Gedächtnisprotokoll Mündliche HPP-Prüfung 11.07.2024, Gesundheitsamt Karlsruhe

Anwesende, soweit ich mir das merken konnte: Amtsärztin Fr. Dr. Onken (Psychiaterin), Psychologische Psychotherapeutin Frau Grönlein (?), HPP Frau Stammel (?)

Dauer: ca. 30 Minuten

Atmosphäre: ruhig, entspannt, wertschätzend – und immer wieder der Hinweis, dass die Zeit drängt (wirkte schon fast entschuldigend).

Die Prüfung begann pünktlich um 9 Uhr, ich wurde von Frau St. aus dem Wartebereich abgeholt. Die drei stellten sich mir vor. Mir wurde der Ablauf erklärt und mein Einverständnis eingeholt, dass die Prüfung nicht aufgezeichnet würde, sie hätten mit der Tonqualität immer wieder Probleme.

Zum Ablauf wurde mir gesagt, dass ich einen Fall bekomme, anhand dessen ich den psychopathologischen Befund durchgehen, eine Verdachtsdiagnose stellen und auch weiter differentialdiagnostisch abklären soll – zum Teil im Rollenspiel. Ich solle mich darauf beschränken und nicht zu weit ausholen (also biographisch z.B.) – erster Hinweis auf das Zeitargument. Im Anschluss würden sie gerne hören, wie ich die ersten Stunden mit dem Patienten gestalte, wie mein Therapiekonzept aussieht.

Beginnen sollte ich damit, vorzustellen, was ich mit der Heilerlaubnis vorhabe. Ich habe kurz zusammengefasst, dass ich meine bereits bestehende Praxis für Psychologische Beratung erweitern möchte und habe auch kurz meine Motivation dazu ausgeführt. Ich hatte den Eindruck, es sollte mir helfen, mich in die Prüfungssituation einzufinden und weniger, dass sie Interesse am Inhalt hatten.

Erst hier begann die eigentliche Prüfung, es wurde auf die Uhr geschaut und die Zeit festgehalten. Dann bekam ich den Fall vorgestellt – recht ausführlich, wie alle Antworten auf meine diagnostischen Fragen und immer in der dritten Person.

Ein Mann, 66 Jahre, kommt zu mir in die Praxis und erzählt, er hatte vor 4 Monaten einen Schlaganfall. Er war 5 Tage in der Klinik, danach in der akuten Reha. Mit der rechten Seite habe er noch ein bisschen Schwierigkeiten, das Gedächtnis sei noch nicht so ganz wieder auf der Höhe und auch die Sprache sei noch etwas verwaschen. Insgesamt habe er sich gut erholt. Was ein bisschen schwierig gewesen wäre, ist, dass der Schlaganfall kurz vor der Rente aufgetreten sei. Er sagt, er hätte nicht mehr so viel Kraft und mit dem Schlafen klappe es nicht mehr so. Seine Frau schicke ihn letztlich, weil sie ihn ein bisschen bedrückt erlebe, er sitze einfach oft nur so da.

Ich sollte mit Rollenspiel beginnen. Zunächst erwähnte ich kurz, dass ich verschiedene Symptome aus verschiedenen Bereichen gehört habe, dass ich mich daher erstmal für eine Richtung entscheide. Beim Sprechen habe ich mich kurz sortiert und führte dann weiter aus, dass ich den Anfang damit machen wolle, die depressive Symptomatik abzuklären. Im Rollenspiel habe ich den Mann aus Zeitgründen erstmal verkürzt „abgeholt“, wie ich zuvor auf der Metaebene schon angekündigt hatte. Aus Prüfungsprotokollen, in denen Frau Dr. O. Prüferin war, hatte ich entnommen, dass sie nicht erwartet, dass man den psychopathologischen Befund von oben nach unten durchgeht, sondern dass man nur zeigt, dass man weiß, wo man sich befindet.

So habe ich die Haupt- und Nebensymptome der Depression abgefragt und sie jeweils im psychopathologischen Befund verortet. Zu allen Fragen erhielt ich sehr ausführliche Antworten. Aus diesen ging nicht immer eindeutig hervor, wie stark die Symptome ausgeprägt waren. Ich habe herausgehört, dass Antrieb und Interesse nicht mehr so ganz da wären, auch ein wenig Anhedonie konnte ich wahrnehmen (der Begriff „Anhedonie“ wollten sie explizit hören). Dass seine Stimmung zum Teil bedrückt war, hatte ich indirekt schon durch seine Frau erfahren. Er selbst konnte das nicht so richtig schildern. Er erwähnte noch, dass seine Konzentration nicht mehr so gut sei. Wie seine Schlafprobleme aussehen, darauf antwortete er, dass er schlecht einschlafe, sich in erster Linie

Sorgen mache, weil er vieles nicht mehr so machen könne und er auch nicht wisse, wie es in Zukunft weitergehen soll, auch dass die Ergotherapie nicht so ganz klappen würde. Sein Appetit sei so weit normal. Im Krankenhaus hätte er nicht so gegessen und ein bisschen abgenommen. Ich warf ein, dass Krankenhausesen auch nicht immer so schmeckt, dazu meinte er, dass das sein könne. Und auf die Frage, ob es ihm bei seiner Frau wieder schmeckt, bekam ich eine umschriebene positive Antwort. An dieser Stelle fragte ich trotz des anfänglichen Wunsches es nicht zu tun, ob er ähnliche Phasen kenne, in denen andere ihn bedrückt erlebt hätten, etc. Wieder wurde mir sehr ausführlich geschildert, dass er im Studium schon mal so eine Phase hatte, da war er ein bisschen verloren gewesen irgendwie, als er dann angefangen hätte zu arbeiten, wäre es wieder besser gewesen. Auf meine Frage, ob es denn damals beim Arzt war, es vielleicht eine Diagnose gäbe oder etwas in der Art, um eine rezidivierende Depression oder eine bipolare Störung etc. auszuschließen, wurde mir das entsprechend verneint.

Bevor ich die Suizidalität abgeklärt habe, bin ich nochmal raus aus dem Rollenspiel, um zu erklären, dass ich nahezu alle Symptome der Depression abgefragt habe, nun noch die Gefährdungen abklären wollte. Bevor ich das tun konnte, wollte sie nochmals genau alle Haupt- und Nebensymptome der Depression aufgezählt hören.

Ebenso an dieser Stelle erklärte ich, wo ich gerade gedanklich stehe, dass ich die Depression abgefragt habe, weil mir die Symptome oben aufliegend erschienen, dass ich aber auch Ängste heraushöre, weshalb ich später gerne noch weiter in den Angststörungen explorieren würde, besonders die Generalisierte Angststörungen aufgrund der vielen Sorgen, die er sich mache. Genauso würde ich eine Anpassungsstörung in Betracht ziehen, das Zeitkriterium (max. 6 Monate) würde passen und sowohl ein Schlaganfall als auch die Tatsache, dass er den Übergang von Arbeit zu Rente nicht „normal“ erlebt hat und vielleicht auch noch nicht richtig verarbeiten konnte, könnten Auslöser dafür sein. (Oder die Rente selbst – das habe ich allerdings vergessen zu erwähnen.) Mir war hier wichtig, zu zeigen, dass ich nicht nur Symptome heraushöre, sondern den Menschen in seiner Lebenssituation wahrnehme und darauf eingehe – das kam sehr gut an.

SOSP war so weit unauffällig (die Antworten jeweils waren wieder sehr ausführlich und ich musste die eigentliche Antwort „heraus hören“, die Fremdgefährdung hatte er schon irgendwann zuvor selbst ausgeschlossen).

Danach erklärte Frau Dr. O. das Rollenspiel aus Zeitgründen für beendet und wollte Verdachtsdiagnosen und meine differentialdiagnostischen Überlegungen hören. Da mir noch nicht so klar war, was ich schon ausschließen konnte an meinen ersten Verdachtsdiagnosen, gab ich ehrlich zu, dass ich mich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gerne festlegen würde. Dann habe ich nochmal so ähnlich aufgezählt wie oben bereits beschreiben, was ich vermute und wieso. Dass ich zwar Symptome einer Depression wahrnehme, diese aber auch anderen Ursachen zurechnen könnte. Ich habe verschiedene F-Kategorien ausgeschlossen. Entweder hier oder bereits früher, ich weiß nicht mehr genau wann, habe ich noch die leichte kognitive Störung aus der F0 erwähnt, dass ich die auch im Hinterkopf habe, dass sie nach einem Schlaganfall ebenfalls auftreten könne und sich mit seinen Symptomen weitgehend deckt. Wo eine leichte kognitive Störung noch auftreten kann, wollten sie darauf wissen. Das hat mich etwas irritiert, und ich habe im Kopf alle F-Kategorien ausgeschlossen, bis ich darauf kam, dass sie „nur“ wissen wollten, wo die gleichen Symptome so auch auftreten könnten: bei der Depression. Diese Antwort genügte.

Es war auch in Ordnung, dass ich mich nicht festgelegt habe auf eine Verdachtsdiagnose, sondern es offengelassen habe – Frau Dr. O. bemerkte, dass sich die Diagnose ja meist sowieso erst mit der Zeit bestätigen würde.

Nun wollten sie wissen, wie die ersten 5 bis 8 Therapiestunden aussehen würden. Weil ich wusste, dass in Karlsruhe sehr viel Wert auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung gelegt wird, erwähnte ich Dinge wie weitere Anamnese, Behandlungsvertrag usw. nur kurz. Als erstes würde ich ihm

psychoedukativ verschiedenes erklären, (ich weiß nicht mehr so genau, was ich da alles erzählt habe) z.B. dass es nach so einem Schlaganfall durchaus ein Weilchen dauern kann, bis verschiedenes wieder „normal“ ist, dass er da geduldig und barmherzig mit sich sein darf. Weiter würde ich ihm einiges psychoedukativ über Depression erzählen. Das kann ihn schon sehr entlasten und Hoffnung geben. Ich würde mit ihm gemeinsam erarbeiten, wie eine Tagesstruktur aussehen könnte, welche angenehmen Aktivitäten er zu dem Zeitpunkt schon wieder aufnehmen kann, (es könnte ihm z.B. gut tun, jeden Tag sich draußen ein wenig zu bewegen, vielleicht auch nur bis zur nächsten Bank laufen etc.) , seine Frau mit einbinden (Schweigepflichtsentbindung!) etc. – dazu habe ich erwähnt, wieso ihm das helfen würde. Z.B., dass durch die Aktivitäten, so klein sie auch seien, er wieder mehr Selbstwirksamkeit erleben, Handlungsfähigkeit erreichen würde. Das ermutige und würde Hoffnung geben.

Für später könnte man auch ein Sonnenbuch oder Tagesprotokolle oder ähnliches schreiben lassen, um dabei auch destruktive Gedanken oder Glaubenssätze aufzufinden, die man wiederum umstrukturieren könnte. (Vermutlich bin ich auch nochmal auf die Rentenübergangssituation eingegangen.)

Und ich würde auch auf die Sorgen eingehen, sie näher mit ihm anschauen – z.B würde ich sie mit ihm aufschreiben, sie hierarchisieren, aufteilen und jede einzelne anschauen, ob real, ob veränderbar etc.

Vermutlich habe ich noch mehr aufgezählt, (ich erinnere mich nicht mehr so ganz) ... wurde aber unterbrochen – das Zeitargument.

Anschließend stellte mir Frau G. einen weiteren Fall vor:

Ein Mann, Mitte 30, schon länger bei mir, manchmal sei er sehr unangepasst und auch schnell erregt - auch seiner Frau gegenüber. Er kommt jetzt alkoholisiert in meine Praxis - was ich machen würde? Wie die Alkoholisierung aussah, wurde wieder sehr ausführlich beschrieben – kurz: eine leichte Fahne. Ich würde freundlich und wertschätzend auf ihn eingehen, aber klarmachen, dass ich laut Verhandlungsvertrag nicht therapeutisch arbeiten kann. Sie fragten immer weiter und ich habe nicht ganz verstanden, was sie von mir hören wollten, ich sagte weiter Dinge wie, ich würde mit ihm in den nächsten 2-3 Tagen einen neuen Termin machen, um über den „Vorfall“ zu reden, ich schaue, dass er sicher nachhause komme, vielleicht kann ihn jemand abholen etc. Ich hätte gern gesagt, ich bitte ihn erstmal rein, frage was los ist etc. – habe mich aber nicht getraut, das schien mir zu „einfach“ – im Feedback danach klärten sie mich auf, dass sie genau das hatten hören wollen, und z.B. dass ich hätte fragen können, was denn anders gewesen wäre heute etc. Sie würden es aber der Prüfungssituation anlasten, dass ich das hier nicht gesagt hätte.

Frau Dr. O. stellte mir eine weitere Situation vor, wieder sehr ausführlich: wieder kommt jemand zu mir, der schon länger bei mir ist, wegen Depression, wir seien schon sehr gut vorwärtsgekommen. Nun sei er sehr erschrocken über sich, da er auf der Fahrt hierher den Gedanken hatte, gegen eine Laterne zu fahren.

Letztlich ging es auch hier nicht darum, die Suizidalität bis ins Detail abzufragen, sondern den Menschen abzuholen, einen Notfallplan für das nächste Mal, wenn so eine Gedanke wieder auftritt, zu erarbeiten (Notfallnummern – welches es denn gibt, wurde ich gefragt, und mir Infos zur Vernetzung des AKL (Arbeitskreis Leben) in Karlsruhe gegeben), alternative Aktivitäten sammeln, soziale Kontakte nutzen, etc bis zum Anti-Suizidvertrag und engmaschig Termine ausmachen und so weiter.

Was ich tun würde, wenn er jetzt akut suizidal wäre? Es reichte zu sagen, die Polizei anrufen – ihn nicht nachhause gehen zu lassen. Wie ich ihm das erklären würde? Das PsychKHG wollten sie nicht hören, sondern dass ich erklärte: „ihr Leben ist mir so wertvoll, dass es mir wichtig ist, dass sie Hilfe bekommen“ (oder so in der Art). Auf diesen Satz hat die Kommission richtig begeistert reagiert. Überhaupt reagierte besonders Frau G. immer nonverbal begeistert, wenn ich etwas in diese

Richtung formuliert habe (in allen drei vorgestellten Fällen). Bei richtigen Antworten auf Wissensfragen nickte sie „nur“ kurz mit dem Kopf.

Danach haben sie mich rausgebeten – und etwa 5 Minuten später wieder reingeholt. Als erstes teilten sie mir mit, dass ich bestanden hätte! 😊 (meine Freude darüber wurde sichtlich geteilt). Bis auf den Kritikpunkt, den ich schon erwähnt habe, fanden sie,

- dass im ersten Fall erkennbar gewesen wäre, dass ich eine Struktur im Kopf hatte den psychopathologischen Befund betreffend,

- dass ich nicht nur die akuten Symptome abgefragt hatte, sondern auch biographisch reingefragt habe,

- dass ich den Mann gut abgeholt hätte und auch gut gesehen hätte, dass es vielleicht auch noch etwas zu verarbeiten gibt, was den Übergang zur Rente betrifft etc.

- Ebenfalls positiv erwähnt wurde, dass ich die Symptome der Depression sicher abgefragt habe.

Frau Dr. O. fügte nochmals hinzu, wie wichtig Psychoedukation ist, dass die Menschen erstmal verstehen, was mit ihnen los ist. Und dass sie mir wie allen sehr ans Herz legen würde, regelmäßig Supervision in Anspruch zu nehmen.

Es war eine sehr praxisnahe Prüfung, die nicht nur Wissen abfragen sollte, sondern vor allem Wert daraufgelegt hat, wie wir mit dem Menschen umgehen, wie wir Beziehung gestalten und auch am Menschen selbst bleiben und nicht nur Konzepte im Kopf haben. Psychoedukation war einer der Schlüsselbegriffe und die Art und Weise der Gesprächsführung spielte eine große Rolle.

Praxiserfahrung kommt einem in Karlsruhe sehr zugute – und eine Prüfungsvorbereitung, in der man ganz viel reden übt: Wissen wiedergeben, Rollenspiel, psychoedukatives Reden und wie die ersten Therapiestunden für jedes einzelne Störungsbild aussehen.