunkt 10 Tatsachen zur Psychotherapie 2013
- **Korsett** der RiLiTherapie : **Indikation, Verfahren, Setting** 50 min Einzel/Gruppe/Familie, **Dauer** und **Verfügbarkeit** (Krise) → pathways
- PT nicht als **Unendlichkeitsmaßnahme** → **Abbruchkriterien/Wechsel**
- Stationär: Stationsübergreifende **Zugänglichkeit** der Angebote **für alle Patienten** → Augsburger Modell
- BV praktikabel machen, **aktives Anbieten**, Ex-In als **Coachees**? KIS-Lösungen, QR-Codes, Gesundheits-Cards für BV u Krisenpläne?
- Unbedingte **Prävention** von **Gewalt u Zwang** in der Krankenbehandlung auch in der **Somatik!** → keine Stigmatisierung der Psychiatrie!
- Schaffung der **strukturellen** Bedingungen → **Ressourcen!**
- **Achtsamkeit** als Vision für den **psychiatrischen Alltag** (Knuf & Hammer 2013)
- Psychotherapie in die **Integrierte Versorgung**





Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit







### Internetquellen:

Bundesgesetzblatt (2013). *Bundesanzeiger-Verlag*. Verfügbar unter [http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=//\\*%5B@attr\\_id='bgbl113009.pdf'%5D&wc=1&skin=WC#\\_Bundesanzeiger\\_BGBI\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D'bgbl113009.pdf'%5D\\_1381907167796](http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*%5B@attr_id='bgbl113009.pdf'%5D&wc=1&skin=WC#_Bundesanzeiger_BGBI_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl113009.pdf'%5D_1381907167796) [16.10.2013]

BundesPsychotherapeutenKammer. (2013). *BPTK-Newsletter: Schritt zu einer leistungsgerechten Vergütung*. Verfügbar unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-newsletter.html> [15.10.2013]

BundesPsychotherapeutenKammer. (o. J.). *Politik für psychisch kranke Menschen*. Verfügbar unter [http://www.bptk.de/uploads/media/20130524\\_bptk-standpunkt\\_politik-fuer-psychisch-krank-menschen.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20130524_bptk-standpunkt_politik-fuer-psychisch-krank-menschen.pdf) [15.10.2013]

Charité Universitätsmedizin Berlin (2013). *Forschungsdatenbank*. Verfügbar unter <http://forschungsdatenbank.charite.de/ForschungDB/ForschungDB/> [15.10.2013]

Charité Universitätsmedizin Berlin (o. J.). *Forschungsschwerpunkt "Psychotherapie-Nebenwirkungen"*. Verfügbar unter [http://fpr.charite.de/forschung/therapieforschung/psychotherapie\\_nebenwirkungen/](http://fpr.charite.de/forschung/therapieforschung/psychotherapie_nebenwirkungen/) [15.10.2013]

Donau-Universität Krems. (2012). *Psychotherapeutische Behandlung*. Verfügbar unter [http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation\\_26.09.12.pdf](http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_26.09.12.pdf) [15.10.2013]

Gudmundsson, O. & Steinert, T. (2012). *Zwangsmaßnahmen in Island: Geschichte einer bemerkenswerten Ausnahme*. Verfügbar unter <http://www.thieme-connect.de/ejournals/html/10.1055/s-0032-1326697> [15.10.13]



- Ketelsen, R. (2013). *Alternativen zur Zwangsbehandlung*. Verfügbar unter [www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de](http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de) [08.10.2013]
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Verfügbar unter [http://www.wzb.eu/de/search/apachesolr\\_search/Wie%20Ärzte%20und%20Patienten%20Entscheidungen%20treffen%20Konzepte%20der%20Arzt-Patient-Kommunikation](http://www.wzb.eu/de/search/apachesolr_search/Wie%20Ärzte%20und%20Patienten%20Entscheidungen%20treffen%20Konzepte%20der%20Arzt-Patient-Kommunikation) [15.10.2013]
- Köther, U., Bohn, F. & Veckenstedt, R. (2013). *Metakognitives Training bei Schizophrenie - theoretischer Hintergrund und praktische Implementierung*. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1343276?locale=de&LgSwitch=1> [16.10.2013]
- Leitner, A. (2013). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden*. Verfügbar unter <http://www.donau-uni.ac.at/de/departement/psymed/forschung/psychotherapiesupervision/projekt/id/12096/index.php> [15.10.2013]
- Ruge, S. (2013). *Merkblatt Patientengesetz*. Verfügbar unter [http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/30042013\\_merkblatt\\_patientenrechtegesetz.pdf](http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/30042013_merkblatt_patientenrechtegesetz.pdf) [15.10.2013]
- Steinert, T. (2012). *Praxis von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland*. Verfügbar unter <http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de> [08.10.2013]
- Steiner, T. & Wiederholt, F. (2013). *Benchmarking von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in Psychiatrischen Kliniken*. Verfügbar unter <http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de/Poster/BenchmarkingBerlin2010%20A4.pdf> [08.10.2013]



- Amering, M. (2013). Recovery. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Band), (S.342-351). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bauer, M., Lammel, M., Sutarkis, S. & Lau, S. (Hrsg.). (2011). *Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung: Indikation Legitimation, Kontrolle*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. & Freyberger, H. (2012). Steigerung des "empowerment" bei Angehörigen von schizophren Erkrankten: Ergebnisse eines psychoedukativen Gruppenprogramms unter naturalistischen Bedingungen. *Psychotherapeut*, 57, 313-318.
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. & Freyberger, H. Diagnoseübergreifende Psychoedukation: "Notbehelf" oder "Mittel der Wahl"? *Psychotherapeut* 57, 319-325.
- Bäuml, J., Baumgärtner, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., Keller, Z., Lüscher, S., Scherr, M., Pitschel-Walz, G. & Jahn, T. (2012). Partizipationsverhalten schizophren erkrankter Patienten in Psychoedukationsgruppen: Erste Ergebnisse mit dem Teilnahmequalitätsbogen. *Psychotherapeut*, 57, 301-312.
- Bock, T., Mahlke, C., Schulz, G. & Gyöngyver, S. (2013). Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, 364-370.
- Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S. & Steinert, T. (2012). Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Nervenarzt*, 83, 638-643.



- Borbé, R., Jeager, S. & Tilman, S. (2009). Behandlungsvereinbarung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 2009, 36 (01), 7-15.
- Borckardt, J., Madan, A., Grubaugh, A., Danielson, C., Pelic, C., Hardesty, S., Hanson, R., Herbert, J., Cooney, H., Benson, A. & Früh, B. (2011). Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 62 (5), 477-483.
- Haebler, D. & Freyberger, H. (2013). Psychotherapie für Menschen mit Psychosen ist möglich. *Psychotherapeut*, 58, 325-326.
- Gigerenzer, G. (2013). *Risiko*. München: Bertelsmann
- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie?: Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (4), 246-256.
- Ketelsen, R., Staude, A., Godejohann, F. & Driesen, M. (2007). Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang. *Psychiatrische Praxis*, 34 (6), 306-310.
- Klingberg, S. & Hesse, K. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Psychosen: Grundzüge einer evidenzbasierten, störungsspezifischen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, 352-353.
- Klingberg, S., Schaub, A. & Conradt, B. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Belz.
- Knuf, A. & Hammer, M. (Hrsg.). (2013). *Die Entdeckung der Achtsamkeit: in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. Köln: Psychiatrie.
- Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B. & Meyer, G. (2012). Use of physical restraints in achte hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*.



- Leeb, W., Trenkle, B. & Weckenmann, M. (Hrsg.). (2011). *Der Realitätenkellner: Hypnosystemische Konzepte in Beratung, Coaching und Supervision*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Linden, M. & Strauß, B. (Hrsg.). (2012). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung Bewältigung Risikovermeidung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lucht, M. & Schomerus, G. (2013). E-Health in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 40, 301-303.
- Lüscher, S., Froböse, T., Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2012). Psychoedukative Strategien bei schizophren erkrankten Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht: Praktische Erfahrungen mit dem Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie. *Psychotherapeut* 57, 335-342.
- Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., Hermelink, G., Knopp, M., Kronstorfer, R., Martinez-Funk, B., Roser, M., Viogtländer, W., Brandecker, R. & Steinert, T. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 34, 26-33.
- Nodop, S. & Strauß, B. (2013). Mangelnde Eignung bei angehenden Psychotherapeuten: Kriterien und Umgangsmöglichkeiten aus Sicht der Institutionsleiter. *Psychotherapeut*, 58, 446-454.
- Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2013). Psychoedukation. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Band), (S. 328-341). Stuttgart: Kohlhammer.
- Puschner, B., Konrad, J. & Loos, S. (2013). Shared Decision Making. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Band), (S.364-378). Stuttgart: Kohlhammer.



- Rössler, W. & Lauber, C. (2013). Empowerment. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Band), (S.352-363). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachs, G. & Felsberger, H. (2013). Mentalisierungsbasierte Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen. *Psychotherapeut*, 58, 339-343.
- Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2013). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, G. (2012). Das Prinzip hypnosystemischer Utilisation-Wie man „schwierige“ Interaktionen mit „schwierigen“ Klienten und eigene „problematische“ Erlebnisprozesse dabei als Chancen für die Kooperation optimal nutzen kann (Vortrag)
- Schmidt, G. (2011). Hypnosystemisches Empowerment (Vortrag)
- Schmidt, G. (2004): *Liebesaffären zwischen Problem u . Lösung* Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Schopohl, J. (2013). Patientengesetz: Wichtiges für Psychotherapeuten und ihre Patienten. *Bundespsychotherapeutenkammer*.
- Schweitzer, J. & Aderhold, V. (2013). Systemische Therapien bei Menschen mit psychotischen Verhaltens- und Erlebensweisen. *Psychotherapeut*, 58, 357-363.
- Schweitzer, J. & Nicolai, E. (2010). *Sympathische Psychiatrie: Handbuch systemischfamilienorientierter Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sheehan, K. & Burns, T. (2011). Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association?. *Psychiatric Services*, 62 (5), 471-476.
- Stauß, B., Linden, M., Haupt, M. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen: Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57, 385-394.



- Steinert, T. (2008). *Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie.
- Steinert, T. (2011). Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich?. *Psychiatrische Praxis*, 38, 348-351.
- Steinert, T. (2013). Ambulante Zwangsbehandlung in England: Erwarteter Effekt auf die Wiederaufnahmeraten blieb aus. *Psychiatrische Praxis*, 40 (07), 396-397.
- Steinert, T. (2013). Autonomie und Zwang. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (1. Band), (S. 352-363). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinert, T. (2013). Ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie - Pro. *Psychiatrische Praxis* 40 (06), 304-305.
- Steinert, T. (2013). Was ist eine Zwangsmedikation?. *Psychiatrische Praxis*, 40 (07), 397.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernahrdsgrütter, R., Trond Hatling, A., Janssen, W., Keski-Valkama, A. & Whittington, F. (2010). Incidence of seclusion and restraint. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 889-897.
- Strauß, B. & Willutzki, U. (2013). Die Person des Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 58, 425-426.
- Strauß, B. & Linden, M. (2012). "Wo gehobelt wird, da fallen Späne: Risiken, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 5,, 384.
- Voderholzer, U., Koch, S., Hillert, A. & Schlegl, S. (2012). Response und Non-Response in der stationären Psychotherapie depressiver Patienten. *Psychotherapeut*, 57 (5), 410-416.
- Xia, J., Merinder, L. & Belgamwar, M. (2011). Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 21-22.