

Apropos

Neue Klinikleitung der Privatklinik Aadorf
Bulimie-Rückfallprophylaxe mit Online-Monitoring
Aadorfer Fachforum Psychotherapie zu Depressionen und Angststörungen
Station Oase erweitert Behandlungsspektrum für Männer

PRIVATKLINIK AADORF MIT NEUEM KLINIK- UND ÄRZTLICHEM DIREKTOR

Nach 17 Jahren als Leiter der Privatklinik Aadorf zieht sich Dr. med. Stephan N. Trier, M.H.A., aus dem operativen Geschäft zurück und übernimmt fortan strategische Führungsaufgaben im Verwaltungsrat. Per 1. November 2025 wird Dr. med. Michael Braunschweig die Position des Klinik- und Ärztlichen Direktors übernehmen. Bereits im Mai 2025 hat Jean Marc Wallschläger die Nachfolge von Walter Lins als Kaufmännischer Direktor der Privatklinik Aadorf angetreten.



Dr. med.
Michael Braunschweig
Klinik- und Ärztlicher Direktor
per 1.11.2025

Die Privatklinik Aadorf wurde 1998 als Psychotherapeutische Klinik Aadorf gegründet. Im Januar 2009 übernahm Dr. med. Stephan N. Trier, M.H.A., die ärztliche Leitung der Klinik, die im gleichen Jahr den neuen Namen Privatklinik Aadorf erhielt. Seit 2015 fungierte er auch als Klinikdirektor, per 1. Januar 2018 übernahm er die Privatklinik Aadorf als Mitinhaber und bekleidet seither das Amt des Verwaltungsratspräsidenten.

Mit seiner fundierten Expertise und Erfahrung hat Dr. med. Stephan N. Trier die Entwicklung der Privatklinik Aadorf massgeblich geprägt. Während seiner Tätigkeit konnte die Klinik nicht nur zahlreiche Erfolge und Meilensteine erreichen, sondern auch aussergewöhnliche Herausforderungen bewältigen, darunter langwierige Un-

gewissheiten in Bezug auf die neue Spitalfinanzierung, eine drohende Schliessung im Jahr 2017 und die Corona-Pandemie mit deren Begleiterscheinungen und Folgen. Heute ist die Privatklinik Aadorf als etabliertes Kompetenzzentrum für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie ein wertvoller Bestandteil der kantonalen und nationalen Gesundheitsversorgung.

Dr. med. Michael Braunschweig folgt auf Dr. med. Stephan N. Trier

Nach 17 Jahren zieht sich Dr. med. Stephan N. Trier aus der operativen Leitung zurück und widmet sich strategischen Führungsaufgaben im Verwaltungsrat. Per 1. November 2025 übernimmt Dr. med. Michael Braunschweig die Position des Klinik- und Ärztlichen Direktors. Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt er

über langjährige Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung und der individuellen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen psychischen Erkrankungen.

Nach Stationen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Integrierten Psychiatrie Winterthur war Dr. med. Michael Braunschweig lange Zeit im Amt für Justizvollzug Kanton Zürich tätig, zuletzt als Chefarzt des Psychiatrisch-psychologischen Dienstes. Im Gespräch gibt er einen Einblick in Hintergründe, Erwartungen und Ziele in seiner neuen Tätigkeit in Aadorf.

Herr Dr. Braunschweig, als neuer Klinik- und Ärztlicher Direktor der Privatklinik Aadorf treten Sie eine herausfordernde Funktion an. Was bedeutet diese Aufgabe für Sie persönlich?

Für mich bedeutet diese Aufgabe eine spannende und verantwortungsvolle Herausforderung. Ich freue mich sehr darauf, meine langjährige Erfahrung aus der forensischen und klinischen Psychiatrie in die Privatklinik Aadorf einzubringen und gemeinsam mit den Teams die Weiterentwicklung der Klinik aktiv zu gestalten. Persönlich ist es mir ein Anliegen, Menschen in schwierigen Lebenssituationen wirksam und nachhaltig zu unterstützen – dies nun in einer Institution mit grosser Tradition und Ausstrahlung.

Was hat Sie an dieser Position des Ärztlichen Direktors besonders gereizt?

Besonders gereizt hat mich, dass die Privatklinik Aadorf eine exzellente Reputation in der Versorgung komplexer psychiatrischer Krankheitsbilder mitbringt und gleichzeitig den Anspruch hat, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die Möglichkeit, als Klinik- und Ärztlicher Direktor sowohl medizinisch als auch strategisch tätig zu sein, entspricht meinem Selbstverständnis von moderner Medizinführung.

Gibt es Stationen Ihrer bisherigen Laufbahn, die Sie in besonderer Weise auf diese Aufgabe vorbereitet haben?

Ja, unbedingt. Meine langjährige Tätigkeit im Justizvollzug mit Leitungsfunktionen hat mir gezeigt, wie wichtig klare Strukturen, multiprofessionelle Zusammenarbeit und eine hohe Behandlungsqualität sind. Gleichzeitig habe ich durch meine klinische Tätigkeit in der universitären Psychiatrie und in verschiedenen Oberarztfunktionen gelernt, wie essenziell Innovation, Forschung und Lehre für die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung sind. Diese Erfahrungen möchte ich nun für die Privatklinik Aadorf nutzbar machen.

Dr. med. Stephan N. Trier hat die Privatklinik Aadorf über viele Jahre erfolgreich geleitet und gibt den «Staffelstab» nun an Sie weiter. Haben Sie sich Ziele für ihre ersten Monate im Amt gesetzt?

Ja, mein erstes Ziel ist es, die Klinik, ihre Mitarbeitenden und die bestehenden Strukturen gut kennenzulernen. Parallel dazu möchte ich mit den Teams in einen engen Dialog treten, um die Potenziale und aktuellen Herausforderungen gemeinsam zu identifizieren. Wichtig ist mir, dass wir eine klare gemeinsame Vision für die nächsten Jahre entwickeln.

Gibt es Entwicklungen, die Sie als besonders zukunftsweisend für die Klinik erachten?

Ich sehe die stärkere Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Angeboten als zentral. Ebenso ist die Individualisierung von Therapieprogrammen – abgestimmt auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten – zukunftsweisend. Auch die Integration digitaler Elemente in Diagnostik und Therapie wird eine immer wichtigere Rolle spielen.

Wie schätzen Sie die Fokussierung der Privatklinik Aadorf auf vier Schwerpunktgebiete im Hinblick auf die Marktposition ein?

Eine klare Fokussierung schafft Profil und gibt Orientierung – sowohl für Patienten als auch für Zuweiser. Die vier Schwerpunkte bilden ein starkes Fundament und ermöglichen es, qualitativ hochstehende und spezialisierte Angebote bereitzustellen. Das stärkt die Marktposition und unterscheidet die Klinik positiv von anderen Einrichtungen.

Wo sehen Sie Entwicklungsmöglichkeiten bei Therapiekonzepten und Angeboten?

Ich sehe Entwicklungspotenzial insbesondere bei der stärkeren Kombination von psychotherapeutischen, medikamentösen und rehabilitativen Ansätzen. Zudem lässt sich unser Angebot in den Bereichen ambulante Beratung und ambulante Nachsorge weiter ausbauen, um eine langfristige und nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Welchen Stellenwert haben interdisziplinäre Zusammenarbeit und multiprofessionelle Teams in Ihrem medizinischen Verständnis?

Einen sehr hohen. Psychische Erkrankungen sind komplex, und erfolgreiche Behandlung gelingt nur, wenn unterschiedliche Fachkompetenzen zusammenwirken. Der multiprofessionelle Ansatz

ist für mich daher zentral – er ermöglicht eine umfassende, ganzheitliche Versorgung.

Die Privatklinik Aadorf ist traditionell sehr stark mit Lehre und Forschung vernetzt. Wie wichtig ist aus Ihrer Sicht diese Verzahnung von Versorgung und Wissenschaft in einer Fachklinik?

Diese Verbindung ist unverzichtbar. Forschung sorgt für Innovation, Lehre für Wissensweitergabe – und beides trägt dazu bei, dass wir unseren Patienten stets Behandlungen auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand anbieten können. Gleichzeitig profitiert die Klinik durch diese Vernetzung von einer hohen Attraktivität für Fachkräfte.

Die psychische Gesundheit sowie die wachsende Nachfrage nach therapeutischen Angeboten stehen zunehmend im Fokus von gesellschaftlichen Diskussionen. Wie kann eine Institution wie die Privatklinik Aadorf mit steigendem Behandlungsbedarf und gleichzeitig knappen Ressourcen umgehen?

Das ist eine grosse Herausforderung. Wir werden unsere Ressourcen gezielt dort einsetzen müssen, wo sie den grössten Nutzen für Patienten stiften. Dazu gehört auch, Abläufe effizient zu gestalten und Kooperationen mit anderen Institutionen zu pflegen. Wichtig bleibt, die Qualität der Versorgung nicht aus den Augen zu verlieren.

Als Direktor sind Sie nicht nur medizinischer, sondern auch strategischer Gestalter. Wie möchten Sie die Klinik als medizinisch-fachliche Institution weiterentwickeln?

Mir ist wichtig, dass die Privatklinik Aadorf weiterhin als hochspezialisierte, qualitativ führende Institution wahrgenommen wird. Gleichzeitig möchte ich die Vernetzung mit Partnern im Gesundheitswesen stärken und die Klinik in Bereichen wie Digitalisierung, Prävention und Nachsorge zukunftsfähig aufstellen.

Haben Sie eine berufliche oder persönliche Maxime, die Sie leitet?

Ja. Für mich gilt: Medizin bedeutet Verantwortung – gegenüber den Patienten, den Mitarbeitenden und der Gesellschaft. Mein persönliches Credo lautet: «Qualität entsteht durch Engagement und Zusammenarbeit.» ■

Neu in der Klinikleitung: Jean Marc Wallschläger

Seit Mai 2025 darf sich die Privatklinik Aadorf über das Mitwirken von Jean Marc Wallschläger als Kaufmännischer Direktor und Bereichsleiter Finanzen freuen. Für den erfahrenen Fachmann waren die ersten Monate eine enorm positive Erfahrung. «Schon ab dem ersten Tag habe ich mich willkommen gefühlt – und staune bis heute, wie dynamisch, innovativ und engagiert unser Umfeld ist.»

Nach Stationen bei Unternehmen wie Bank Austria Creditanstalt, Bank Leu und ThyssenKrupp war Wallschläger lange Jahre bei der Kurt di Gallo AG im Controlling und im Bereich Konzernfinanzen tätig. Als kaufmännischer Direktor der Privatklinik Aadorf kann er seine umfangreichen Erfahrungen nun gezielt einsetzen und Rahmenbedingungen gestalten, damit die Klinik effizient, modern und zukunftsfähig bleibt. «Von den Finanzen über die Infrastruktur bis zur Gastronomie trage ich dazu bei, dass unsere Fachbereiche optimal arbeiten und ihr volles Potenzial entfalten können. Mein Anspruch dabei: eine wirtschaftlich solide, organisatorisch moderne und menschlich nahbare Klinik.»

Für Jean Marc Wallschläger ist die Privatklinik mehr als ein Ort der Behandlung: «Sie ist ein Ort der Hoffnung und der Zukunft. Und Zukunft entsteht dort, wo Innovation, Exzellenz und Teamgeist zusammenkommen. Dafür stehe ich – und dafür steht die Privatklinik Aadorf.»



Jean Marc Wallschläger
Kaufmännischer Direktor
Bereichsleitung Finanzen

RÜCKFALLPROPHYLAXE DER BULIMIE IN DER POSTSTATIONÄREN ÜBERGANGSPHASE

Durch Prozess-Monitoring und systematisches Feedback mit dem Synergetischen Navigationssystem SNS können positive Effekte einer stationären Behandlung von Bulimie gefestigt werden.



Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet
Bereichsleitung Oase und Ambulatorien
Chefärztin

Die Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) ist eine Essstörung, die durch wiederholte Anfälle von Heiss-hunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies

führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder anderen Massnahmen der Gewichtsreduktion. Diese können zu schweren Elektrolytstörungen mit entsprechender kardialer Gefährdung oder anderen körperlichen Komplikationen führen. Gemäss Bundesamt für Gesundheit (2025) liegt die Prävalenzrate in der Schweiz bei 2,4% der Frauen und 1,9% der Männer. Die Bulimie ist damit eine häufige Störung. Da Behandelte und Behandelnde überwiegend weiblich sind, wird im folgenden Text das generische Femininum benutzt. Männliche Patienten und Therapeuten sind ebenso gemeint.

Die meisten Patientinnen können ambulant behandelt werden. Für schwere Fälle mit mehrfachem täglichem Erbrechen kann ein intensives Therapieprogramm erforderlich sein, wie es im stationären Rahmen angeboten wird (AWMF Leitlinie 2018, S. 232). Der Verlauf der Erkrankung ist auch mit Therapie oft langwierig. Die Remissionsraten bessern sich nach stationärer Therapie erst über die Zeit hinweg. Studien zeigen, dass Patientinnen nach Behandlung über einen Zeitraum von 4 Jahren zu einem Prozentsatz von 32% stabil symptomfrei blieben, über 6 Jahre lag der Prozentsatz bei 49% und über 12 Jahre bei 70%. (ebd., S. 198f.). Dies bedeutet umgekehrt, dass die Rückfallrate recht hoch und Handlungsbedarf gegeben ist.

Klinisch beobachten wir in der stationären Therapie häufig, dass die Ess-Brech-Attacken sistieren, sobald die Patientinnen aufgenommen werden. Sie lassen buchstäblich ihre Symptomatik vor der Tür zurück. Die angegebenen Gründe für diese Erfolge sind unterschiedlich: der schützende Rahmen der Station; ihre hohe Änderungsmotivation, die mit der Aufnahme auf die Station einhergeht; das Gefühl, unter Beobachtung zu stehen und die damit verbundene Scham; Ablenkung durch die therapeutischen Massnahmen; die Möglichkeit, schwierige Emotionen, die sonst zu einer

Brech-Attacke führen würden, therapeutisch zu bearbeiten; und nicht zuletzt die Regelmässigkeit von Mahlzeiten, die die Wahrscheinlichkeit von physisch bedingten Heiss-hunger-Attacken reduziert. Dieses Paket an haltgebenden therapeutischen Beziehungen, die Regulierung der Tagesstruktur und der Mahlzeiten sowie Hilfe bei der Emotionsregulation wirkt stabilisierend. Es überrascht nicht, dass es in vielen Fällen rasch zu Rezidiven kommt, wenn nach Austritt dieser schützende Rahmen wieder wegfällt. Obwohl die stationären Behandlungszeiten durchschnittlich bei 10 Wochen liegen, reicht diese Zeit oft nicht aus, um chronifizierte dysfunktionale Ess-Brech-Routinen dauerhaft zu durchbrechen. Ambulante Anschlussbehandlungen, die die Patientinnen entsprechend unterstützen, sind dringend indiziert, aber nicht immer sofort und ausreichend frequent verfügbar.

Die Zeit nach dem Austritt aus stationärer Therapie gilt allgemein bei allen Störungen als vulnerable Phase für die Befindlichkeit. Dies auch, weil Abschied vom wichtig gewordenen therapeutischen Team und der therapeutischen Gemeinschaft der Mitpatientinnen genommen werden muss. Und manchmal auch wegen einer gemischt ausfallenden Bilanz des Erreichten und der Rückkehr in ein oft unverändertes, manchmal pathogenes Umfeld. Vor diesem Hintergrund kann es zielführend sein, dass stationäre Therapeutinnen die Patientinnen in dieser vulnerablen Phase in Kooperation mit den Weiterbehandlerinnen noch für einige Zeit intensiv begleiten.

Internetbasiertes Feedback und Monitoring in der poststationären Phase

In der Privatklinik Aadorf wird Patientinnen – das Einverständnis der Weiterbehandlerinnen vorausgesetzt – in einem Pilotprojekt ein poststationäres Monitoring mit Feedback-Gesprächen angeboten. Dieser Ansatz kann als Unterstützung von Selbstmanagement-Fähigkeiten verstanden werden, dessen Wirksamkeit belegt ist und für den Übergang von stationärer in ambulante Behandlung empfohlen wird (ebd., S. 219).

Internetbasierte Verfahren eines Symptom-Monitorings in der poststationären Phase können ein Medium sein, um seitens der Stationstherapeutin mit der Patientin noch für eine bestimmte Zeit in Kontakt zu bleiben. Die Monitoring-Verfahren können allerdings nur dann eingesetzt werden, wenn sie auch aus Sicht der Weiterbehandlerin geeignet sind, die geplante ambulante Behandlung zu unterstützen. Die Anwendung des Verfahrens setzt

also nicht nur eine ausführliche Information der Patientin, sondern auch der Weiterbehandlerin voraus. Ausserdem müssen im weiteren Prozess regelmässige Informationsweitergaben und Absprachen erfolgen. Grundsätzlich können die Monitoring-Prozesse dann auch von den Weiterbehandlerinnen übernommen werden. Eingesetzt werden können Fragebögen, die das Essverhalten und sonstige symptomrelevante Aspekte erfassen. Sie können die Basis für Feedback-Gespräche sein, die die eigentlich wirksame Komponente des Verfahrens darstellen.

Feedback gilt allgemein als eine effektive und evidenzbasierte Methode zur Optimierung von Therapieergebnissen. Caspar (2025) stellt die verschiedenen Anwendungsbereiche und Aspekte von Feedback, z. B. die positive Wirkung von zeitnahe Feedback, ausführlich dar. Moderne internetbasierte Feedback-Systeme können zur Unterstützung von Feedback-Prozessen hilfreich sein. Sie können spezifische Dimensionen des psychotherapeutischen Prozesses (z. B. Symptomatik, Emotionen, sonstige symptomrelevante Kriterien) anhand von standardisierten oder individualisierten Skalen aus Patientinnensicht erheben (Prozess-Monitoring) und diese Verlaufsdaten an die Therapeutin und die Patientin zurückmelden (Prozess-Feedback). Auf diese Weise soll ein Bewusstsein für die Prozesse des Psychotherapieverlaufes ermöglicht werden, um aktiv Einfluss auf weitere therapeutische Entwicklungen nehmen zu können. Für die Therapeutin bedeutet dies, dass die Informationen mit den speziellen Bedürfnissen der Patientin und der individuellen spezifischen Dynamik des Behandlungsprozesses abgestimmt werden können (Kraus, 2014).

Vor dem Hintergrund der hohen Rückfallgefährdung der Patientinnen nach stationärer Behandlung einerseits und der Verfügbarkeit von elaborierten Feedback-Systemen andererseits werden in einem Pilotprojekt an der Privatklinik Aadorf eine Auswahl motivierter Patientinnen mit Bulimie in einen Monitoring-Prozess in der stationär-ambulanten Übergangsphase einbezogen. Im Folgenden wird das Monitoring-System kurz vorgestellt und an einem Beispiel illustriert.

Das Feedback-System SNS

Das Synergetische Navigationssystem SNS wurde an der Universität Salzburg auf der Basis der Theorie komplexer Systeme entwickelt. Der Zweck dieses internetbasierten Verfahrens ist die Abbildung von Veränderungsprozessen im Rahmen einer stationären oder ambulanten Psychotherapie in «Echtzeit» (Re-

al-Time-Monitoring). Wesentlich ist, dass durch das SNS ein Prozess-Feedback auf der zeitlichen Höhe des Geschehens möglich wird. In regelmässigen Intervallen werden Feedback- bzw. Reflexionsgespräche auf der Basis von Informationen aus dem SNS durchgeführt.

Im Folgenden wird das SNS in Modifikation der Darstellung von Schiepek (2014) beschrieben. Beim SNS handelt es sich um eine Erhebungs- und Auswertungsmethode, mit der Patientinnen Fragebögen online auf ihrem Smartphone und damit ortsungebunden hochfrequent (z. B. täglich oder wöchentlich) ausfüllen können. Standardisierte Fragebögen können ebenso genutzt werden wie individuelle Fragebögen, deren Items sich aus der Exploration der Patientin entwickeln lassen.

Durch diese hochfrequenten Erfassungen werden längere Zeitreihen generiert. Wenn die Fragen einfach formuliert und in ihrer Anzahl auf z. B. 20 bis 25 Fragen begrenzt sind, benötigen die Patientinnen in der Regel nicht mehr als 5 Minuten täglich, was erfahrungsgemäss mit einer recht guten Compliance einhergeht. Von vielen Patientinnen wird das Ausfüllen der Bögen als sinnvolle Reflexion des Tagesgeschehens erlebt. Spezifische Auswertungsmethoden erlauben das Erkennen von pathogenen Mustern und deren Zusammenhang mit symptomrelevanten Aspekten. Dies kann die Grundlage von Feedback-Gesprächen sein. Das Besprechen der optisch sichtbar gemachten Verläufe, etwa der Befindlichkeit oder des Essverhaltens im Zusammenhang mit verschiedenen Belastungsfaktoren, kann die Selbstreflexionsfähigkeit verbessern, wie die Patientinnen es oft selbst erleben. Zeitnahe Feedback-Gespräche können diese Zusammenhänge verdeutlichen und etwaige Rückfälle entsprechend einordnen lassen. Hilfreich dabei ist eine Tagebuchfunktion. Die Patientin kann zu jedem Zeitpunkt einen Tagebucheintrag machen, was die Interpretation der Kurven erheblich bereichern kann: Dies, weil die entsprechenden Verläufe dann im Zusammenhang mit den Tagesgeschehnissen verstanden werden können.

Eine Besonderheit des SNS ist, dass es auf der Theorie komplexer Systeme beruht. Es stellt deswegen neben den Rohdaten-Zeitreihen nicht-lineare Auswertungen zur Verfügung, die zum Beispiel Sprünge der Befindlichkeit, Musterveränderungen und vor allem Phasen der Stabilität und der Veränderungsmöglichkeit erkennen lassen.

Diese sogenannte dynamische Komplexität setzt sich zusammen aus der Frequenz und Amplitude der Schwankungen einer Zeitreihe, die als Fluktuation bezeichnet wird. Die Komplexität wird für jeweils 7 Tage und in einem Gleitfenster, das um jeweils eine Messung verschoben wird, für die gesamte Zeitreihe berechnet. Dies ergibt dann eine neue Zeitreihe, in der Phasen der Stabilität und der Instabilität einfach abzulesen sind.

Um den systemtheoretischen Gedanken der Veränderung und die Synchronisation der Items und Faktoren eines kontinuierlich ausgefüllten Fragebogens anschaulich zu machen, lässt sich im SNS auch eine Farblendkarte aufrufen, welche die Komplexitätsentwicklung aller Items eines Fragebogens visualisierbar macht. Aus diesen sogenannten Komplexitäts-Resonanz-Diagrammen geht hervor, wie stabil oder labil die Befindlichkeit einer Patientin ist.

Dies klingt etwas kompliziert und setzt eine Schulung im Umgang mit dem System voraus. Der eingearbeiteten Betrachterin erschliesst sich schnell, wann sich die Patientin in stabilen Zuständen bewegt und wann Veränderungen möglich werden oder Krisen auftauchen. Wie bei Erdbeben werden in allen komplexen Systemen, wie auch psychische Zustände sie darstellen, Krisen oft durch «Vorbeben» angekündigt, die sich in der Zeitreihe durch starke Fluktuationen der Befindlichkeit abzeichnen können. Wenn sich dies im Monitoring abzeichnet, kann durch eine therapeutische Intervention zeitnah reagiert und eventuell der Krise vorgebeugt werden. Fluktuationen führen aber nicht zwingend zu einer Negativentwicklung, sondern können auch Vorboten einer positiven Veränderung sein. Auch diese kann besser therapeutisch unterstützt werden, wenn sie früh erkannt wird.

Die Zeitreihenanalysen sind nicht mehr und nicht weniger als eine Unterstützung für ein therapeutisches Feedback. Das ausführliche diagnostische und therapeutische Gespräch kann und soll nicht ersetzt werden. Vielmehr bieten die Daten ein Hilfsmittel für eine genaue Analyse und können Grundlage sein für ein detailliertes Verständnis der pathogenen Prozesse. Grundsätzlich kann das System für viele Fragestellungen herangezogen werden, etwa auch zum Monitoring von starken Stimmungsschwankungen. Es kann grundsätzlich therapieschulenunabhängig eingesetzt werden. In verhaltenstherapeutische Verfahren kann die Methodik allerdings vermutlich einfacher integriert werden als in tiefenpsychologische. Für den Einsatz zum Monitoring der poststationären Übergangsphase ist die Schulung jedoch kaum relevant, denn dieser verfolgt nur am Rande psychotherapeutische Zielsetzungen und ist mehr als Hilfe zur Überbrückung schwieriger Phasen gedacht.

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG DES PROJEKTS

Für die gegebene Problematik soll das SNS mit dem Ziel der Rückfallprophylaxe von bulimischen Patientinnen als Monitoring-Tool genutzt werden. Es sollen probeweise ca. 10 Patientinnen in das Verfahren eingeschlossen und regelmässige, etwa wöchentliche, kurze Feedback-Gespräche auf Basis des Monitorings und der Tagebucheinträge geführt werden.

Anwendungsbeispiel

Gezeigt werden Verlaufsdaten einer Patientin mit einer Bulimie in den ersten 49 Tagen nach Entlassung aus stationärer Therapie. Prästationär hatte sie etwa drei- bis viermal pro Tag nach Ess-Attacken erbrochen und konnte sich von Gedanken an Essen nur jeweils sehr kurz ablenken. Während der stationären Phase traten die Ess-Brech-Attacken nicht auf. Sie berichtete, dass sie die sozialen Kontakte auf der Station stabilisierten. Im häuslichen Umfeld erlebte sie sich oft als sehr einsam.

Die Patientin füllte poststationär täglich einen Fragebogen mit dem SNS aus, der Items zum Essverhalten, zu emotionaler Befindlichkeit sowie zu ihren Alltagserfahrungen enthielt. Beabsichtigt war, dieses Monitoring für etwa 6 Wochen durchzuführen. Die Items waren jeweils individuell für die Patientin aufgrund von Angaben aus der Exploration erstellt worden. Für die Entwicklung der Items wurden Kriterien herangezogen, die die Patientin selbst als symptomrelevant erachtete. Für eine vereinfachte und damit besser verstehbare Darstellung werden hier nur zwei der insgesamt 30 Fragen in ihrem Verlauf beispielhaft gezeigt.

Abbildung 1

«Heute hatte ich Ess-Attacken»

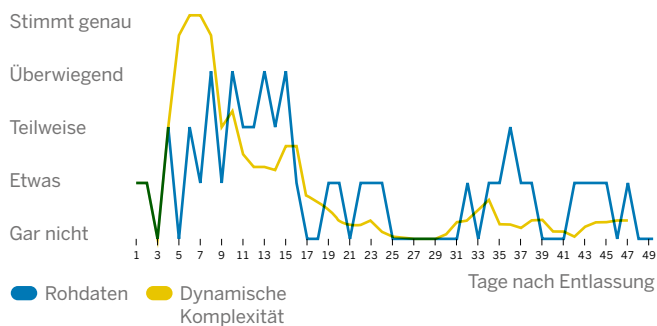


Abbildung 1 zeigt beispielhaft den Verlauf eines Items zum Essverhalten über 49 Tage, nämlich das Vorkommen von Ess-Attacken (blaue Linie). Hohe Werte zeigen jeweils dysfunktionales Verhalten an, d. h. in diesem Fall das mehr oder weniger häufige Vorkommen von Ess-Attacken. Bis zum 7. poststationären Tag war die Patientin relativ stabil, dann kamen bis zum 15. Tag Ess-Attacken sehr gehäuft vor. Ab dem 16. Tag kam es zu einem sprunghaften Abfall. Die gelbe Linie zeigt die Dynamische Komplexität. Dieses Mass setzt sich multiplikativ zusammen aus der Frequenz und Amplitude der Schwankungen einer Zeitreihe (Fluktuation) und dem Grad der Verteilung der Werte über den jeweils zur Verfügung stehenden Skalenbereich (Verteilung). Die Komplexität, also das Fluktuationsmass, wird in einem Gleitfenster von z. B. 7 Messungen berechnet, danach wird das Fenster jeweils um einen Zeitpunkt verschoben, sodass sich eine neue Zeitreihe ergibt, die das Ausmass an Stabilität bzw. Instabilität eines Items zu einem bestimmten Zeitpunkt zeigt. Diese Darstellung entspricht der systemtheoretischen Annahme, dass Stabilität und Fluktuationen die Änderungsmöglichkeiten anzeigen. Diese Veränderungen können sich hin zu einer gewünschten oder unerwünschten Richtung entwickeln. Es handelt sich also um kritische Phasen, denen in der Therapie besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte, um entweder Verschlechterungen abzuwenden oder Verbesserungen aktiv zu unterstützen. Während der Verlauf am Anfang Fluktuationen zeigte, trat ab dem 15. Tag eine relative Konstanz ein, was sich an den niedrigen Werten der Dynamischen Komplexität zeigt. Es kam vergleichsweise nur zu wenigen Ess-Attacken.

Abbildung 2

«Heute hatte ich weniger Einsamkeitsgefühle»

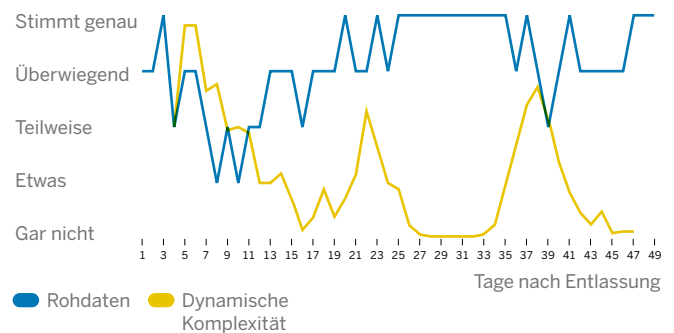
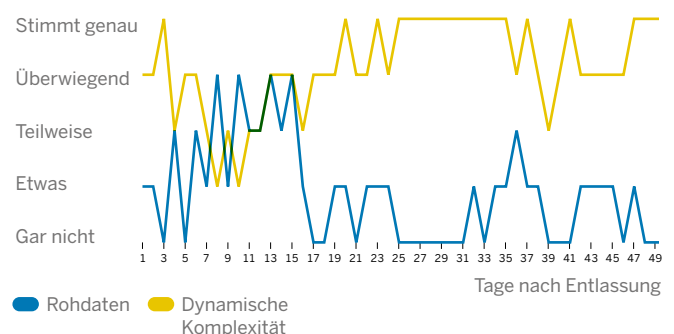


Abbildung 2 zeigt den Verlauf von Einsamkeitsgefühlen. Hohe Werte bedeuten wenig Einsamkeitsgefühle. Es zeigt sich, dass sich die Patientin nach Entlassung relativ stark einsam fühlte (Tage 4 bis 11), dass danach aber diesbezüglich eine Besserung eintrat. Und dies relativ stabil, was nur zwei grössere Schwankungen der Dynamischen Komplexität anzeigen. Die Patientin kommentierte dies im elektronischen Tagebuch, das hier aus Datenschutzgründen nicht dargestellt wird, dass sie wieder Kontakt zu einer ehemaligen Kollegin, mit der sie sich zerstritten hatte, aufgenommen habe und nun mit ihr wieder mehrmals im telefonischen Kontakt gewesen sei.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Ess-Attacken etwa gleichzeitig vermindern, wenn die Patientin sich weniger einsam fühlt. Dies wird im folgenden Diagramm (Abb. 3) durch den gegenläufigen Verlauf bereits nach Augenschein ersichtlich.

Abbildung 3

Gemeinsame Darstellung der Verläufe der Items zu «Ess-Attacken» (blau) und «weniger Einsamkeitsgefühlen» (gelb)

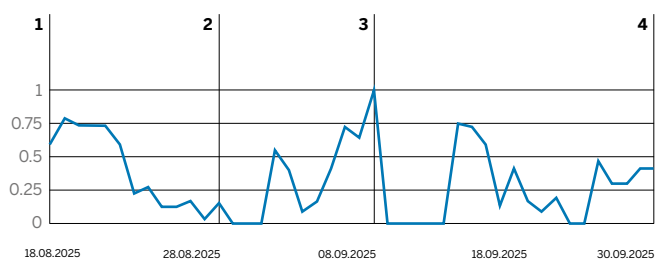


Dies hat unmittelbare therapeutische Implikationen. Das Thema der Einsamkeit kann mit ihr gezielt bearbeitet werden. Insbesondere kann aber datenbasiert aufgezeigt werden, wie ihr Essverhalten unmittelbar mit bestimmten Emotionen in Zusammenhang steht. Ziel ist hier eine Entkopplung von Gefühl und Nahrungsaufnahme.

Das SNS hilft hier zur grafischen Veranschaulichung, indem die Zusammenhänge in Form von Korrelationen über die Zeit aufgezeigt werden können.

Abbildung 4

Zusammenhänge der beiden Items im Verlauf



Um diese Fluktuationen, die ein Stabilitätsmass darstellen, anschaulicher zu machen, lässt sich im SNS auch eine Farblankarte aufrufen, welche die Komplexitätsentwicklung der Items visualisierbar macht. Aus diesen sogenannten Komplexitäts-Resonanz-Diagrammen geht hervor, welches Item wann welche Komplexität aufweist und auch welche Zeitreihen synchron oder zeitversetzt eine erhöhte Komplexität realisieren. Dies lässt einige Schlüsse auf kausale Zusammenhänge zu. Das wird hier in Abbildung 5 veranschaulicht.

Abbildung 5

Dynamische Komplexität

Fragebogenitems



Das bunte Bild zeigt auf der Ordinate die beiden Items Ess-Attacken und Einsamkeitsgefühle. Auf der Abszisse ist die Zeit abgetragen, d. h. in diesem Fall die Erhebungen an den 49 Tagen, an denen der Fragebogen ausgefüllt wurde. Jedes Kästchen bedeutet also die Antwort auf eine Frage an einem gegebenen Tag (Zeile 1 Ess-Attacken, Zeile 2 Einsamkeitsgefühle). Die Farbskalierung zeigt, wie hoch die Schwankungen der einzelnen Items in dem gegebenen Gleitfenster von 7 Tagen jeweils waren. Blaue Kenn-

zeichnung bedeutet geringe Schwankung, gelbe bis rote Markierungen bedeuten hohe Fluktuationen rund um einen gegebenen Zeitpunkt. Im vorliegenden Fall zeigen sich initial nach Entlassung noch grössere Schwankungen, vor allem bei den Ess-Attacken. Bei genauerer Kenntnis des SNS kann durch diese Darstellung rasch festgestellt werden, ob sich die Patientin gemäss ihrer eigenen Angaben bezüglich der erhobenen Kriterien stabil fühlt oder nicht.

Den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Essproblematik hätte die Patientin vielleicht auch im Gespräch ohne Hilfsmittel zum Ausdruck bringen können. Nicht immer sind den Patientinnen aber die Zusammenhänge klar. Die Visualisierung lässt die Entwicklungen jedenfalls besonders deutlich erkennen. Diese können im Gespräch in Form eines Feedbacks wieder aufgegriffen und zu einem therapeutischen Schwerpunkt gemacht werden.

Diese Art von Monitoring erleichtert ein genaues Hinsehen auf Abläufe und Zusammenhänge aus Patientinnensicht und kann krisenhafte Entwicklungen aufdecken. Es mag sehr technisch anmuten. Deswegen sei betont, dass das SNS nur ein Hilfsmittel darstellt, das dazu dient, mit der Patientin datenbasiert ins Gespräch über das Erleben von Alltagssituationen nach der stationären Behandlung und dessen Zusammenhang mit der Essproblematik zu kommen. Die Patientinnen berichten oft, dass die tägliche Bilanzierung des Alltags, die sie mit dem SNS vornehmen, ihre Selbstwahrnehmung verbessert. Vor allem aber erleben sie es so, dass die auf Online-Daten basierende Präsenz der stationären Therapeutin für einen gewissen Zeitraum – etwa 6 Wochen – Sicherheit und Halt vermittelt. Damit wird die therapeutische Beziehung gestärkt, die bekanntermassen der stärkste Wirkfaktor von Psychotherapie ist.

Nach Einbezug einer ausreichenden Zahl von Patientinnen wird via Interview eine qualitative Analyse erfolgen, um einschätzen zu können, inwieweit das Verfahren als hilfreich bei der Rückfallprophylaxe erlebt wird. Über die Ergebnisse wird an dieser Stelle zu einem späteren Zeitpunkt berichtet.

Quellen

- AWMF S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (2018). https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026L_S3_Esstoeurung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf (awmf.org).
- Bundesamt für Gesundheit BAG (22.01.2025): Essstörungen. <https://www.bag.admin.ch/de/essstoerungen>.
- Caspar, F. (2025). Feedback im Psychotherapie-Training. Die Essenz jeglichen Fortschritts. *Psychother Psych Med.* 75:335-343.
- Kraus, B. (2014). Feedback in der Psychotherapie. Aktuelle Forschungsergebnisse und Diskussion. In: Sammet, I., Dammann, G., Schiepek, G. (Hrsg.). *Der psychotherapeutische Prozess.* Kohlhammer, Stuttgart.
- Schiepek, G. (2014). Das Synergetische Navigationssystem SNS. In: Sammet, I., Dammann, G., Schiepek, G. (Hrsg.). *Der psychotherapeutische Prozess.* Kohlhammer, Stuttgart.

Aadorfer Fachforum Psychotherapie 2025

GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE VON DEPRESSION UND ANGSTSTÖRUNGEN

«Eine Depression kommt selten allein – was ist mit der Angst?» Unter diesem Titel stand die jüngste Ausgabe des Aadorfer Fachforums Psychotherapie. In ihren äusserst informativen und wissenschaftlich fundierten Referaten gaben Prof. Dr. med. Annette Brühl und Prof. Dr. Borwin Bandelow einen umfassenden Einblick in die Komorbiditäten und Wechselwirkungen von Angststörungen und Depression. Einen besonderen Fokus legten beide auf die Therapie der Diagnosegruppen und beleuchteten dabei die Leitlinien im deutschsprachigen Raum sowie die Behandlung mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden und verschiedenen Psychopharmaka. Die zahlreichen Teilnehmenden nutzten dabei die Gelegenheit, um sich mit den Referierenden im Auditorium zu spezifischen Aspekten der Materie auszutauschen. Nach dem Pausen-Apéro traf man sich in Gruppen zu Workshops, um sich mit einzelnen Schwerpunkten noch genauer auseinanderzusetzen. ■



Führte durch den bestens besuchten Anlass –
Dr. med. Roland Kowalewski.



Prof. Dr. Borwin Bandelow vermittelt in seinem Referat spannende Studien und Behandlungsmethoden zu Panik- und Angststörungen.



Prof. Dr. med. Annette Brühl setzt sich mit Komorbiditäten und Wechselwirkungen zwischen Angststörungen und Depressionen auseinander.



Regel Fachexpert:innen-Austausch,
unter anderem mit Dr. med. Dr. rer.
nat. Steffen Stoewer und Dr. med.
Michael Braunschweig.



STATION OASE BIETET JETZT SPEZIALISIERTE BEHANDLUNG FÜR MÄNNER MIT ESSSTÖRUNGEN AN

Neben Frauen sind auch Männer und non-binäre Personen von unterschiedlichen Essstörungen betroffen – je nach Schwere mit intensivem Behandlungsbedarf. Um dem Rechnung zu tragen, baut die Station Oase der Privatklinik Aadorf ihr Angebot aus.

Die Anorexia nervosa ist eine häufige Erkrankung. Sie tritt nicht nur bei Frauen auf, sondern in ca. 20 % der Fälle auch bei Männern. In der Schweiz sind laut Bundesamt für Gesundheit etwa 0,2 % der männlichen Bevölkerung davon betroffen. In Fällen von schwerem Untergewicht besteht auch bei Männern die Indikation für eine intensive Therapie, wie sie im stationären Rahmen angeboten wird. Um diesem Versorgungsbedarf gerecht zu werden, erweitert die Station Oase der Privatklinik Aadorf ihr spezialisiertes Behandlungsangebot. Ab sofort steht die auf Essstörungen spezialisierte Station auch männlichen Patienten zur Verfügung.

Geschlechtsspezifische Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Symptome bei Männern, Frauen oder non-binären Personen ähneln sich in vielen Aspekten: Bestimmte Nahrungsmittel werden vermieden, die Kalorienzahl begrenzt und die Bewegung übermässig gesteigert. Dies hat einen bewusst herbeigeführten Gewichtsverlust mit niedrigem Body-Mass-Index zur Folge, der mit körperlichen Symptomen wie Müdigkeit, Schwindel und ernststen Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen und/oder Elektrolytentgleisungen einhergehen kann. Auch orthorektische

Motive, die aus dem übermässigen Wunsch nach einer gesunden Lebensweise resultieren und zu dysfunktionalem Essverhalten mit Gewichtsabnahme führen können, kommen nicht selten vor.

Die intensive Beschäftigung mit dem Körper haben die Geschlechter ebenfalls gemeinsam. Allerdings unterscheiden sich die Motive: Während es bei Frauen aus sehr unterschiedlichen Gründen überwiegend um das Thema «Dünnsein» geht, steht bei Männern die Reduktion des Körperfettanteils bei gleichzeitigem Streben nach Muskelaufbau im Vordergrund. Betroffene empfinden ihren Körper als zu schwächig, obwohl sie oft deutlich über dem Durchschnitt trainieren. Die übermässige Sorge, nicht muskulös genug zu sein, wird als Biggerexie oder Muskeldysmorphie bezeichnet. Sie führt zu strengen Diäten, exzessivem Krafttraining und manchmal zum Missbrauch von anabolen Steroiden. Das Streben nach einem leistungsfähigen Körper führt häufiger als bei Frauen zu einem sehr ausgeprägten Sportverhalten, manchmal zwanghaft mehrere Stunden täglich. Ist das Training nicht möglich, resultiert starke innere Unruhe. Leistungssportler sind überproportional häufig betroffen. Die Erkrankung geht oft mit Libido-



verlust und Testosteronmangel einher. Komorbide Erkrankungen sind Depressionen, soziale Ängste und Substanzmissbrauch. Schamgefühle und die Stigmatisierung als «Frauenkrankheit» können eine zeitnahe Inanspruchnahme von Hilfe behindern.

Das Behandlungsangebot auf der Station Oase

Die Station Oase verfügt über ein langjährig weiterentwickeltes Konzept zur Behandlung komplexer Essstörungen. In der Therapie von Männern, so weit sie an Sport- und Muskelsucht leiden, werden besondere Schwerpunkte auf das Körperbild sowie die Einstellung zum Sport, das Thema Selbstwert und den Aufbau alternativer Verhaltensweisen und Einstellungen gelegt.

Weitere Grundpfeiler unserer Behandlung umfassen:

- **Individuelle Psychotherapie:** Tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Einzeltherapie zur Aufarbeitung der zugrunde liegenden Konflikte, Steigerung des Selbstwerts und Entwicklung eines gesunden Körperbildes.
- **Spezifische Gruppentherapieangebote:** Geschlechtergetrennte und geschlechtergemischte Gruppen zu Themen wie Körperwahrnehmung, Emotionsregulation, Umgang mit Leistungsdruck und soziale Kompetenzen.
- **Strukturierte Ernährungsberatung und -therapie:** Begleitete Mahlzeiten und individuelle Beratung zur Normalisierung des Essverhaltens und zum Aufbau einer gesunden, ausgewogenen Ernährung ohne sportbezogene Zwänge.
- **Körpertherapeutische Angebote:** Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Yoga und ergotherapeutische Massnahmen zur Förderung positiver Körperwahrnehmung jenseits von Leistungsdruck.
- **Systemische Einbeziehung:** Einbezug von Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen in den Therapieprozess.
- **Vor- und Nachsorge:** Engmaschige Vernetzung mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zur Sicherstellung eines nahtlosen Therapieverlaufs.



Zuweisung und Aufnahme

Wir behandeln Patientinnen und Patienten ab dem Alter von 16 Jahren. Neu bieten wir explizite Behandlungen für Männer mit den Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und weiteren spezifischen Essstörungen. Eine Zuweisung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist jederzeit möglich.

Kontakt und weitere Informationen

Privatklinik Aadorf
Station Oase
Leitung: Prof. PMU Dr. med. Isa Sammet
Fehrenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf

Telefon +41 52 368 88 88
i.sammet@privatklinik-aadorf.ch
www.klinik-aadorf.ch/angebot/essstoerungen

AGENDA

OPD-3 Grundkurs

Freitag, 20. Februar 2026 / Samstag, 21. Februar 2026,
9.00–18.00 Uhr, Privatklinik Aadorf, Aadorf

Sie möchten das Apropos mit spannenden **Fachartikeln und News**
aus der Privatklinik Aadorf in Zukunft per Mail erhalten?

Sie möchten stets bestens über unsere **Fachanlässe des
Aadorfer Fachforum Psychotherapie** informiert bleiben?

Dann melden Sie sich unter www.klinik-aadorf.ch
für unseren e-Newsletter an:



PRIVATKLINIK AADORF

Die Privatklinik Aadorf ist eine ärztlich geleitete Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Sie erfüllt den Leistungsauftrag des Kantons Thurgau und ist auf dessen Spitalliste aufgeführt.

Das Leistungsspektrum ist auf vier Fachgebiete fokussiert: Essstörungen, Adipositas, Depressionen / Angststörungen / Burnout sowie Psychotherapie 50+.

Die Klinik ist offen für Patientinnen und Patienten aus dem In- und Ausland.

Die Grundversicherung – auch für Ausserkantonale – ist ausreichend.

Vereinzelte Ausnahmen werden von der Klinik umgehend abgeklärt und rückgemeldet.

Klinik Aadorf AG
Fohlenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf
Tel. +41 (0) 52 368 88 88
Fax +41 (0) 52 368 88 99
www.klinik-aadorf.ch
info@klinik-aadorf.ch

ISO 9001 zertifiziert

SIWF-zertifizierte
Weiterbildungsstätte



Allgemein
Versicherte
Thurgau



Allgemein
Versicherte
anderer
Kantone



Halbprivat
Versicherte



Privat
Versicherte



Selbst-
zahlende
In- und
Ausland