

Prüfungsprotokoll Hannover Mai 2024

Die Prüfung fand in der „Akademie des Sports“ am Stadion statt. Es gab zwei oder drei Prüfungsräume/-Kommissionen (ganz sicher weiß ich das nicht) und so wurde jeder Prüfling einzeln befragt, genau 40 Minuten. Zumindest war das bei meiner Kommission so: Mit Begrüßung etc. war ich 50 Minuten drin, auf den 2x20 Minuten Takt der Befragung achtet der Vorsitzende sehr akribisch: erst die Heilpraktikerin, dann der Amtsarzt. Der Vorsitzende führte Protokoll (dennoch hatte er Zeit, meine Blicke kurz zu erwidern, was ich sehr angenehm fand) und war der Zeitwächter. Vermutlich war er Jurist, da das in Hannover wohl üblich ist, aber das weiß ich nicht. Auf seinem Schild stand nur „Vorsitzender“.

Der Vorsitzende rief mich sehr freundlich, offen-lächelnd herein: „Frau Dr. L.“ Ich lächelte zurück und folgte ihm. Im Warteraum hatte ein „Leidensgenosse“ mit mir gewartet, der kurz vorher in seinen Raum reingerufen wurde, aus dem bereits eine ältere, ca. 60 Jahre alte Kandidatin mit „bestanden“ entlassen worden war. Sie war total durch den Wind, fix und foxi, aber natürlich überglücklich. Sie meinte, ihre Kommission sei sehr nett und freundlich gewesen, hätten aber quasi nur Fragen gestellt, es hätte erst am Ende einen kleinen Fall gegeben. „Ok“, dachte ich, „hoffentlich ist das mit meiner Kommission auch so.“

Die Heilpraktikerin (ich nenne sie im Folgenden „die HP“) machte einen entspannten, zugewandten Eindruck, hatte ihre Schuhe unter dem Tisch ausgezogen und ihre nackten Füße darauf abgelegt. Es war schwül und sonnig an dem Tag, bereits Nachmittag, sie hatten schon viele Stunden Prüfungen hinter sich. Es machte einen angenehm gechillten Eindruck. Ich fand das sehr sympathisch. Der schon ältere Amtsarzt erschien weniger gechillt, wirkte müde und etwas gelangweilt. Ein richtiges Lächeln war ihm nicht abzurufen. Die HP war jünger als ich, vielleicht so um die Mitte 40, der Vorsitzende ungefähr mein Alter (ca. Mitte 50).

Es war ein relativ kleiner Raum mit Tischen in Ellipsenform aufgestellt. Ich hatte also direkt vor mir einen Tisch am schmalen Ende, mir gegenüber der Vorsitzende mit dem Fenster hinter sich, direkt rechts von ihm der Amtsarzt, links die HP. Ich war ganz dankbar für den Tisch, ich konnte mich mittig auf den Stuhl setzen, musste mich aber nicht anlehnen, sondern konnte die Arme abstützen. Ich positionierte mich mit geradem, aufrechten Sitz, Kopf hoch, Beine nebeneinander (nicht überschlagen), Knie gebeugt, nur die Füße unter dem Stuhl gekreuzt. Arme locker auf dem Tisch, Hände erst mal abwartend locker gefaltet. Ich sah alle in der Runde einen nach dem anderen freundlich an, auch den etwas mürrischen Amtsarzt. Ich erwähne das deswegen, weil Haltung in so einer Prüfungssituation eine große Rolle spielt und ich jedem empfehle, darauf bewusst zu achten. Sowohl für das eigene Sicherheitsgefühl als auch wie man bei den Prüfern überkommt. Ich hielt das auch die ganze Prüfung lang durch, auch in der zweiten Hälfte, als mich der Amtsarzt piesackte. Schon im Warteraum hatte ich mich immer wieder vor's offene Fenster gestellt, rausgesehen, immer wieder bewusst meine Wirbelsäule und den Hals lang gestreckt, Schultern nach hinten, runter, aufrechte Haltung. Man fühlt sich sofort selbstsicherer und gelassener.

Zurück zum Beginn meiner Prüfung:

Ob ich mitschreiben dürfe, fragte ich gleich zu Anfang. Ja dürfe ich, erntete aber einen überraschten Blick. Ich legte mir Bleistift und eine leere große Karteikarte hin – die ich übrigens dann tatsächlich nicht brauchte. Es gab auch bei mir nur einen Mini-Fall am Ende, der nicht sehr komplex war. In der anderen Kommission wurde der Frau übrigens auch erlaubt, Stift und Zettel zu haben, aber auch sie hatte ihn nicht gebraucht. Am Ende wurde ich von dem Vorsitzenden gefragt, ob ich was notiert hätte, dann müsse ich den Zettel dalassen. Soviel zu den Vorschriften diesbezüglich.

Der Vorsitzende eröffnete: „Wir bitten alle Kandidaten am Anfang immer erstmal, kurz etwas zu sich zu sagen und warum sie Heilpraktiker werden wollen. Wir haben ja Ihren Lebenslauf gesehen“ (er nahm ein Blatt hoch, das ich als mein CV erkannte, auf dem er sich oben eine Notiz gemacht hatte und legte es vor sich) und fuhr fort: „Sie haben ja schon eine Menge gemacht. Eine Menge mit ... (Pause) Substanz.“ Er lächelte freundlich.

Ich hatte mich auf beide Szenarien gut vorbereitet: dass sie mich fragen könnten: „Sie haben in Jura promoviert, wieso wollen Sie jetzt Heilpraktikerin werden?“ oder darauf, dass ich einfach so gefragt wurde, warum ich HPP werden will, ohne Frage nach meinem komischen Werdegang. Ich konnte hier dankbar das zweite Szenario aufgreifen. Ich meinte lächelnd: „Ich fange mal nicht ganz von vorne an, sonst sind die ersten 20 Minuten um“ (Vorsitzender und HP lachten) und begann mit meiner Mediatorentätigkeit. Dass ich seit vier Jahren freiberuflich als Mediatorin arbeite. Dass ich gemerkt habe, dass man in der Mediation schnell an seine Grenzen käme (die HP nickte an der Stelle zustimmend). Dass ich mehr in die psychologische Tiefe gehen wollen und darum die HPP Ausbildung gemacht habe, die mir viel Spaß und Freude bereitet habe und mich begeisterte. Dass ich während der Ausbildung verschiedene Therapieverfahren kennengelernt habe, dabei die Systemische Therapie viele Überschneidungen mit den Mediationsmethoden und die Grundhaltung gemeinsam hätte, ich mich in der Systemischen schnell zuhause gefühlt und darum die Ausbildung darin gemacht habe (in Niedersachsen muss man allerdings keine Ausbildung in einem Therapieverfahren vorweisen, wie in manchen anderen Bundesländern, z. Bsp. Bayern und Baden-Württemberg). Dass zwar in der Systemischen die Diagnosestellung nicht im Vordergrund stünde, aber dass es durchaus sein könne, dass in der Auftragsklärung (Begriff aus der Systemischen Therapie) mich ein Klient auch mal um eine konkrete Diagnose bitten könnte und zitierte einen fiktiven Klienten mit: „Ja, habe ich nun eine Zwangsstörung oder nicht?“. Und dass es mir wichtig sei, dass ich dann eine Diagnose stellen kann und darf. Und dafür bräuchte ich diese Überprüfung. Ich legte die Betonung auf „darf“ und suggerierte, dass ich weiß, dass ich Diagnosen nur mit bestandener Überprüfung stellen darf, nicht allein mit der Ausbildung. Der Vorsitzende nickte sehr zustimmend dazu. Ich senkte die Stimme beim letzten Wort „Überprüfung“ und schloss meine Erklärungen. Die Kommission nickte zustimmend, das schien ihnen zu reichen und weitgehend zu überzeugen. Es war klar, dass ich mir das alles vorher genau überlegt hatte - es so rüberbringen als käme mir das alles spontan, habe ich nicht geschafft. Dazu war es rhetorisch zu ausgefeilt, geordnet und logisch aufgebaut. Aber ich glaube, das war nicht schlimm. Ich wäre sonst auch zu ausschweifend und chaotisch gewesen.

Die HP griff das dann auf: „Wo Sie gerade die Zwangsstörung erwähnten. Was ist denn eine Zwangsstörung?“ Ich haute alles raus, was ich zur Zwangsstörungen wusste: Wo klassifiziert im ICD, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, gemischt, was das einzelne ist, wie sich das äußert, nannte die Kriterien... die HP wollte so viel vermutlich gar nicht hören, unterbrach mich, in dem sie einhakte: „Nehmen Sie die Zwangshandlung, haben Sie Beispiele?“. Ich begann mit: „Der Klassiker ist natürlich die zwanghaft ausgeführte Handlung immer wieder zu kontrollieren, ob der Herd ausgestellt ist, dann... (ich dachte mir noch zwei oder drei mehr aus, weiß nicht mehr welche...)“. Sie unterbrach mich erneut. „Ok, nehmen wir den Herd. Wie helfen Sie denn nun Ihrem Patienten?“ – „Man könnte ihm mit der Verhaltenstherapie helfen, da böte sich die Expositionstherapie an.“ (dass ich hier begann, eine verhaltenstherapeutische Maßnahme anzuwenden, obwohl ich ja eingangs gesagt hatte, ich würde mich auf die systemische spezialisieren, fiel wohl irgendwie nicht auf). Ich erläutere in *sensu in vivo*, dass er sich das erst vorstellen solle, dass er rausginge, ohne noch mal den Herd zu kontrollieren, dann es tatsächlich tun, dass er lernen würde, die Angst auszuhalten, er sich der Angstkurve bewusst würde ...dass man die Angehörigen miteinbeziehen sollte, die das zwanghafte Verhalten nicht unterstützen dürfen, sondern sagen lassen: „Nein, ich weiß auch nicht, ob du den Herd ausgemacht hast, aber wir gehen jetzt nicht mehr zurück“. Ganz genau bekomme ich die Reihenfolge hier natürlich nicht mehr zusammen, sie fragte irgendwann zwischendrin auch noch nach dem Zustand der Patienten. Als ich erklärte, dass die Menschen Angstzustände bekämen, wenn sie die Handlung nicht ausführten, sich das steigern würde, sie aber bei der Ausführung keine echte Erleichterung spürten –

wie das zum Beispiel bei einer Spielsucht der Fall wäre,- war sie zustimmend, aber ob ihr das reichte, weiß ich nicht. Ihre Mimik war hier nicht sehr expressiv, eher Pokerface. Im Nachhinein hätte ich das noch mit der Lebenseinschränkung, dem Leidensdruck, der Ausweitung des Zwangs auf andere Bereiche und mit der Ich-Dystonie erwähnen sollen, im Gegensatz zur anankastischen PS, aber das habe ich vergessen. Vielleicht hatte sie darauf hinausgewollt, vielleicht hatte ich ihr im Gegenteil aber sogar schon zu viel geredet.

Ich habe ja die Angst erwähnt, was gäbe es denn da noch? Ich zählte die Phobien, die GAS auf, wollte gerade die Panikattacke erwähnen, da unterbrach sie mich: „Ja, was ist denn eine generalisierte Angststörung?“ Ich definierte genau, relativ ICD-10 getreu, grenzte zur Phobie ab. Sie schien befriedigt. Ob das denn genauso leicht zu behandeln wäre wie Phobie? Ich erklärte, dass nein, da es ja kein spezifisches Objekt gäbe – bei einer Spinnenphobie könne man den Klienten ja das Tier direkt vor die Nase setzen (ich machte eine entsprechende Handbewegung, sie grinste leicht) – und erklärte, dass man dann dazu überginge, mit dem Klienten die Sorgen beispielhaft durchzuspielen, vor allem bis zum Ende, dabei auch das Worst Case Szenario, dass Menschen mit einer GAS immer an einem Punkt in ihren Gedanken abrechen würden, anstatt das Szenario richtig zu Ende zu denken. Brachte Beispiele, Angst, dass der Sohn vor den Baum fährt. Hier intervenierte auch der Vorsitzende, er fand das Thema spannend, überlegte fast sowas wie mit mir zusammen das Ganze durch. Ich glaube, dass war dann auch ok, was ich dazu gesagt habe. Im Nachhinein hätte mich die Worte „lösungsorientiert anstatt angstzentriert denken“, einfallen müssen, aber das kam mir nicht. Ich habe da nur umschrieben. Irgendwie kam sie dann noch zu den Angstsymptomen, die ich ja aus dem FF kannte, sie kam auch noch zu den Panikattacken, die ich auch genau beschreiben konnte, wo ich glaube ich auch nichts Wesentliches vergessen habe. Da kannte ich die ICD-10 Kriterien ziemlich genau. Vieles ist mir dann natürlich doch vom Prüfungsgespräch entschwunden. Prüfungsamnesie :-).

Ich habe bei der Überprüfung durch die HP insgesamt immer recht viel geredet, flüssig, klar. Ich bin durch meinen Job als Mediatorin/Moderatorin geübt, auch in Situationen der Anspannung immer mit der Gruppe offen Blickkontakt zu halten, immer ein leichtes Lächeln zu haben. Über Patzer mit einem Lachen über mich selbst hinwegzutragen. Ich habe natürlich in erste Linie die HP angesehen, aber immer wieder auch den anderen beiden einen Blick zugeworfen. Wobei mir auch auffiel, dass der Amtsarzt zwischendurch kurz weggenickt zu sein schien. Er sah mich quasi die ganzen 20 Minuten der Überprüfung durch die HP nicht wirklich an, schien immer wieder zwischendurch nicht zuzuhören. Der Vorsitzende blieb aber durchweg immer mit freundlichen, offen Gesicht, wohlwollend und ermutigend.

Irgendwann hörte sie mit den Übergängen auf und fragte direkt was ganz anderes: „Welche Notfälle kennen Sie denn? Was kann Ihnen denn in der Praxis begegnen?“ Der Klassiker unter den Fragen in der Mündlichen, dennoch hatte ich etwas Blackout, erwähnte Delir, Entzugssymptome Sucht, Intoxikation, bis dann mein Gehirn rappelte: „Suizid, du Esel!“ und ich haute es raus, als habe ich es mir wie ein Bonbon für den Schluss aufgehoben: „Und natürlich an erster Stelle – und sicher auch am häufigsten: Suizidgefahr!“ Sie erschien fast erleichtert.

Wie ich denn rausbekäme, ob jemand suizidgefährdet wäre. Ich meinte, dass ich ihn direkt drauf ansprechen würde. Sie meinte etwas schalkhaft, ob ich ihn dann nicht erst auf die Idee des Suizids bringen würde – was ich logischerweise verneinte und begründete, warum natürlich nicht. Dass das ein Ammenmärchen wäre... Sie schien sehr zufrieden. Ich holte dann die drei Phasen nach Pöldinger raus, aber ohne sie als solche zu benennen – ich hätte nicht mehr gewusst, ob nun Ringel oder Pöldinger –, habe mich aber an die Struktur gehalten. Sagte, würde erst gucken, ob er noch in der Entscheidungsphase (die korrekt eigentlich „Erwägungsphase“ heißt, aber das war sicher nicht schlimm) wäre und wie die sich äußert, ob in der Ambivalenzphase ... sie unterbrach mich (dabei hätte sie das sowieso im Folgenden gehört, vermutlich redete ich ihr immer zu viel): „Ja, wie merken Sie denn, dass der in der Ambivalenzphase ist?“ Ich erklärte, indem ich frage, wie konkret seine Pläne

schon wären, ob er sich schon über Methoden Gedanken gemacht hätte (gab plastische Beispiele), wenn ja, ob er schon Vorbereitungen getroffen habe (gab wieder plastische Beispiele, schon die Brücke ausgesucht o.ä.). Das fand sie glaube ich, gut. Was ich noch hätte bringen können, wäre gewesen, dass man nach bereits versuchten Suizidhandlungen hätte fragen können, ob es in der Familie welche gegeben hätte, aber sie ließ mich nicht mehr so viel reden, weil der Vorsitzende sie auch immer wieder auf die Zeit aufmerksam machte.

Ja, und wenn nun rauskäme, dass der Patient wirklich akut suizidgefährdet wäre. (Sie redete immer von Patienten, ich habe, glaube ich, weiß ich aber nicht mehr, meist von „Klient“ geredet, weil man das in der Systemischen Therapie macht. Ich weiß nicht, ob das denen aufgefallen ist). Ich sagte, dass ich den Klienten dann bitten müsste, ob er sich freiwillig in eine stationäre Behandlung begeben würde. Jetzt sofort. Ich simulierte ein Motivationsgespräch, aber sagte dann darin etwas, was ihr nicht gefiel (ich wollte auf die Validierungsstrategie hinaus, dass man sich einfühlt und nicht dagegen argumentiert, hatte das aber wohl unglücklich formuliert) und sie fiel mir ins Wort: „Nein, das würde man nicht sagen!!!“ Ich rückte das noch gerade und brach dann ab, weil ich das Gefühl hatte, ich gebe mich auf dünnes Eis, außerdem wollte sie es so genau wohl auch nicht. Und schloss, dass ich ihn bitten würde, dass er sich vom Notarzt begleiten lassen möge. „Und wenn der Patient nicht will?“ – „Dann müsste ich ihm sagen, dass ich leider gezwungen wäre, die Polizei zu rufen. Ich könne ihn nicht so aus der Praxis herausspazieren lassen“. „Und wenn der Patient ihnen sagt, seine Partnerin warte draußen, die könne ihn fahren?“ – „Lasse ich mich darauf nicht ein. Er könnte sie ja bitten, dass sie noch mal zu Hause vorbeifahren sollten, und dann verschwindet er oder stürzt sich aus dem Fenster oder so. Ich würde in jedem Fall insistieren, dass er entweder vom Notarzt oder der Polizei in die Klinik gebracht wird“. Damit was sie sichtlich zufrieden. Aber fragte dann weiter, die ganzen zu erwartenden Fragen. Was denn dann passieren würde in der Klinik. Ich: PsychKHG greift. Untersuchung und ärztliches Gutachten an demselben Tag (und überlegte, ob ich den niedersächsischen Gesetzesentwurf erwähnen sollte, der vorsieht, dass zukünftig das Gutachten eines jeden approbierten Arztes ausreicht, und nicht mehr das eines sich in der Psychiatrie auskennenden – aber sie fragte dann schon weiter und so habe ich das weggelassen). Richterlicher Beschluss bis spätestens nächsten Tag. Was denn noch, wollte sie wissen. Da stand ich auf dem Schlauch. Das erste Mal wusste ich die Antwort nicht. Ich zählte noch mal alles auf und meinte dann, mehr wisse ich nicht. Ja, zwischen Gutachten und richterlichem Beschluss. Ich wusste es nicht. Sie half mir: „Der Richter kommt in die Klinik“. Ich lachte entschuldigend auf: „Ja, klar, ist doch logisch. Klar kommt der, das habe ich nicht gesagt, weil mir das selbstverständlich erschien. Der Richter muss sich ja ein Bild machen!“ – „Naja, hätte ja sein können, dass der Richter sich nur das Gutachten vorlegen lässt“. Ich warf ein, dass das sei viel zu wichtig sei, hier gehe es schließlich um ein Grundrecht! Sie glaubte mir, dass ich das gewusst hatte und einfach nicht verstanden hatte, dass sie darauf hinauswollte. Sie fragte dann noch nach den Fristen, wie lange denn der Patient da drinnen bleiben würde. Ich meinte, ohne richterlichen Beschluss müsse man ihn am nächsten Tag in jedem Fall entlassen, mit Beschluss ... Ich sagte, dass wisse ich nicht mehr, wann das wieder richterlich bestätigt werden müsse. Eine Woche? Nein, meinte sie lächelnd, sechs Wochen. Ok, meinte ich und schüttelte entschuldigend lächelnd den Kopf. Es war klar, dass sie mir daraus keinen Strick drehen würde.

Ich weiß nicht mehr genau, aber ich glaube, dann kam sie zum dem Mini-Fall. Der Vorsitzende drängelte wegen der Zeit. Sie meinte lachend: Hach, immer diese Zeit!“ oder so was in der Richtung, offenbar war das ein Insider zwischen den beiden, denn er lachte auch.

„Ganz kurz“, meinte sie, „ein junger Mann, 26 kommt in Ihre Praxis, klagt, dass er in letzter Zeit immer so unkonzentriert sei, schlecht schlafe, er schaffe sein Studium nicht mehr richtig... was fällt Ihnen dazu ein?“ Ich meinte, ich würde erst mal Substanzkonsum abfragen. Nein, würde er nicht nehmen. „Keine, auch keine Amphetamine, zum Studieren?“. Nein, nichts. Ich meinte, würde weitere depressive Symptomatik abfragen, begann, die Symptome von Depressionen aufzuzählen, sie unterbrach mich mittendrin: „Hat er alles!“ Ihr war wohl inzwischen klar, dass ich die eh alle richtig

aufgezählt hätte, außerdem drängelte die Zeit. Irgendwie erwähnte ich ganz kurz den Suizid, dass man den nicht vergessen dürfe, aber das läge hier sicher in irgendeiner Form vor, wenn er ALLE Symptome einer Depression habe. Sie nickte zustimmend. „Auch somatisches Syndrom vorhanden?“, fragte ich nach. „Alles!“ Außerdem höre er immer eine Stimme, die ihm zuflüstere, er wäre eh ein Versager, er solle mit allem aufhören.“ Ich fragte nach, ob das eine externe Stimme sei oder seine eigene. „Nein, eine weibliche“. Ich: „Wir hatten abgeklärt, dass er eine schwere Depression hat? Dann würde ich hier zu einer Halluzination kommen. Kann bei schweren Depressionen auftreten.“ Plötzlich kam mir so eine Unsicherheit, und ich überlegte laut: „Halluzination? Mh, nur Wahn?“ und dachte an Versündigungs- und Schuldwahn. Irgendwie schien mir das zu einfach, zu banal, vermutete irgendeinen Fallstrick. Aber sie half mir noch ein bisschen, ich meinte Depression mit Psychose, sie: „Ja genau, Depressionen mit psychotischen Symptomen“ und freute sich, dass wir so schnell zum Ergebnis gekommen waren und strahlte den Vorsitzenden an, wegen der quasi eingehaltenen Zeit.

Die Stimmung war auf dem Höhepunkt, und wie das mit Höhepunkten so geht: danach geht es abwärts. Die HP hatte drei Minuten überzogen, jetzt kam der Amtsarzt. Der schreckte etwas auf, als er vom Vorsitzenden aufgefordert wurde: „Du bist jetzt dran.“

Er fragte, ob ich die ...therapie kennen würde. Ich weiß nicht mehr, nach welcher er fragte, da ich sie eben nicht kannte, aber ich meine, er hätte dynamische Therapie gesagt. Ich verneinte kurz und knapp: „Nein, kenne ich nicht“. - „Mmh, kennen Sie nicht...“. Er verfiel kurz in gedankliches Brüten. Ich habe im Nachhinein gegoogelt, und vermutlich hat er mich nach die dynamische Kurzzeittherapie gefragt. Aber das kurzzeitig hat er nicht erwähnt, er murmelte dann nur etwas von Lauterbach und ich merkte, irgendwie kreiste er im Kopf um ein Thema. Im Nachhinein, nach Rumgooglen, auch im Ärzteblatt, gehe ich davon aus, er wollte auf die Kritik (eher Empörung) der Ärzteschaft über den weltfremden Vorschlag von Lauterbach zu den Krankenhausreformen und den „Tagesbehandlungen für alle“ hin. Aber das sind alles Vermutungen, ich habe keine Ahnung, worauf er mit der dynamischen Therapie und Lauterbach hinauswollte. Über die Methode in Zusammenhang mit Lauterbach habe ich im Nachhinein nichts gefunden.

Es ging gleich weiter mit einer anderen Frage, wo ich nicht verstand, was er genau wissen wollte. Er begann mit Cannabis und Nebenwirkungen. Das sei ja jetzt legalisiert worden und wir hätten ja gerade über psychotisch geredet und dann formulierte er eine Frage so seltsam, als wolle er was Besonderes, Spezielles wissen. Ich hakte nach: „Ich weiß nicht, ob ich genau verstehe, was Sie wissen möchten. Geht es Ihnen um ein besonderes Phänomen? Meinen Sie die genetische Prädisposition, die bei manchen Menschen, wenn sie Cannabis rauchen, sofort mit starken Nebenwirkungen reagieren? Da kann es zu Psychosen kommen...“ – „Nein, nein“, wehrte er ab, versuchte ein Auflachen, formulierte nochmal, ich verstand, er wollte wohl doch nur irgendwie die Nebenwirkungen von Cannabis wissen, hakte aber irgendwie immer ein, er schien dabei irgendwie immer bei den Psychosen bleiben zu wollen. Ob ich noch andere Medikamente kenne, bei denen es zu psychotischen Nebenwirkungen kommen könne. Ich: „LSD, Heroin, überhaupt Opioiden, Kokain, in hoher Dosis auch bei anderen Amphetaminen, Alkohol natürlich...“. Er unterbrach mich, ich wusste in dem Moment nicht, warum, ob ich was Falsches gesagt hatte. Im Nachhinein wird mir klar, er hatte immer eine ganz bestimmte, ganz wortgenaue Antwort im Kopf und exakt die wollte er hören. Und hier war es keine Liste der Substanzen, sondern er wollte offenbar den Überbegriff. Er fragte „Ja, wie nennt man denn diese Stoffgruppe?“ Ich dachte kurz nach: „Halluzi,.. Halluzigon... Hallizogene, Hallu ...“. Ich lachte verlegen, die HP und Vorsitzende taten das verständnisvoll mit. Man half mir: „Halluzinogene.“ – „Ja, die meine ich!“, lachte ich. Dem Amtsarzt reichte das nicht: „Ja, und wie noch? Gibt noch einen anderen Namen. LSD, da gehören auch die Psilocybine dazu...“. Ich stand auf dem Schlauch. Ich kam nicht drauf. Er ritt weiter drauf rum, anstatt einfach weiterzugehen, nachdem ich doch Halluzinogene schon gewusst hatte. Er wollte aber das Wort: „Psychodelisch“. „Ok“, antwortete ich nur.

Irgendwie ritt er weiter auf den Psychosen herum, welche ich denn noch kennen würde. Ich begann, die des ICD-10 aufzuzählen: „Paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizo...“. Er unterbrach mich. „Nein, nein, da sind Sie ja wieder bei den Schizophrenien, andere Psychosen!“ – „Wahnhafte Stör...“. – „Nein, nein, gehen Sie mal mehr in den Affekt. „Affektiv- Schizo...“. – „Nein, da sind Sie ja schon wieder bei den Schizophrenien“ – „Ja, aber auch bei Affekt, da ist ja sind ja depressive Elemente im gleichen Maße wie...“ – „Ja, aber noch mehr Affekt.“ Ich merkte, ich war inzwischen echt nervös, verunsichert, ich wusste, ich weiß, was er wissen will, aber ich verstand nicht was. „Die Depression mit psychotischen Symptomen hatten wir ja schon,“, meinte ich. „Ja, genau! Und noch?“ In diesem Fall muss ich noch sagen, dass ich echt einen Blackout hatte, er wollte, dass ich zur Manie komme, was ja auch berechtigt war. Kam ich dann auch: „Ach ja, Manie!“, rief ich aus, er war genauso erleichtert wie ich. Ich entschuldigte mich: „Tut mir leid, ich stand da echt gerade auf dem Schlauch. Klar, die Manie.“-

„Ja, sehen Sie, Sie sind ja drauf gekommen“, antwortete er. Ich fügte dann noch hinzu: „Bipolare Störung“. „Wie behandelt man denn eine bipolare Störung?“ – „Akute Manien erst mal medikamentös, Lithium, Neuroleptika, Konvulsiva, zur Beruhigung auch Benzodiazepine, dann auch Psychotherapie, die depressive Phase mit Antidepressiva, zur Stabilisierung und um die Phasen abzufachen oder zu verhindern Lithium und Valproinsäure...“ Er wurde ungeduldig, ich hatte ihm schon viel zu lange geredet, er hatte schon seine nächste Frage im Kopf: „Womit denn noch, außer Valproinsäure?“ Ich meinte: „Mir ist nur Lithium und Valproinsäure bekannt.“ – „Es gibt jetzt noch neuere Medikamente.“ – „Die kenne ich nicht, tut mir leid.“ Er nannte zwei Medikamentennamen, ob ich die schon mal gehört hatte. Ich wiederholte den zweiten Namen, dass ich den schon mal gehört hätte, den ersten würde ich nicht kennen. Was stimmte. Ich weiß die Medikamente nicht mehr, aber ich glaube, das eine, das er wissen wollte, war Carbamazepin. „Ok, den Namen haben Sie schon mal gehört...“ Er glaubte mir, glaube ich, vermutlich, weil ich ihn auch ohne Probleme schnell und flüssig nachsprechen konnte, ohne mich zu verhaspeln. Allerdings wäre Carbamazepin ein Antiepileptikum und die Konvulsiva hatte ich ja erwähnt, wenn auch nur als Behandlung der Manie. Vielleicht war es also ein anderes Medikament oder er hatte nicht gehört, dass ich Konvulsiva gesagt hatte.

Dann ging es weiter mit dem Spiel, das bis zum Ende dauerte, ich nenne es mal „(un)heiteres Begriffe-raten“. Er wollte immer irgendein ganz bestimmtes Wort, außer in diesem ersten Fall mit dem „anderen Wort für Halluzinogenen“ nie einen Fachbegriff, sondern irgendwie ein Wort aus der Alltagssprache und hat mich damit zum Wahnsinn getrieben und bei mir, die ich bis dahin recht prüfungsentspannt gewesen war, richtige Blockaden ausgelöst. Er löschte nach und nach jegliches Wissen aus meinem Kopf.

„Sie haben vorhin die Derealisation erwähnt“ (Anm: Das war bei den Kriterien der Panikattacken gewesen, die mich die HP abgefragt hatte). „Was ist denn die Steigerung von Derealisation?“ Ich war wie vor den Kopf geschlagen, das hatte ich noch nie gehört: Steigerung Derealisation, was sollte das sein? Aber er insistierte: „Bei Derealisation fühle sich die Menschen, als wäre die Realität weit entfernt, aber was ist die Steigerung?“ Ich versuchte mich mit Wahn, Delir,... Nein, nein, das wolle er nicht wissen. Die Leute hätten doch dann nicht nur eine Derealisation, sondern...? Ich: „Naja, die empfinden dann die Realität ganz anders als alle anderen“ und ging damit quasi in die Definition von Wahn. „Ja, nein, wie nennt man das denn?“, insistierte er. In meiner Verzweiflung warf ich einfach ein paar Begriffe rein: „Ich weiß nicht, worauf Sie hinauswollen. Stupor? Katatonie?“ – „Ja, nein, nein, wie nennt man das denn, mehr als Derealisation.“ Irgendwann erlöste er mich, er wollte den Begriff „Realitätsverlust“ hören. Ich machte einen Versuch der Verteidigung, dass ich ja erklärt hatte, dass die Menschen eine andere ganz Wahrnehmung der Realität hätten, ließ aber schnell ab und hielt meinen Mund und wartete auf die nächsten Fragen.

Dann fragte er aus dem Nichts weiter: „Sagt Ihnen der Begriff „Konfabulation“ was?“ – „Ja, das ist, wenn Gedächtnislücken mit Geschichten ausgefüllt werden, um diese zu verdecken und...“. – „Ja,

genau, was fällt Ihnen dabei ein?“ – Ich guckte etwas fragend und meinte: „Ich sage jetzt einfach mal, was mir dabei als erstes durch den Kopf geht: Korsakow.“ – „Ja, genau!“ – Diesmal, und auch nur dieses eine Mal, hatte ich gleich das Richtige getroffen. Ich dachte, jetzt kämen die Symptome, hatte ich Kopf schon den Merksatz parat: „Oh, mein Korsakow“ für Orientierung, Merkfähigkeit, Konfabulation, aber nein, er fragte stattdessen: „Wie wird das ausgelöst?“ - „Durch Vitamin B1 Mangel“. Er wirkte unwillig, guckte, als hätte ich was Falsches gesagt, aber ich wusste, das war richtig gewesen, es war nur nicht das, was er hatte hören wollen. Er fragte etwas seltsam formuliert nach, irgendwie im Sinne von: Was denn dann passiert wäre bei einem Korsakow. Ich ergänzte: „Derjenige hat Alkohol schädlich missbraucht, oder versucht, sich mit Kohlenmonoxid zu vergiften...“ (Lacher von der HP und dem Vorsitzenden, der Amtsarzt hatte aber keinen Humor, zumindest nicht meinen), ließ mich nicht mehr zu der Wernicke-Enzephalopathie kommen und hakte ein: „Nur schädlichen?“ und gab mir wieder das Gefühl, was Falsches gesagt zu haben. „Nein, natürlich nicht. Der hat dann schon richtig getrunken, eben sehr starker Alkoholiker! Bis man zu dem Nährstoffmangel kommt, dass es einem an Vitamin B1 fehlt...“. - „Jawohl!“, meinte er und zu dem Zeitpunkt nickte auch die HP noch zustimmend. Und zu dem Zeitpunkt sah ich auch noch immer zwischendurch die anderen beiden an, das verging mir dann im Laufe der Zeit und wenn ich dann doch mal – meist hilfeschend – zur HP guckte, sah sie meist nicht mich, sondern den Amtsarzt sehr angespannt an.

Irgendwie war er dann wieder bei den affektiven Störungen. Er fragte irgendwas Schwammiges, genau weiß ich nicht mehr, ich erwähnte die Zykllothymie, da wollte er dann bleiben. Was das denn wäre. Ich begann zu beschreiben, was das ist: „Schneller Wechsel der Phasen von Manie und Depression, beides weniger ausgeprägt, über zwei Jahre, mindestens vier im Ja...“. Er unterbrach mich ungeduldig, das wollte er irgendwie nicht wissen. Wie man das denn noch nennen würde? Ich war total verunsichert. „Zykllothymie? Wie anders nennen? Ich weiß nicht, ob ich weiß, worauf Sie hinauswollen?“ Ich kannte keinen anderen Ausdruck dafür, im ICD-10 steht der. „Ja, einen anderen Begriff! Wie kann man das denn noch nennen? Steht nicht im ICD-10“, fügte er hinzu. Er insistierte, wollte unbedingt ein anderes Wort. Er ritt darauf herum, ich hätte am liebsten in die Tischkante gebissen. „Naja, es ist ein Phasenwechsel...“ Ich versuchte, das irgendwie zu beschreiben. „Jaja, aber wie nennt man das denn? Mehr alltagssprachlich“. Ich: „Stimmungsschwankungen?“ „Ja, genau! Stimmungsschwankungen!“ In dem Moment dachte ich, er wollte mich v.... naja, lassen wir das. Ich war maximal nervös geworden, weil mir zunehmend klar wurde, dass man aus seinen Fragen nicht ersehen konnte, was er von einem hören wollte, auch wenn man die Antwort gewusst hätte.

Er wollte wissen (ob das chronologisch vor oder nach der Zykllothymie war, weiß ich nicht mehr), wie denn die Medikamente denn wirken würden. Er bezog sich aber wohl noch auf die bipolaren Störungen. Ich erklärte, bei Depressionen ging es um Serotonin, bei Manie um Dopamin, und dass die Medikamente da einsetzen... Er unterbrach mich wieder. Wieder ging es nicht genau in die Richtung, wo er hinwollte: „Ja, wie nennt man die denn? Dopamin und so!“ – „Neurotransmitter“. „Ja, genau! Und wie wirken die?“ Ich begann mit dem .. Spalt. Ich hatte ein Blackout, mir fiel das Wort „synaptisch“ nicht mehr ein, obwohl ich ja den ganzen Neurologiekram runtersingen konnte. Ich meinte, das Wort fiel mir gleich wieder ein und erklärte weiter. Aber sehr schnell, weil ich begriffen hatte, er war nicht sehr geduldig, lange zuzuhören und einfach mal abzuwarten, was ich denn zu sagen hätte. Ich raste durch den Neuronenaufbau, Zellkörper, Soma, Dendriten, ... elektrische Impulse werden durch Calciumausschüttung zu chemischen, Neurotransmitter in den Vesikeln, die dann in den Spalt ausgeschüttet wurden (mir fiel noch immer nicht das Wort synaptisch ein, was mir eigentlich dermaßen vertraut ist, aber mir half auch keiner aus der Kommission weiter), von Rezeptoren aufgenommen werden, dann recycelt und dass da dann die Medikamente ansetzen würden, indem sie zum Beispiel in dem Spalt die Wiederaufnahme hemmen oder auf die Rezeptoren wirken würden – ich raste da dadurch, verkürzte die Sätze, fast Telegrammstil, damit er nicht ungeduldig wurde, hoffte, dass eins der Dinge, die ich sagte, das war, was er hören wollte... er hörte sehr gemischt zwischen ungeduldig und mich doch ausreden lassen wollend zu. Murmelte was von „jaja“, „Ja, und Myelinschicht und so weiter“, er wurde ungeduldiger und ungeduldiger und war immer auf dem

Sprung, mich zu unterbrechen, was mich noch nervöser machte. Ich wollte das mit den Neurotransmitterwiederaufnahmehemmer-Mechanismus am Beispiel der Acetylcholinesterasehemmer erklären, aber da unterbrach er mich dann aber mitten im Wort doch sehr ungeduldig. „Ja, aber was machen die im Gehirn?“ Was wollte er noch? „Naja, sie regeln den Neurotransmitterhaushalt. Nervenzellen sollen runtergefahren werden, oder die Konzentration erhöht...“ – „Ja, aber was genau soll im Gehirn bewirkt werden?“ Ich war wieder völlig verunsichert. „Naja, wenn von Neurotransmittern zu...“ - Er unterbrach mich wieder. „Ja, aber was genau macht das im Gehirn? Was passiert da?“ Ich mach's kurz: er wollte hören, dass es zu einem Ausgleich der Neurotransmitter im ganzen Gehirn käme. Nicht mehr und nicht weniger wollte er hören, aber eben genau so und nicht anders. Wobei ich nicht mal weiß, ob man das so pauschal überhaupt sagen kann.

Irgendwie kam er auf ein anderes Thema. „Sie hatten gerade (und wies auf die HP) Schwitzen und sowas erwähnt.“ Da wollte er mehr zu hören. Ich: „Das sind vegetative Symptome.“ – „Ja, wo kommen die her?“ – „Aus dem vegetativen Nervensystem. Das sind die Symptome, die man nicht willentlich steuern kann...“ Ich dachte, er wollte nun auf das Nervensystem (autonom und so...) kommen. Nein, wollte er nicht. „Nein, wo werden die denn ausgelöst?“ Ich wusste nicht, worauf er hinauswollte, und sagte das auch. Ich warf ein paar Begriffe rein, um zu gucken, bei welchem er anbeißt, um zu verstehen, wo er hinwill: „Stoffwechselhaushalt?“ „Jaja, das auch, nicht nur, nein, was anderes. Wo kommen diese Symptome her?“ Ich wurde immer hilfloser. „Welches Organ?“, fragte er dann. „Organ? Ja, Haut beim Schwitzen...?“ versuchte ich. Das wollte er nicht wissen, ich haute dann einfach ein paar Organe raus, die Hormone bilden. Bauchspeicheldrüse, Schilddrüse... „Nein, nein, welches Organ“, wiederholte er, ebenfalls völlig verzweifelt, dass ich ihn nicht verstand. Ich machte weiter mit dem heiteren Organe-raten, dachte, ich gehe jetzt einfach alle durch, begann mit: „Herz...“ – Große Erleichterung: „Jaaaa! Herz!“ Ich: „Ah, ok, ja klar, Herz fürs Herzklopfen und Puls, für den Atem die Lunge, sorry, ich habe nicht verstanden, worauf Sie hinauswollten!“ – „Ja, aber Sie sind ja drauf gekommen!“, meinte er erleichtert, auch die HP und der Vorsitzende atmeten erleichtert auf, letzterer meinte: „Hier ist Schluss, drei Minuten drüber. Die Prüfungszeit ist vorbei.“ Erleichtertes Aufatmen bei ALLEN.

Sie schickten mich aufmunternd lächelnd raus. Ich stand im Flur, dachte: „Scheiße, durchgefallen, das war der Amtsarzt, den der Prüfling hatte, dessen Protokoll ich vom März 2023 gelesen hatte und der durchgefallen war, weil er die Körpersysteme (Nervensystem, Muskelsystem etc) nicht aufzählen konnte, obwohl er bei den Fragen der HP alles gewusst hatte.“ Ich hörte sie laut drinnen reden, aber verstand nicht, was geredet wurde. Erst hörte ich die Stimme des Amtsarztes, die aber nicht negativ klang, dann die ruhige Stimme der HP. Der Vorsitzende holte mich lächelnd wieder rein. „Ja, es ist sehr hellhörig hier.“ Ich meinte, ich hätte aber nichts gehört, nur, dass sie geredet hätten, aber nicht, was. „Wäre auch nur positives gewesen!“, meinte er lächelnd. Da wusste ich, ich hab's geschafft. Ich stand vor der Kommission und der Vorsitzende sagte die erlösenden Worte. Die HP gratulierte sehr nett lächelnd, der Amtsarzt hatte irgendwie gar keine Mimik, der Vorsitzende strahlte fast. Ich konnte mich kaum freuen, ich war so angespannt und durch den Wolf gedreht. Als ich die Tür hinter mir schloss, dachte ich plötzlich: „Haben die gesagt, dass ich bestanden habe oder habe ich das jetzt falsch verstanden?“ und war versucht, noch mal anzuklopfen und noch mal nachzufragen, ob sie gemeint hätten, ich hätte bestanden...

Ich möchte hier einigen danken, ohne die ich vermutlich das nicht so einfach geschafft hätte: vorneweg meiner Ausbildungskollegin Sabine: wir haben monatelang wöchentlich geübt und uns beständig ausgetauscht. Dann Kira Gail von der Akademie für Psychotherapie Speyer, deren spannender Unterricht mir einen Zugang zu der Thematik gegeben hat. Meinen beiden Kindern, die über ein Jahr geduldig zugehört haben, wenn sie sich dauernd Vorträge zu irgendwelchen psychischen Störungen anhören mussten.