

Schneider
Falkai · Maier



Psychiatrie 2020 plus

Perspektiven,
Chancen und
Herausforderungen



Psychiatrie 2020 plus

Frank Schneider
Peter Falkai
Wolfgang Maier

Psychiatrie 2020 plus

Perspektiven, Chancen und Herausforderungen

2., aktualisierte Auflage

Unter Mitarbeit von Juliane Amlacher

Mit 34 farbigen Abbildungen

 Springer

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc Frank Schneider
Universitätsklinikum Aachen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Universitätsklinikum Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Universitätsklinikum Bonn
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

ISBN-13 978-3-642-28088-7

ISBN 978-3-642-28221-8 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-28221-8

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011, 2012

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin
Projektmanagement: Dr. Astrid Horlacher
Projektkoordination: Michael Barton
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Gerade erschien Psychiatrie 2020, nun Psychiatrie 2020 plus: Wie angekündigt, haben wir den gesamten ursprünglichen Text im Jahr 2011 mit den Mitgliedern der DGPPN eingehend und sehr konstruktiv diskutiert. Daraus ist nun »plus« entstanden, ein Mehr zu dem, was war. Auf der DGPPN-Homepage wurden sehr viele Verbesserungsvorschläge gemacht, die nun vom Vorstand in der abschließenden Fassung konsentiert wurden. Psychiatrie 2020 plus, eine erweiterte und aktualisierte Auflage unserer Bestandsaufnahme und Vision für das Jahr 2020.

Kaum ein anderes medizinisches Fach hat eine derartig sprunghafte Entwicklung in dem letzten Jahrzehnt durchlaufen wie die Psychiatrie und Psychotherapie. Mit exzellenten Bildungsmöglichkeiten, molekulargenetischen sowie statistischen Methoden stehen uns seit Kurzem vielfältige Möglichkeiten zur Erforschung der Ätiologie, der Pathogenese und teilweise auch schon der Diagnostik zur Verfügung, dies alles verbunden mit dem traditionellen ganzheitlichen Ansatz der psychiatrischen Arbeit. Unser Fach bietet große Chancen, Patienten mit psychischen Erkrankungen zukünftig noch besser zu diagnostizieren sowie optimaler behandeln zu können. Parallel ist in der Folge der Psychiatrie-Enquête die Versorgung unserer Patienten deutlich verbessert worden. Gleichwohl ist ein zunehmender Behandlungsbedarf im Bereich psychischer Erkrankungen zu verzeichnen, der in den letzten Jahren zu einer verstärkten gesundheitsökonomischen Bedeutung führte. Umso wichtiger ist die Formulierung einer zukunftssträchtigen Vision mit konkreten Handlungsschritten für unser Fach und die gesamte Gesellschaft. Zuletzt hatte die DGPPN in einem Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung aus dem Jahre 1997 zu einer Fülle von fachlichen und gesundheitspolitischen Fragen umfassend Stellung genommen.

Die Erfolge der Psychiatriereform, wie z. B. der flächendeckende Aufbau von Tageskliniken und Institutsambulanzen, die Verkürzung der stationären Aufenthalte oder etwa der Ausbau des ambulanten Versorgungsangebots, u. a. mit sozialpsychiatrischen Diensten, Wohngemeinschaften, Tagesstätten und arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, haben das Bild der Psychiatrie nach innen wie nach außen entscheidend verändert. Diese positive Entwicklung brachte jedoch auch bedenkliche Auswirkungen mit sich: Die Rate von Wiederaufnahmen in den Kliniken ist deutlich angestiegen, und es gibt immer wieder Probleme der Patientenversorgung an der Schnittstelle ambulant-stationär. Auch der zunehmende Ärztemangel im Fach Medizin lässt unser Fach nicht unberührt. Zwar ist die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen – in kaum einer anderen ärztlichen Fachrichtung sind so viele junge und vor allem weibliche Ärzte tätig. Dennoch hat auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie an manchen Orten Probleme, Assistenzärzte für die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung zu gewinnen. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung in ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, ist dadurch gefährdet.

Die DGPPN nimmt die aus diesen Entwicklungen resultierenden Bedürfnisse sehr ernst. Neben der Erstellung neuer Versorgungsleitlinien oder im Qualitätsmanagement engagiert die Fachgesellschaft sich unverändert stark in der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik, insbesondere bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems. Auch die Positionierung zu wissenschaftlichen Ergebnissen und aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen ist uns stets

ein wichtiges Anliegen. Nicht zuletzt arbeitet die Fachgesellschaft intensiv an Konzepten zur Lösung der Versorgungsprobleme. Die kontinuierliche DGPPN-Nachwuchskampagne ist hier eine wichtige Initiative, die auch in den nächsten Jahren weitergeführt werden wird. Ziel ist es, 2020 den Nachwuchsmangel in unserem Fach beseitigt zu haben.

Die Fachgesellschaft erhält breite Beachtung und Unterstützung für diese wichtige Arbeit. Die wachsenden Mitgliederzahlen ermöglichen uns ein noch stärkeres Engagement nach innen und nach außen. Die Profilschärfung des Faches, die Weiterentwicklung des Facharztes, die Förderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen wie der psychosomatischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Beratung von Politik und Gesellschaft in Erforschung und Behandlungsmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sind wichtige Aufgaben, denen sich die DGPPN auch in der Zukunft zu stellen hat.

In der aktualisierten Auflage von Psychiatrie 2020 plus haben wesentlich die folgenden Kolleginnen und Kollegen mitgearbeitet, wofür wir ihnen sehr dankbar sind: Die Passagen zum Kapitel Elektrokonvulsionstherapie stammen von M. Grözinger (Aachen), von dem auch an vielen anderen Stellen wertvolle Hinweise gegeben wurden, Teile des Kapitels Forensische Psychiatrie von N. Konrad (Berlin), J. Müller (Göttingen) sowie T. Steinert (Ravensburg), Ergänzungen aus gerontopsychiatrischer Sicht stammen von V. Holthoff (Dresden) und W. Hewer (Rottweil), das Kapitel zur Psychopharmakotherapie haben neu konzipiert G. Gründer (Aachen) und T. Bschor (Berlin), das Kapitel Psychotraumatologie M. Driessen (Bielefeld) und H. Frommberger (Offenburg), das Kapitel Rehabilitation E. Grosch (Hannover) und K. Stengler (Leipzig) sowie Texte zur Versorgung schrieb A. Torhorst (Bad Tölz). Ebenso möchten wir uns bei allen anderen Mitgliedern der DGPPN für ihre positiven und motivierenden Rückmeldungen für unsere Vision des Faches bedanken.

Die vorliegende Publikation soll einerseits eine Übersicht über die Entwicklung unseres Faches der letzten Jahre, aber auch einen Ausblick auf die Vision der DGPPN für die Psychiatrie im Jahre 2020 geben. Unser Fach hat Zukunft – nutzen wir sie bestmöglich.

Frank Schneider, Aachen

Peter Falkai, Göttingen

Wolfgang Maier, Bonn

April 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Bedeutung psychischer Erkrankungen heute	1
1.1	Prävalenz psychischer Erkrankungen	2
1.1.1	Fallzahlen stationärer Behandlungen	3
1.1.2	Verweildauer	3
1.1.3	Fallzahlen ambulanter Behandlungen	5
1.2	Gesundheitsökonomische Aspekte	5
1.2.1	Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen	7
1.2.2	Gründe für Frühberentungen	8
1.2.3	Todesursachen und Suizid	8
1.3	Prognose psychischer Erkrankungen	10
2	Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen	13
2.1	Gegenwärtiger Stand der Forschung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie	14
2.1.1	Grundlagenwissenschaften in der Psychiatrie	14
2.1.2	Klinische Forschung/Therapieforschung	14
2.1.3	Epidemiologie und Versorgungsforschung	15
2.2	Neue Möglichkeiten der Diagnostik psychischer Erkrankungen	17
2.3	Therapie psychischer Erkrankungen	17
2.3.1	Psychopharmakotherapie	17
2.3.2	Psychotherapie	19
2.3.3	Psychotraumatologie	22
2.3.4	Elektrokonvulsionstherapie	23
2.4	Profil des Faches in der Forschung	23
2.4.1	Historische Entwicklung	23
2.4.2	Forschung mit klinischen Nachbardisziplinen	24
2.5	Forschungsförderung für Psychiatrie und Psychotherapie	26
2.6	Bedeutung und Rolle der pharmazeutischen Industrie	28
3	Versorgungssituation in Deutschland	31
3.1	Versorgungsbedarf	32
3.1.1	Hintergrund: Entwicklung der allgemeinen Ärztezahlen	32
3.1.2	Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie	34
3.2	Versorgungsbereiche	35
3.2.1	Stationäre Versorgung	35
3.2.2	Ambulante Versorgung	40
3.2.3	Forensische Psychiatrie und Psychotherapie	46
3.3	Versorgungsqualität	49
3.3.1	Versorgungsleitlinien	50
3.3.2	Routinedaten/Berichtswesen	52
3.4	Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie: Integrierte Versorgung	53
3.5	Rehabilitation	54
3.6	Pflege von Demenzkranken	56
3.7	Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker	57

4	Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	59
4.1	Ausbildung – Universitäre Lehre	60
4.2	Weiterbildung	61
4.3	Fortbildung	62
4.4	DGPPN-Zertifizierungen	62
4.4.1	DGPPN-Zertifizierungen für Fachärzte	64
4.4.2	DGPPN-Zertifizierung für Kliniken im Bereich Weiterbildung	64
5	Nachwuchsförderung im Fach	65
5.1	DGPPN-Initiativen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung	66
5.1.1	Ergebnisse der Umfrage zur Stellensituation in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken	66
5.2	Aktuelle Angebote der DGPPN-Nachwuchsförderung	68
6	Die DGPPN: Vertreterin von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland	71
6.1	Wissenschaft und Forschung	72
6.2	Gesundheitspolitische Aufgaben und Forderungen	74
6.3	Historische Verantwortung	75
6.4	DGPPN-Kongress	76
6.5	Gesellschaftspolitische Verantwortung	77
6.6	Organisationsstruktur der DGPPN	78
7	Zukunftsfach Psychiatrie – Herausforderungen und Ziele für 2020	81
7.1	Ziele für das Fach im Jahr 2020	82
7.1.1	Profilschärfung des Faches	83
7.1.2	Psychiater – zentrale Ansprechpartner für alle psychischen Erkrankungen	83
7.1.3	Weiterentwicklung des Fachgebietes und des Berufsbildes des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie	84
7.1.4	Forschungsförderung	85
7.1.5	Nachwuchsförderung	88
7.1.6	Strukturen der Zukunft	89
7.2	Ziele für die Fachgesellschaft 2020	90
7.3	Verantwortung der Politik	91
	Literatur	93

Bedeutung psychischer Erkrankungen heute

1.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen – 2

1.1.1 Fallzahlen stationärer Behandlungen – 3

1.1.2 Verweildauer – 3

1.1.3 Fallzahlen ambulanter Behandlungen – 5

1.2 Gesundheitsökonomische Aspekte – 5

1.2.1 Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen – 7

1.2.2 Gründe für Frühberentungen – 8

1.2.3 Todesursachen und Suizid – 8

1.3 Prognose psychischer Erkrankungen – 10

1.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen

Die besondere Situation der Psychiatrie und Psychotherapie ist heute vor allem dadurch geprägt, dass psychische Erkrankungen weltweit an Bedeutung gewinnen. Dies betrifft sowohl die Prävalenz verschiedener Erkrankungsbilder, die Nachfrage nach Diagnostik und Therapie als auch die gesundheitsökonomische Sicht. Der letzte Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahre 1998 mit dem Zusatzsurvey »Psychische Störungen« dokumentiert erstmalig, dass fast die Hälfte aller Menschen in Deutschland (42,6%) im Laufe ihres Lebens einmal eine psychische Erkrankung erleidet. Dabei sind Frauen mit 48,9% häufiger betroffen als Männer (36,8%) (Wittchen u. Jacobi 2004). Diese Lebenszeitprävalenzen bestätigen, dass das Auftreten psychischer Erkrankungen durchaus vergleichbar ist mit dem von körperlichen Krankheiten wie etwa dem Bluthochdruck, der in Deutschland zu den Volkskrankheiten zählt.

32,1% der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren erfüllen in einer 12-Monats-Prävalenz die Kriterien einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten treten darunter Angststörungen (12,6%), somatoforme Störungen (11%), depressive Störungen (8,8%) und Alkoholabhängigkeit (6,3%) auf (▣ Abb. 1.1). Zu beachten ist die aus demographischen Gründen zu erwartende steigende Zahl psychisch kranker älterer Menschen.

Derzeit ist ein neuer, durch die DGPPN (mit finanziertem Zusatzsurvey (psychische Erkrankungen) zum allgemeinen Gesundheitsweg des Robert Koch Instituts in Deutschland in Vorbereitung.

Eine jüngst publizierte Kombination von publizierten epidemiologischen Studien durch den European Brain Council (EBC) und das European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) zur Relevanz von neurologischen und psychischen Störungen in Europa (Wittchen et al. 2011, Gustavsson et al. 2011) zeigte, dass die Belastungen durch psychische und neurologische Erkrankungen bisher massiv unterschätzt wurden. Im Berichtsjahr waren demnach 38,2% aller Einwohner der EU (plus Schweiz, Norwegen, Island) an einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung erkrankt:

- Die häufigste neuropsychiatrische Störung sind dabei Kopfschmerzen, danach folgen

Angstkrankheiten, Schlafstörungen und unipolare Depression;

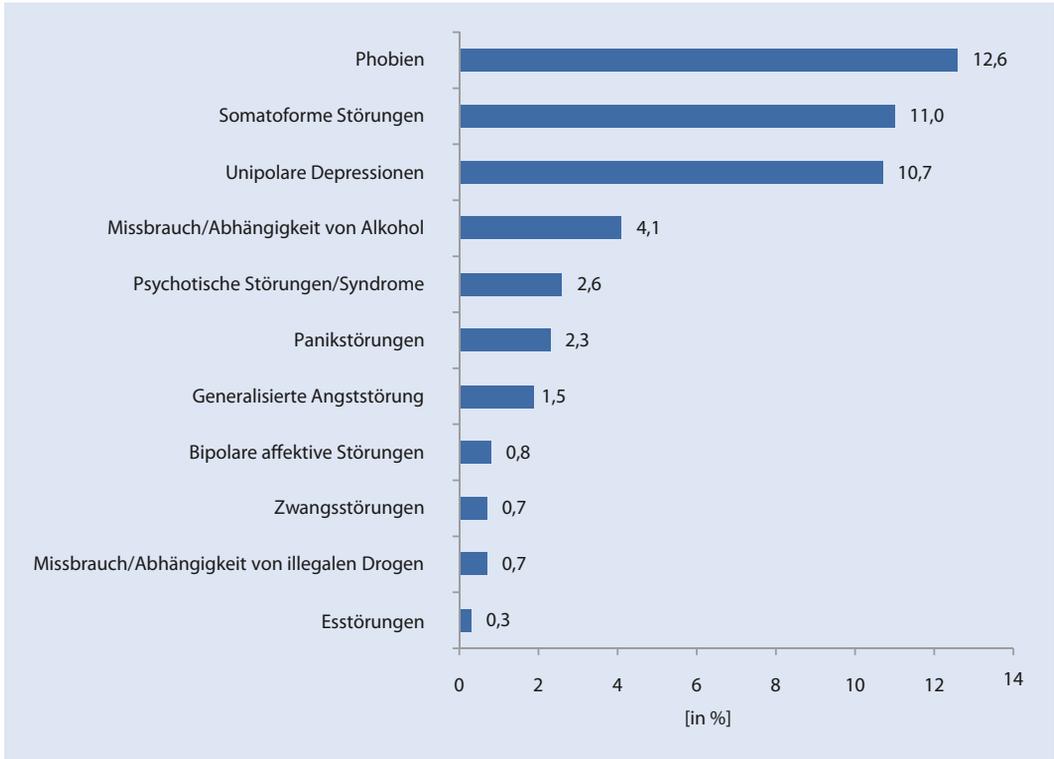
- die belastendsten unter den psychischen und neurologischen Erkrankungen (im Sinne des kumulativen Verlustes an qualitätsadjustierten Lebensjahren) sind unipolare Depressionen gefolgt von Alkoholkrankheiten, Demenzen und Schlaganfall;
- die teuersten (Gesamtkosten, direkte plus indirekte Kosten) affektive Störungen (inkl. unipolare Depression), gefolgt von Demenzen und Psychosen.

Die Zusammenschau der in dieser Studie ausgewerteten Daten zeigt zudem, dass psychische und neurologische Störungen zusammen für 26,6 Prozent der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten in der EU verantwortlich sind. Die vier am stärksten belastenden Erkrankungen sind demnach Depression, Demenzen, Alkoholabhängigkeit und Schlaganfall. Damit sind Erkrankungen des Gehirns vor Krebs und Herzerkrankungen die häufigsten und am meisten belastenden Erkrankungen.

Im Detail ergab der Survey weiterhin, dass

- höchstens ein Drittel aller Betroffenen in der EU irgendeine Therapie erhalten,
- die Behandlung meist erst Jahre nach Krankheitsbeginn startet und oft nicht den minimalen Anforderungen an eine adäquate Therapie entspricht,
- nur rund zehn Prozent der Therapien »minimal adäquat« sind,
- die Versorgung sich seit 2005 nicht wesentlich verbessert hat.

Im letzten Jahrzehnt hat sich sowohl durch beachtliche Erfolge in der Aufklärungs- und Antistigmatisierungsarbeit als auch in der Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen sehr viel getan. Die Gesellschaft geht spürbar offener mit psychischen Erkrankungen um, mehr und mehr Menschen mit psychischen Problemen entscheiden sich für bzw. bekennen sich offen zur Inanspruchnahme einer stationären oder ambulanten Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Nervenarzt oder einen Hausarzt. Dennoch stehen die Experten noch



■ **Abb. 1.1** Bedeutung psychischer Erkrankungen: 12-Monats-Prävalenzen für ausgewählte Diagnosen nach DSM IV. (Daten aus Jacobi et. al. 2004)

am Anfang, die Dimensionen der Häufigkeiten und Koinzidenzen psychischer Erkrankungen zu erfassen und zu erforschen.

Epidemiologische Untersuchungen der letzten Jahre sowie Statistiken der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger unterstreichen die Vielzahl der Dimensionen, die psychische Erkrankungen mit sich bringen. Einige dieser Bereiche sollen im Folgenden erörtert werden und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Wissenschaft, Politik als auch die Gesellschaft diskutiert werden.

1.1.1 Fallzahlen stationärer Behandlungen

Die Behandlungsfälle vollstationärer Patienten im Rahmen der ICD-10-Erkrankungsgruppe »Psychische und Verhaltensstörungen« nahmen von 1994 mit 770.514 Fällen bis zum Jahr 2008 mit 1.127.971

Fällen um 46,4% zu. Im Vergleich zu ausgewählten Krankheitsgruppen steht diese Gruppe somit an 2. Stelle der Erkrankungsgruppen mit dem größten zu verzeichnenden Zuwachs (■ Abb. 1.2). Hinzu gezählt werden müssen die Behandlungsfälle der Demenzerkrankungen, da viele Patienten mit Alzheimer Demenz und anderen Demenzen aufgrund von Kodierungsmodalitäten nicht eine »F-«, sondern eine »G-Diagnose« (G30.*) erhalten.

1.1.2 Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten in deutschen Krankenhäusern hat sich seit 1990 von 14,8 Tagen auf 8,1 Tage im Jahr 2009 verringert. Im selben Zeitraum sank die Verweildauer in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken von 50,9 Tagen auf 23,2 Tage (■ Abb. 1.3). Zwischen 1990 und 2008 stieg die Anzahl der Krankenhäuser

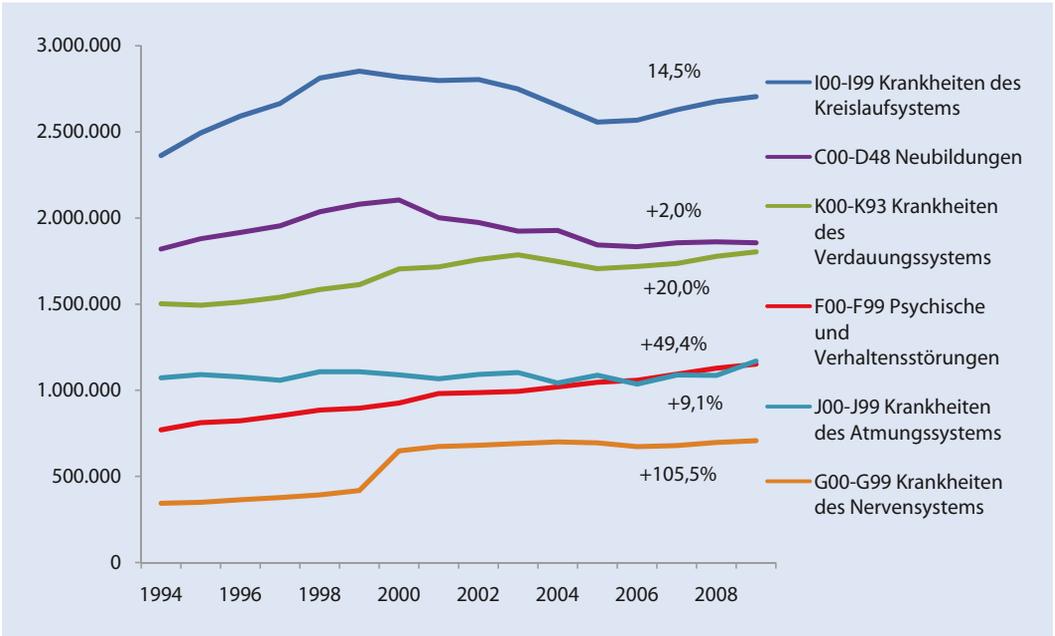


Abb. 1.2 Entwicklung der Fallzahlen vollstationärer Patienten der Krankenhäuser für ausgewählte Diagnosegruppen zwischen 1994 und 2009 (zusammengestellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes)

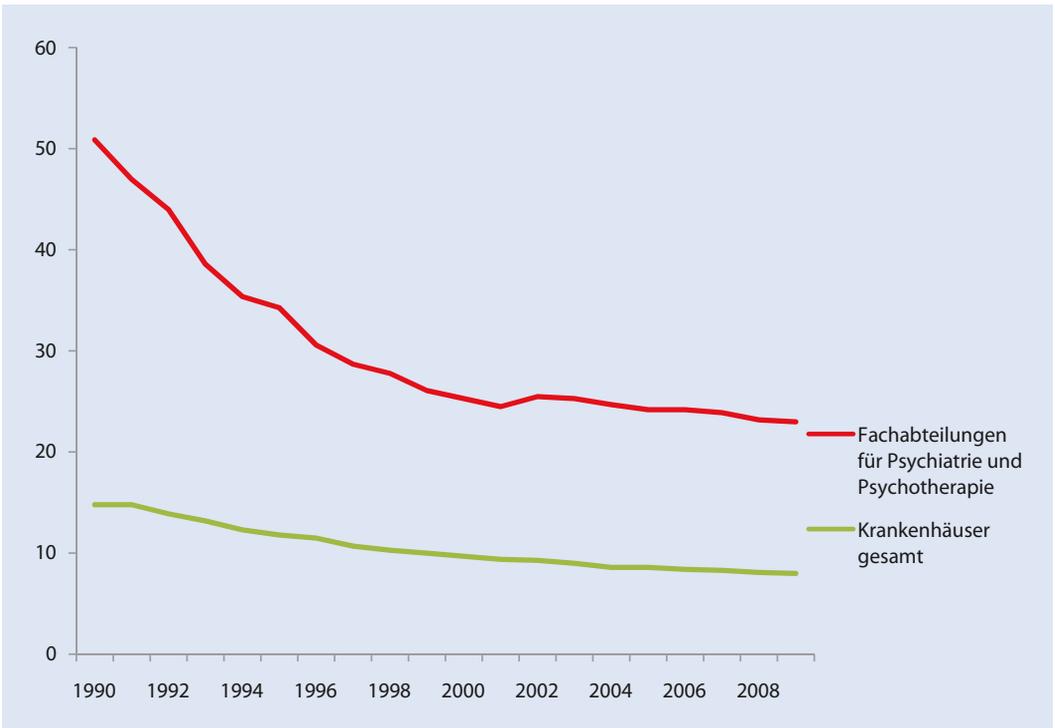
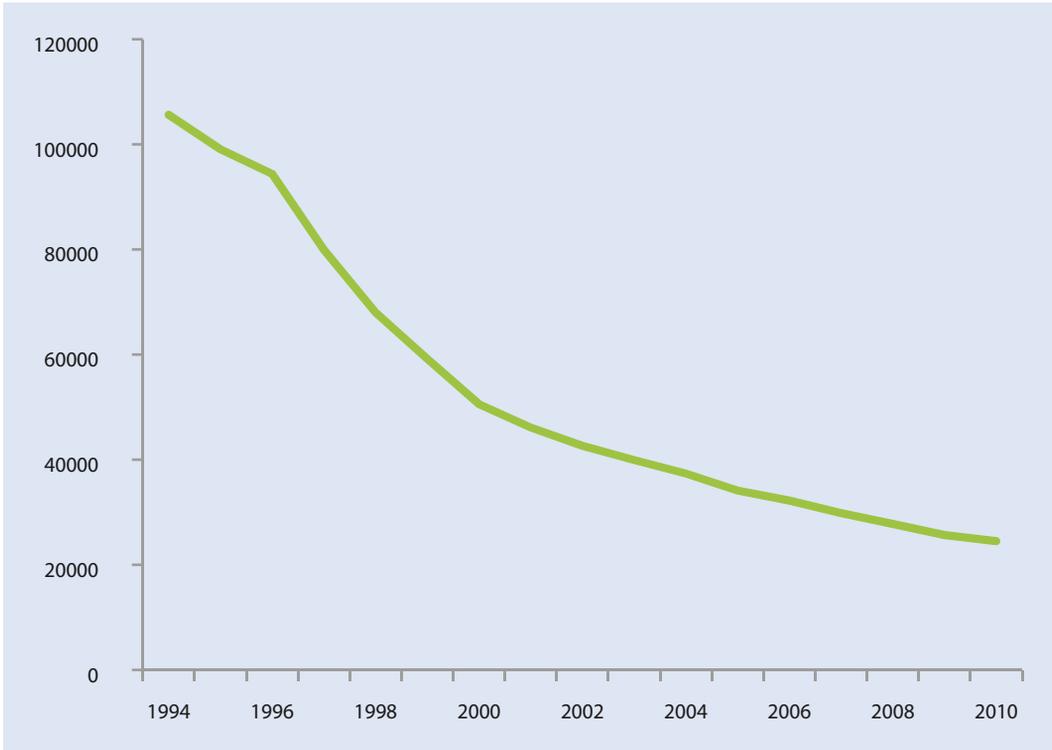


Abb. 1.3 Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten zwischen 1990 und 2009 (zusammengestellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes)



■ **Abb. 1.4** Entwicklung der Zahl der Einwohner je ambulant tätigem Facharzt für Psychiatrie bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zwischen 1994 und 2010 (zusammengestellt aus Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

leicht um 2,6% von 2.029 auf 2.083, die Zahl der psychiatrischen Fachabteilungen um 37,3% von 300 (1990) auf 412 (2008; Statistisches Bundesamt). Die Verkürzung der Behandlungsdauer psychischer Erkrankungen bleibt jedoch nach ersten Analysen nicht ohne Folge: Die Wiederaufnahmerate stieg an (Spießl et al. 2006). Genauere Untersuchungen sind notwendig, um die Auswirkungen einschätzen und gegensteuern zu können.

1.1.3 Fallzahlen ambulanter Behandlungen

Die Fallzahlen für ambulante Behandlungen von Patienten mit psychischen Erkrankungen sind bisher nicht ausreichend erfasst. Deutlich verbessert hat sich in den letzten Jahren das Verhältnis der Zahl der Einwohner pro ambulant tätigem Facharzt für Psychiatrie bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (■ Abb. 1.4). Die Leistungsdaten

der Kliniken zeigen, dass die Fallzahl bei sinkenden Bettenzahlen und sinkender Verweildauer gestiegen ist (■ Abb. 1.5).

1.2 Gesundheitsökonomische Aspekte

Krankheitskostenrechnungen setzen sich aus direkten und indirekten Kostenanteilen zusammen. Die direkten Kosten beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung (Krankenhausversorgung, ambulante Behandlung, Arzneimittelversorgung), einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen finanziellen Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und aller öffentlichen und privaten Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren.

Indirekte Krankheitskosten messen den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang ste-

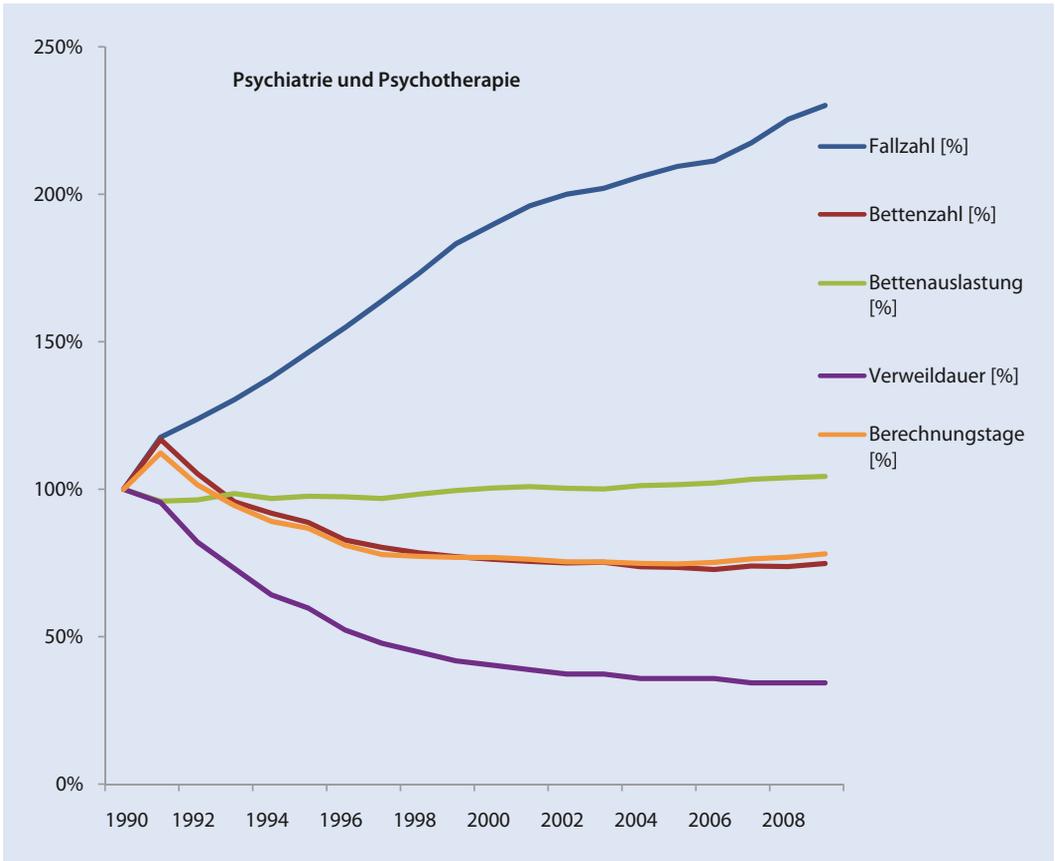


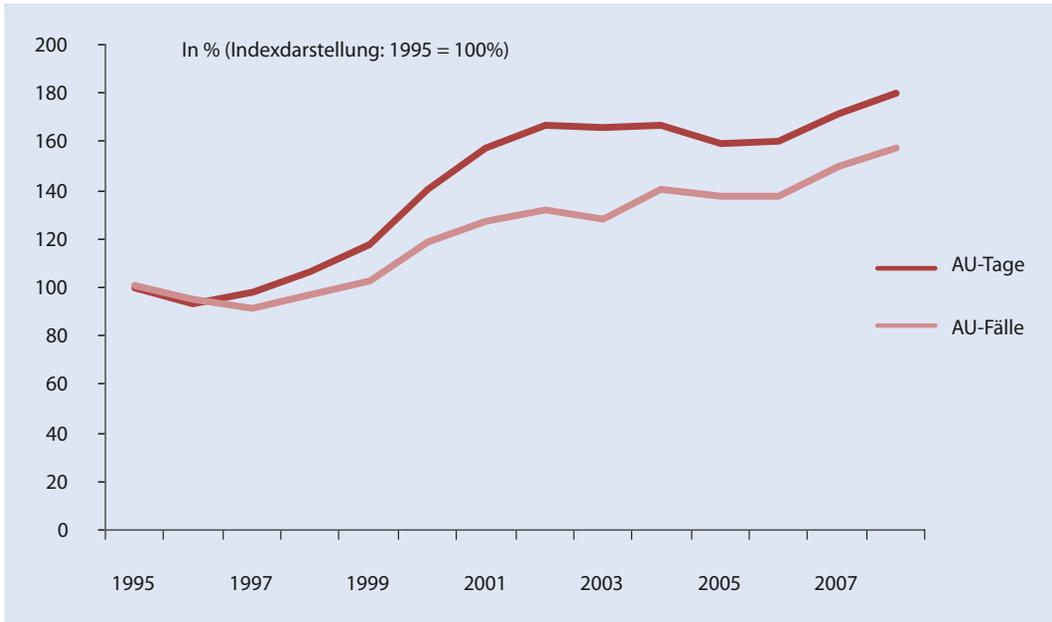
Abb. 1.5 Entwicklung der Leistungsdaten psychiatrischer Kliniken 1990–2009 (in Prozent; zusammengestellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes)

henden Ressourcenverlust. Dies sind in erster Linie die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervorgerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verluste, die in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nachgewiesen werden. Zu den indirekten Kosten sind auch die sog. intangiblen Kosten zu rechnen. Sie bilden die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie Schmerz oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität ab. Die öffentliche Krankheitskostenrechnung konzentriert sich meist auf die Darstellung der direkten Krankheitskosten.

Eine Studie des World Economic Forums in Davos und der Harvard University (World Economic Forum 2011) errechnete jüngst, dass psychische Erkrankungen (gemeinsam mit kardiovaskulären

Krankheiten) als teuerste Krankheiten (gemessen am Ausfall der nationalen Produktivität bzw. Bruttosozialprodukt) für den Zeitraum 2010–2030 gelten müssen. Diese Aussage ist weltweit gültig, insbesondere in den entwickelten bzw. Industrienationen.

Erhebungen des Statistischen Bundesamtes für Deutschland belegen, dass im Jahr 2008 die direkten, durch psychische und Verhaltensstörungen verursachte gesamtgesellschaftliche Kosten (Statistisches Bundesamt 2009a) knapp 28,7 Mrd. € betragen. Für gut die Hälfte dieser Kosten waren allein zwei Diagnosen verantwortlich: Demenzerkrankungen mit 9,4 Mrd. € Ausgaben und Depressionen mit 5,2 Mrd. €. Im Zeitraum von 2002–2008 sind die Kosten durch psychische Erkrankungen besonders stark gestiegen: Mit 5,3 Mrd. € war die Zunahme



■ **Abb. 1.6** Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen 1995–2009, AOK-Mitglieder (erstellt nach Flintrop 2009)

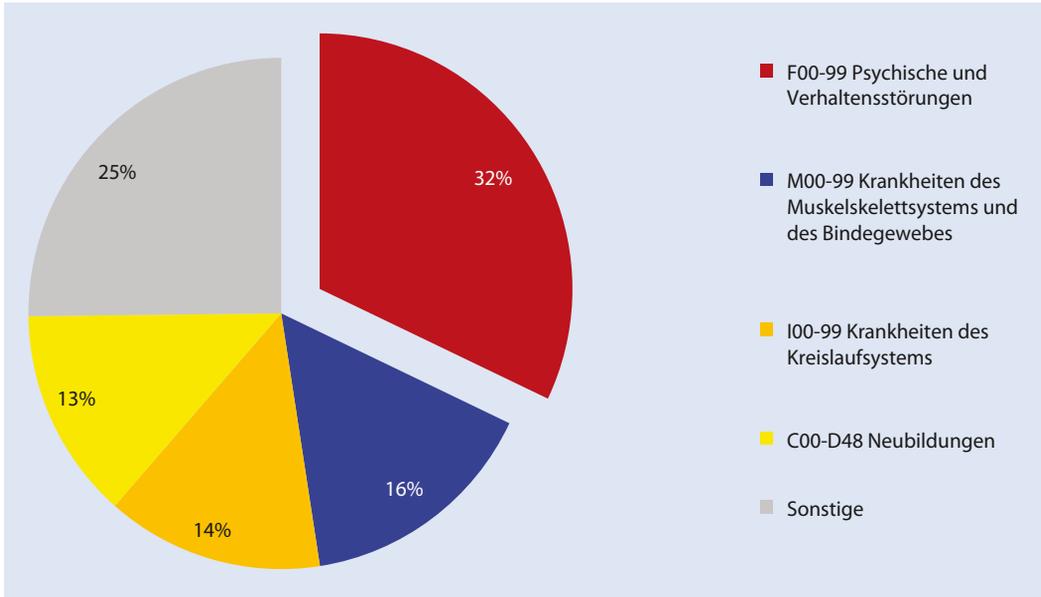
höher als bei allen anderen Krankheitsarten. Allein bei Demenz und Depressionen erhöhten sich die Kosten in diesem Zeitraum um zusammen 3,5 Mrd. € bzw. 32%. Insgesamt sind die Krankheitskosten seit 2002 um 35,5 Mrd. € angestiegen (+ 16%) und lagen im Jahr 2008 bei 254,3 Mrd. €. Psychische und Verhaltensstörungen waren dabei die Krankheitsgruppe mit den dritthöchsten Kosten. Noch höhere Kosten wurden 2008 lediglich durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (37 Mrd. €) und Krankheiten des Verdauungsystems (34,8 Mrd. €) verursacht.

Psychische Erkrankungen verursachen jedoch in hohem Maße indirekte Kosten in Milliardenhöhe der gesundheitsökonomischen Gesamtlast, z. B. durch Arbeitsunfähigkeitstage und Fehlinanspruchnahme ambulanter ärztlicher Behandlung oder durch Frühberentungen.

1.2.1 Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen

Während die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im Gesamtdurchschnitt in den letzten Jahren deutlich gesunken ist, ist der Anteil der Arbeitsunfähigkeits-

tage durch psychische Erkrankungen in den letzten 15 Jahren um 70–80% gestiegen (■ Abb. 1.6). Bereits heute stehen psychische Erkrankungen an 4. Stelle der Gründe für Arbeitsunfähigkeit (Wissenschaftliches Institut der AOK 2010, WiDO). Dies dokumentiert die Beobachtung, dass immer mehr Menschen heutzutage aufgrund psychischer Erkrankungen ihre Arbeit nicht mehr ausüben können. Hierfür gibt es jedoch mehrere Erklärungen. Psychische Überlastungen hängen eng zusammen mit den Anforderungen der modernen Arbeitswelt, welche immer öfter gekennzeichnet sind durch Stress, Druck oder Mobbing am Arbeitsplatz. Immer mehr Menschen suchen Ärzte auf und trauen sich, ihre psychische Belastung mitzuteilen. Umso wichtiger ist die Zusammenarbeit von Betriebsärzten, behandelnden Hausärzten und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie auch Psychologischen Psychotherapeuten, um Patienten mit psychischen Erkrankungen umfassend und ohne Verzögerung unterstützen zu können und ihnen den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag zu erleichtern. Jedoch ist die Ursache für den Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage (AU) aufgrund psychischer Erkrankungen noch nicht vollständig verstanden.



■ **Abb. 1.7** Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2009 nach Häufigkeit der Diagnosegruppen (erstellt aus Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund 2011)

1.2.2 Gründe für Frühberentungen

Chronische Krankheiten führen in der gesetzlichen Rentenversicherung seit Jahren am häufigsten zur Frühberentung. Dies spiegelt ein verändertes Krankheitsspektrum wider: Erfolgreiche medizinische Behandlungen haben Infektionskrankheiten zurückgedrängt. Der Anteil chronisch-degenerativer Krankheiten hingegen, welche die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen, hat zugenommen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die psychischen Erkrankungen, deren Anteil an den Frühberentungen einen bemerkenswerten Anstieg zu verzeichnen hat und im Jahr 2008 mit 30,4% die Hauptursache für Frühberentungen darstellte (■ Abb. 1.7). Vor allem bei Frauen sind psychische Erkrankungen inzwischen die Hauptursache für Frühberentungen. Insgesamt hat sich der Anteil von psychischen Erkrankungen an den Frühberentungen seit 1985 verdreifacht.

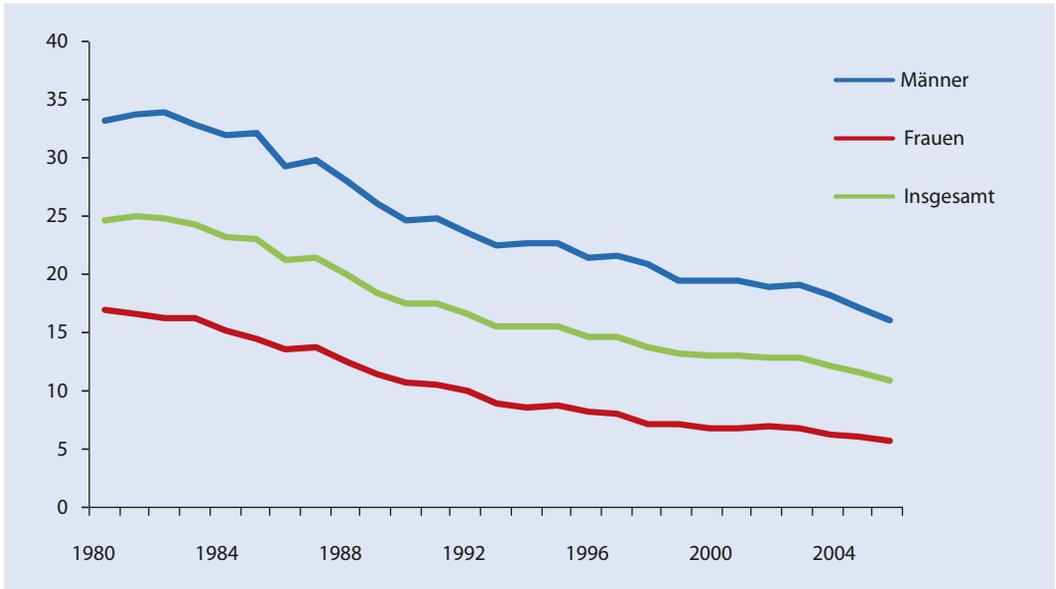
1.2.3 Todesursachen und Suizid

■ **Abb. 1.8** zeigt die Todesursachen im Jahr 2008, eingeordnet in die entsprechenden Erkrankungsgruppen (Statistisches Bundesamt 2008). Die für unser Fachgebiet relevante F-Gruppe stieg im Vergleich zu den beiden Vorjahren von dem 11. auf den 10. Rang. Die mit psychischen Erkrankungen zusammenhängenden Tode sind auch in anderen Klassifikationen aufgrund von Folgen sowie wegen komorbiden Erkrankungen zu finden. Die Dunkelziffer ist damit weitaus höher zu veranschlagen.

Die Rate der Suizide in Deutschland sank in den letzten 3 Jahrzehnten um 40% (■ Abb. 1.9). Damit ist die historisch niedrigste Suizidrate zu verzeichnen. Gründe für diese Entwicklung sind sicher die guten sozialen Sicherungssysteme, aber auch eine verbesserte psychiatrische Versorgung und die höhere Verordnungsrates bzw. verbesserte Verfügbarkeit von Antidepressiva. Ein ähnlicher Trend ist v. a. in osteuropäischen Staaten (z. B. Ungarn) zu verzeichnen. Jedoch ist die Anzahl vollendeter Suizide immer noch mehr als doppelt so hoch als die (ebenfalls sinkende) Anzahl von Verkehrstoten. Auch vergrößern psychische Erkrankungen nach



■ **Abb. 1.8** Gestorbene 2010, Todesursachen nach ICD-Klassifikation (erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes 2011)



■ **Abb. 1.9** Suizidrate in Deutschland seit 1980, Sterbefälle durch Suizid je 100.000 Einwohner (zusammengestellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes). (In Anlehnung an Rügenach 2007)

wie vor erheblich das Risiko für suizidale Handlungen. Zu den psychischen Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Suiziden stehen, zählen vor allem Depressionen, Schizophrenien, bipolare Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Die Suizidrate ist bei depressiv Erkrankten etwa 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Jedoch ist hinter den Statistiken eine weitaus höhere Dunkelziffer zu vermuten.

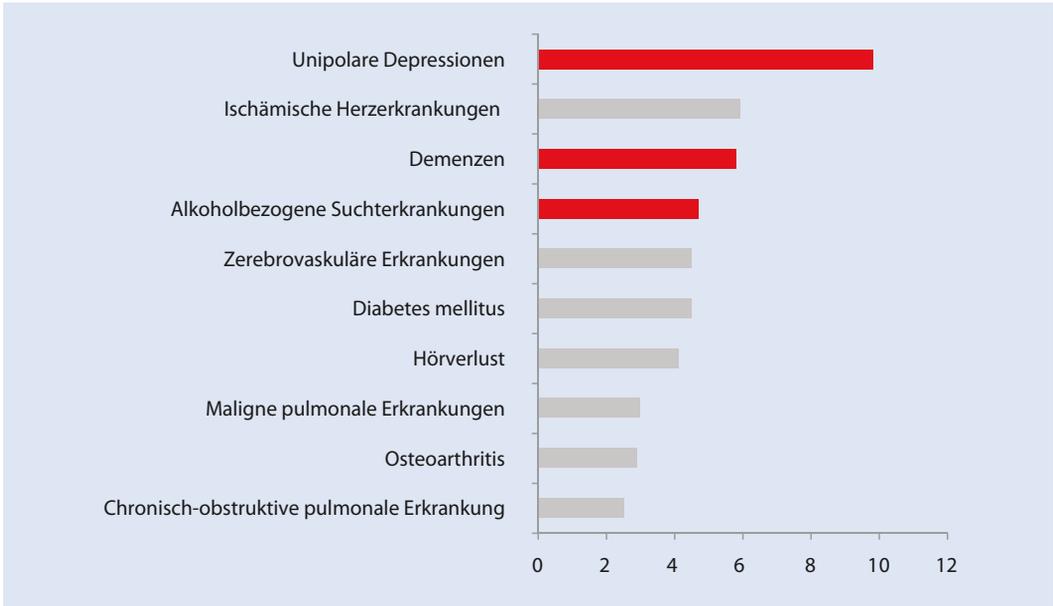
In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch eine Übersterblichkeit (Mortalität) aufgrund sog. natürlicher Todesursachen mutmaßlich um 10–15 Jahre verkürzt ist (Harris et al. 1998, Laursen et al. 2009, Saha et al. 2007). Auf die Konsequenzen dieser beunruhigenden Feststellung für die Krankenversorgung wird in Kap. 7 noch einmal eingegangen.

1.3 Prognose psychischer Erkrankungen

Die Entwicklungen der Fallzahlen, Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentungen sowie die daraus resultierenden Gesundheitskosten zeigen, dass

auch in Zukunft mit einem weiteren Anstieg des Behandlungsbedarfs psychischer Erkrankungen zu rechnen ist. Nach Hochrechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommen im Jahr 2030 in den industrialisierten Ländern 3 der 10 mit den stärksten Beeinträchtigungen (Global Burden of Disease) verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich Psychiatrie: Unipolare Depressionen, Demenzen und Alkoholbezogene Suchterkrankungen (■ Abb. 1.10).

Ernsthaft infrage zu stellen ist hingegen eine Prognose des Statistischen Bundesamtes, welche einen Rückgang der Krankenhausfälle im Bereich Psychiatrie mit 8% bis zum Jahr 2030 ermittelt; bei dieser Kalkulation wurden einfach die geschlechts- und altersspezifischen heutigen Inanspruchnahmeraten auf die für 2030 geschätzte Bevölkerung projiziert (Statistisches Bundesamt 2009b). Diese Hochrechnung geht an der besonderen Situation psychischer Krankheiten völlig vorbei. Unter anderem berücksichtigt sie nicht die kontinuierliche Steigerung der Fallzahlen (■ Abb. 1.2) die sich stetig verkürzende Verweildauer (■ Abb. 1.3), die die jährlichen Fallzahlen weiter erhöht, die Bemühungen um die Verringerung der erheblichen hohen Anzahl unbehandelter Menschen mit psychischen



■ **Abb. 1.10** Hochrechnung der World Health Organisation (WHO): Burden of Disease 2030 der Industrieländer für 12-Monats-Prävalenzen. (In Anlehnung an Mathers u. Loncar 2006)

Störungen, die Chronizität psychischer Störungen sowie die zu erwartende steigende Häufigkeit von Demenzen im hohen Lebensalter.

Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen, sind sowohl die kontinuierliche Erforschung der Ursachen und die weitere Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen als auch die Sicherstellung bestmöglicher Versorgung durch hochqualifizierte Ärzte unseres Faches von äußerster Wichtigkeit. Die DGPPN widmet sich intensiv diesen Kernbereichen der Forschung, Versorgung, Aus-, Weiter- und Fortbildung. In den folgenden Kapiteln werden die Fortschritte, Chancen und Herausforderungen für unser Fach genauer beleuchtet.

Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen

- 2.1 Gegenwärtiger Stand der Forschung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie – 14**
 - 2.1.1 Grundlagenwissenschaften in der Psychiatrie – 14
 - 2.1.2 Klinische Forschung/Therapieforschung – 14
 - 2.1.3 Epidemiologie und Versorgungsforschung – 15
- 2.2 Neue Möglichkeiten der Diagnostik psychischer Erkrankungen – 17**
- 2.3 Therapie psychischer Erkrankungen – 17**
 - 2.3.1 Psychopharmakotherapie – 17
 - 2.3.2 Psychotherapie – 19
 - 2.3.3 Psychotraumatologie – 22
 - 2.3.4 Elektrokonvulsionstherapie – 23
- 2.4 Profil des Faches in der Forschung – 23**
 - 2.4.1 Historische Entwicklung – 23
 - 2.4.2 Forschung mit klinischen Nachbardisziplinen – 24
- 2.5 Forschungsförderung für Psychiatrie und Psychotherapie – 26**
- 2.6 Bedeutung und Rolle der pharmazeutischen Industrie – 28**

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie hat sich im letzten Jahrzehnt durch neue Forschungsmethoden enorm weiterentwickelt. Es durchlief in diesem Zeitraum immense Erkenntnissprünge auf dem Gebiet der Entstehung, Diagnostik und Behandlung ihrer jeweiligen Erkrankungen und steht damit an vorderster Front der innovativen medizinischen Fachdisziplinen.

2.1 Gegenwärtiger Stand der Forschung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie

Bis vor Kurzem dominierte die Differenzierung nach biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Aspekten der Forschung. In den letzten Jahren haben sich diese Aspekte weiter ausdifferenziert, sodass sich derzeit folgende Hauptrichtungen ergeben:

- Neurobiologische, grundlagennahe Forschung
- Klinische Forschung mit einer pharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Ausrichtung
- Epidemiologische bzw. Versorgungsforschung

2.1.1 Grundlagenwissenschaften in der Psychiatrie

Die rasche Entwicklung von Forschungsmethoden in der Genomik (parallele Erfassung einer Vielzahl von genetischen und funktionellen Varianten) und Bildgebung haben unser Wissen über psychische Krankheiten in relativ kurzer Zeit enorm bereichert. So wurden auch neue Methoden in die Psychiatrie übernommen, so z. B. die genetische Epidemiologie, die systemischen Neurowissenschaften, funktionelles Neuroimaging, Genomic Imaging oder Proteomik. Ein erheblicher Erkenntniszuwachs resultiert auch aus der Entwicklung von innovativen Tiermodellen. Ein weiterer zukünftiger Entwicklungsschritt ist von der Stammzelltechnologie zu erwarten, mit welcher zellbiologische Modelle für psychische Erkrankungen entwickelt werden könnten.

Die Entwicklung von Forschungstechniken haben in unserem Fach schnell wachsende Möglichkeiten und Spezialisierungen entstehen lassen.

Es gilt, diese neu entstandenen Potenziale in neue Chancen für Patienten umzusetzen, v. a. zur Entwicklung neuer Therapien, was unter dem Begriff »translationale Forschung« zusammengefasst wird.

Damit erfordert wissenschaftliche Psychiatrie heute auch eine weitergehende technologische Methodenkompetenz, als es noch vor einigen Jahren notwendig war. Das Vorhalten moderner und sehr teurer Techniken ist dementsprechend mehr und mehr auf Zentren beschränkt, was eine Schwerpunktbildung im Bereich der Neurowissenschaften zur Folge hat. Auf der individuellen Ebene fordert diese Entwicklung vom neurowissenschaftlich orientierten Nachwuchs eine Spezialisierung in für die wissenschaftliche Psychiatrie relevanten Technologien oder Methoden. Die Psychiatrie muss es verstehen, sich kompetent und ggf. auch federführend in Verbünde medizinischer (z. B. mit human-genetischen, radiologischen, nuklearmedizinisch oder pathophysiologisch orientierten Themen), aber auch nichtmedizinischer Fächer (z. B. Psychologie, Biologie, Computational Neuroscience) zu integrieren, um an den erforderlichen Infrastrukturen partizipieren zu können. Nur dieses erlaubt es ihr, selber vernetzte Strukturen wie Forschergruppen oder Sonderforschungsbereiche zu beantragen und federführend zu leiten. Gleichzeitig sollte die Psychiatrie bei der neurowissenschaftlichen Erforschung komplexer psychischer Phänomene (z. B. Emotionen, Kognitionen, Persönlichkeitsmerkmale, Empathie, moralisches Verhalten) ihre traditionell hohe psychopathologische und phänomenologische Kompetenz auch zukünftig nutzen, den Untersuchungsgegenstand – auch jenseits immer noch heterogener nosologischer Kategorien – exakt zu beschreiben und zu spezifizieren, um so die Validität der Aussagen zu neurobiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen weiter zu erhöhen.

2.1.2 Klinische Forschung/Therapieforschung

Die zentrale Aufgabe unseres Faches ist die Weiterentwicklung und Anwendung von besseren Therapien und Präventionsstrategien für psychisch Kranke. Diesem Ziel muss die Forschung in unserem Fach vordringlich dienen. Die patientenbezo-

gene Forschung umfasst die Pharmakotherapie, die Psychotherapie sowie die Soziotherapie.

Für beide Säulen der Behandlung sind angesichts steigenden Bedarfs und hoher Chronifizierungsraten neue Strategien zu entwickeln und die verfügbaren Verfahren zu optimieren. Aber auch sozialpsychiatrische, gemeindenahere Forschung und Versorgungsforschung müssen – trotz der berechtigten Euphorie für grundlagennahe neurowissenschaftliche Forschung – viel stärker fortentwickelt werden.

Evidenzbasierte Medizin (EbM) gilt heute als allgemeinverbindlicher Standard. Die Evaluation innovativer Diagnostika und Therapeutika erfordert effiziente klinische Forschung, ebenso wie die Optimierung verfügbarer Verfahren. Die applizierten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren machen – falls sie den methodischen Erfordernissen der EbM genügen sollen – klinische Studien mit strikter biometrischer Planung, Durchführung und Auswertung nötig. Diese in den letzten Jahrzehnten teilweise in die Industrie verlagerte Kompetenz hat zu Verzerrungen in der Bewertung von Arzneimitteln geführt. Diese frühere Entwicklung muss korrigiert werden. Parallel hierzu hat sich die Psychotherapieforschung in den letzten Jahren den gleichen methodischen Maßstäben wie die pharmakologische Forschung erfolgreich gestellt. Neben Wirksamkeitsstudien zu klinisch etablierten Therapiemethoden müssen solche Psychotherapiemethoden weiterentwickelt werden, die den besonderen Bedingungen psychischer Erkrankungen und ihren komorbiden Störungen Rechnung tragen.

Für die Erfüllung dieser Aufgaben in der klinischen Therapie- und Diagnostikforschung bedarf es ebenfalls eines Repertoires an Kompetenzen, für die Planung und Durchführung kontrollierter Studien. Neben ausreichend praktisch-klinischer Erfahrung sowie ethischer Urteilskompetenz sind hier auch spezielle biometrische und IT-Fertigkeiten gefragt.

2.1.3 Epidemiologie und Versorgungsforschung

Weltweit ist erkannt worden, dass durch den wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin alleine

die Versorgungsangebote für Patienten nicht optimiert werden können. Die Analyse des Bedarfs, die ständige Verbesserung hinsichtlich Bedarfsanpassung von Versorgungsstrukturen, Versorgungsangeboten und Versorgungsstrategien (z. B. partizipative Therapieentscheidungen), die Implementierung von neu entwickelter medizinischer Kompetenz und von Erkenntnisfortschritten in die Praxis und die ökonomischen Konsequenzen werden durch gezielte Forschungsansätze nachhaltig unterstützt. Das entstehende neue Forschungsfeld der Versorgungsforschung baut auf den Methoden der klassischen, deskriptiven und analytischen Epidemiologie auf, die in der Psychiatrie der vergangenen 4 Jahrzehnte hervorragende Leistungen zu verzeichnen hat. In diesem Feld hat sich v. a. die sozialpsychiatrisch orientierte Forschung große Verdienste für die Verbesserung von Versorgungsangeboten und Lebensqualität chronisch Kranker erworben. Dies gilt es auszubauen.

Im Bereich der Versorgungsforschung gibt es in Deutschland noch keine klaren Strukturen für die Psychiatrie, wie sie z. B. in England oder in Frankreich vorhanden sind. Verschiedene Fördermaßnahmen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) haben v. a. auch in der Psychiatrie einen neuen, wachsenden Schwerpunkt gesetzt (z. B. spezifische Versorgungsforschungsprogramme, Kompetenznetze etc.). Wichtige Bereiche wie die Pharmakoepidemiologie und die Präventionsforschung stecken dabei noch in den Kinderschuhen (v. a. in Deutschland). Allerdings ist die hohe, unmittelbar praktische Relevanz evident. Die Einbindung einer breiteren Versorgungslandschaft (neben den universitären Kliniken und außeruniversitären Forschungseinrichtungen insbesondere die Praxen, Fachkliniken, Abteilungen und die weitere Versorgungslandschaft) in den Forschungsprozess eröffnet Chancen, ebenso die resultierenden Möglichkeiten der Politikberatung. Im internationalen Rahmen werden schon jetzt die deutschen Beiträge zur psychiatrischen Versorgungsforschung hochrangig publiziert.

Sektorenübergreifende Versorgungsforschung ist der DGPPN ein wichtiges Anliegen. Sie stellt einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker dar. Die DGPPN engagiert sich daher intensiv, um die Ver-

sorgungssituation von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Ebenso intensiviert werden sollte die Versorgungsforschung zu interdisziplinären Versorgungsmodellen, insbesondere im Bereich der Gerontopsychiatrie mit hoher Prävalenz von Komorbiditäten.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der DGPPN ist seit Jahren, einen gleichmäßigen, bedarfsgerechten und niederschweligen Zugang zu psychiatrischer Behandlung zu unterstützen. Hierzu bedarf es insbesondere einer aktiven Nachwuchsförderung, um auch zukünftig dem stetig steigenden Behandlungsbedarf durch genügend und bestmöglich qualifizierte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gerecht werden zu können.

Ebenso wichtig ist eine umfassende Analyse für eine zielgerichtete Bedarfsplanung und Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung. Die DGPPN hat schon frühzeitig evidenzbasierte Informationen vorgelegt, in welchen Bereichen einer psychiatrischen Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegengewirkt werden muss. Seit dem Jahre 2009 besteht hierzu mit Finanzierung der Bundesärztekammer ein Forschungsprojekt der DGPPN, bei dem erstmals eine sektorenübergreifende Analyse der Versorgungsinanspruchnahme aufgrund psychischer Erkrankungen auf der Basis der zusammengeführten Daten von drei Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund als Rehabilitations- und Rententräger erstellt werden wird. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen sind und bleiben in der Versorgungsforschung ebenso wichtig wie gesundheitsökonomische Fragestellungen. Als weiteren Beitrag zur psychiatrischen Versorgungsforschung entwickelt die DGPPN seit dem Jahre 2009 Qualitätsindikatoren – zunächst für die vier Hauptindikationen Schizophrenie, Demenz, Depression und Alkoholabhängigkeit –, um standardisierte Vorgehensweisen bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren einzuführen und diese sektorenübergreifend und flächendeckend in die Versorgungsforschung einzuführen.

Ethische Standards in der Forschung

Eine Berücksichtigung von ethischen Aspekten in psychiatrischer Forschung ist besonders in Anbetracht unserer historischen Verantwortung essenziell. Psychisch kranke Patienten, die bereit sind, an notwendiger Forschung teilzunehmen, sind grundsätzlich zu schützen. So muss durch strikte Befolgung ethischer Leitlinien in besonderem Maße aufgeklärt und müssen die Patienten in ihren Rechten bestärkt werden.

Ethisch vertretbar ist ein Forschungsprojekt nur, wenn es mit wissenschaftlich einwandfreier Methodik wissenserweiternde Erkenntnisse erwarten lässt. Ethisch nicht akzeptabel ist es hingegen, Patienten mit einer Forschungsintervention zu belasten, die aufgrund wissenschaftlicher Unzulänglichkeit kein eindeutiges Ergebnis erwarten lässt. Die Ziele jeder Studie stehen immer hinter dem Wohl des individuellen, teilnehmenden Menschen.

In der Berücksichtigung ethischer Standards orientiert sich die Medizin an den Vereinbarungen der Helsinki-Deklaration (2008) sowie an dem Schutzkriterien-Modell, welches in Europäischen Richtlinien, wie z. B. 1997 das Menschenrechtsübereinkommen des Europarates, und auch 1997 in der Stellungnahme »Zum Schutz nicht einwilligungsfähiger Personen in der medizinischen Forschung« der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer festgeschrieben wurde.

Die Selbstbestimmung der Patienten stellt einen unabdingbaren Grundsatz für die Teilnahme an Forschungsprojekten dar. Forschung an nicht einwilligungsfähigen Patienten (v. a. Kinder und Menschen mit fortgeschrittener Demenz) bedarf daher besonders intensiver ethischer Diskussion (Sartorius und Helmchen 2011).

2.2 Neue Möglichkeiten der Diagnostik psychischer Erkrankungen

Heutige verfügbare neue Technologien wie Hochdurchsatzverfahren (v. a. in der Genetik), Bioinformatik, Computational Neuroscience, Proteomik, Magnetresonanz-Hochfeldgeräte und die Positronenemissionstomografie erlauben es, auch neurobiologische Entsprechungen von differenzierten Bewusstseins- sowie Entwicklungsprozessen und humane Charakteristika (vielleicht sogar Persönlichkeitsdimensionen) abzubilden. Damit entwickelte sich zunehmend eine grundlagenorientierte Neurowissenschaft, die das Verständnis psychischer Erkrankungen vorantreibt und neue Therapieoptionen verspricht, so z. B. die Entwicklung neuer diagnostischer Ansätze bei demenziellen Erkrankungen und seinen Frühformen (MCI) im Bereich der Neuropsychologie, Bildgebung (z. B. PET) und Neurochemie. Diese neurowissenschaftlichen Methoden tragen, z. B. durch Visualisierung der Folgen traumatischer Erfahrungen in zerebralen Prozessen, dazu bei, den klassischen Gegensatz zwischen biologischer und psychologisch/geisteswissenschaftlichen Arbeitsrichtungen in der Psychiatrie aufzulösen. Diese Chancen der interdisziplinären und vernetzten Forschung gilt es zu nutzen.

2.3 Therapie psychischer Erkrankungen

Die Therapie psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten sichtbar verändert. Eine Besonderheit des Faches Psychiatrie innerhalb der medizinischen Fächer liegt in seiner Integration von Erkenntnissen der Geistes- und Sozialwissenschaften. Diese prägen die Psychiatrie und hatten auch auf die Therapie psychischer Erkrankungen über viele Jahre einen wichtigen Einfluss. Die aktuelle Entwicklung der biologischen Verfahren zur Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen hat den geisteswissenschaftlichen Blick zunehmend in den Hintergrund gedrängt. Dennoch ist und bleibt dieser gegenüber den somatischen Fächern einzigartig, indem er den Menschen in seiner Ganzheit betrachtet, und hat im Bereich der Psychopathologie eine hohe Tradition in unserem Land.

Von Betroffenen wird immer wieder das Subjektive jeder Erkrankung hervorgehoben. Dies gilt es in besonderem Maße in die Therapie einzubringen. Auch ist es ein hohes Ziel der DGPPN, in enger Verbundenheit mit den Verbänden der betroffenen Patienten sowie mit solchen von Angehörigen auf nationaler Ebene zu arbeiten. Die Versorgung psychisch Kranker wird dadurch deutlich gewinnen. Im Rahmen des von der DGPPN initiierten Aktionsbündnisses »Seelische Gesundheit« haben wir hierzu eine Plattform geschaffen, die es auszubauen gilt.

2.3.1 Psychopharmakotherapie

Pharmakologische Neuentwicklungen in den 1950er Jahre haben die psychiatrische Behandlung revolutioniert: Chlorpromazin als erstes Antipsychotikum, Imipramin und Iproniazid als erstes trizyklische bzw. MAO-hemmende Antidepressiva und Chlordiazepoxid als erstes Benzodiazepin. Bereits 1949 war die psychotrope Wirkung von Lithium (wieder) entdeckt worden. Die pharmazeutische Industrie, aber auch universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen haben in den seither vergangenen Jahrzehnten enorme Anstrengungen zur Erschließung neuer Indikationen und Wirkmechanismen von Psychopharmaka unternommen. Verbesserungen insbesondere der Verträglichkeit wurden erreicht. Ähnlich einschneidende Fortschritte wie im psychopharmakologischen Gründerzeit-Jahrzehnt konnten jedoch nicht mehr erzielt werden.

Die Psychopharmakotherapie war in den beiden letzten Jahrzehnten maßgeblich durch den Wechsel von einer kategorialen zu einer phänomenologisch orientierten Klassifikation psychischer Störungen geprägt. Dieser begann mit der Einführung des DSM-III 1980 bzw. der ICD-10 1994 und setzte sich im DSM-III-R (1987) und im DSM-IV (1994) fort. Dieser Trend wird mit der nächsten Revision des DSM, dem DSM-V (die im Mai 2013 vorgestellt werden soll) insofern weiterverfolgt, als eine dimensionale Ebene (»dimensional assessments« bzw. »cross-cutting assessments«) ergänzend hinzugefügt wird. Diese Dimensionen sollen die Beschreibung und quantitative Erfassung von Symptomkomplexen über nosologische Grenzen hinweg ermöglichen. Sie werden als diagnoseunspezifisch betrachtet, ihre Erfassung geht der Diag-

nosstellung in der Regel voraus. Beispiele sind depressive Stimmung, Angst, Substanzgebrauch oder Schlafstörungen.

Damit wird der Versuch unternommen, Ergebnissen der modernen genetischen und neurobiologischen Forschung gerecht zu werden; denn Ätiologie (Ursache und Risikofaktoren) und Pathophysiologie der verschiedenen psychischen Störungen halten sich nicht an die festgelegten strikten diagnostischen Grenzen. Sie legen ferner nahe, dass sich die klassischen Krankheitsentitäten, z.B. Schizophrenie, Depression oder Alkoholabhängigkeit, heterogenen neurobiologischen Funktionsstörungen entsprechen, die vielfach überlappen. Solche krankheitsbezogenen Hirnfunktionsstörungen werden heute als intermediäre Phänotypen (oder Endophänotypen) bezeichnet. Dabei wird (plausiblerweise) angenommen, dass diese biologischen Phänotypen näher am genetisch-biologischen Substrat einer Störung lokalisiert sind als die heterogenen psychopathologischen Diagnosen.

Auch die Wirkung von Psychopharmaka ist nicht auf diagnostische Grenzen eingengt, obwohl die Zulassungen durch die Arzneimittelbehörden meist auf diagnostisch definierte Indikationen begrenzt sind. Dabei war schon zu Beginn der Psychopharmaka-Ära vor 60 Jahren klar, dass z. B. Antipsychotika gegen psychotische Symptome bei den verschiedensten Störungen und nicht nur bei Schizophrenien wirken. Die psychiatrische Pharmakotherapie ist also primär syndrom- und weniger störungsspezifisch. Umgekehrt tragen aber beide Substanzgruppen ihren Namen schon längst nicht mehr zu Recht, ist doch die Wirksamkeit z.B. einiger der neueren Antipsychotika bei so heterogenen Störungen wie Schizophrenien, Manien, bipolaren und unipolaren affektiven Störungen sowie Angststörungen belegt. Das breite Wirkspektrum dieser Substanzen ist am ehesten durch ihre sog. »angereicherte« Pharmakologie begründet, d. h. sie binden an eine Vielzahl von Zielmolekülen und beeinflussen die unterschiedlichsten neurobiologischen Mechanismen, denen jeweils eine unterschiedliche Bedeutung bei verschiedenen Störungen zukommt. Im klinischen Alltag macht man sich dieses Prinzip intuitiv zunutze, indem man verschiedene Substanzen – oft aus der gleichen Stoffklasse – miteinander kombiniert. Da für dieses Vorgehen meist die

Datenbasis fehlt, kann man es auch als »irrationale Polypharmazie« bezeichnen.

Solange die Kenntnisse über gestörte neurobiologische Prozesse, die psychischen Störungen im Allgemeinen, insbesondere aber beim individuellen Patienten, zugrunde liegen, rudimentär sind, ist die erfolgreichste und risikoärmste Entwicklungsstrategie der pharmazeutischen Industrie, bereits zugelassene Substanzen mit einem breiten Rezeptorbindungsprofil in neuen Indikationen zu etablieren. Dies wird sich jedoch ändern. In Zukunft wird man psychische Störungen durch eine Komposition von Endophänotypen (und eventuell der für sie kodierenden Gene) und die dadurch bestimmten Funktionsstörungen beschreiben und die Therapie daran gezielt orientieren. Eine derart funktional definierte Störung wird dann notwendigerweise Ausgangspunkt für eine stärker individualisierte, an Endophänotypen orientierte Pharmakotherapie sein, die man »funktionale Psychopharmakotherapie« nennen kann (Gründer und Benkert, 2012). Führt man eine solche neurobiologische (und genetische) Charakterisierung auf individueller Ebene durch, so führt dies zu einer »rationalen Polypharmazie«, d.h. der einzelne Patient wird durch eine Kombination von Substanzen behandelt, die gegen die ganz spezifische Komposition von gestörten physiologischen Prozessen gerichtet ist. Ein solcher Ansatz wäre ein großer Schritt hin zu einer, auf den Bedarf des einzelnen Patienten zugeschnittenen Psychopharmakotherapie.

Der Weg zu einer an Hirnfunktionen statt an Diagnosen orientierten Psychopharmakotherapie motiviert zu neuen Wegen in der Arzneimittelprüfung und der Zulassungspraxis. Beide sind heute noch fast vollständig an den auf der klinischen Phänomenologie basierenden Systemen ICD und DSM orientiert. Diagnosen (auch in den zu erwartenden Versionen von ICD-11 und DSM-V) definieren heute längst nicht mehr die Erfordernisse in der Behandlung und in der Entwicklung neuer Wirkstoffe in der Forschung. Die ersten wichtigen Schritte in diese Richtung sind bereits unternommen. So befinden sich derzeit mehrere Arzneimittel in der klinischen Prüfung, die sich gegen kognitive Störungen, die mit schizophrenen Störungen assoziiert sind, richten. Damit wird erstmals das

Konzept »ein Medikament für eine Krankheit« bereits in der Phase der Arzneimittelprüfung aufgegeben. Ganz neue Herausforderungen ergeben sich jedoch durch die wahrscheinlich hohen Kosten einer solchen bedarfsorientierten Pharmakotherapie. Den Anspruch einer rationalen »funktionalen Pharmakotherapie«, die genetischen und neurobiologischen Ursachen psychischer Störungen zu definieren und die Pharmakotherapie daran so individuell wie möglich auszurichten, zu erfüllen, kann nur durch die Zusammenarbeit von Wissenschaft, Pharmaindustrie und Politik gelingen.

Für die Zukunft unseres Faches wird es darauf ankommen, die Ursachen dieses relativen Forschungsstillstandes genauer zu verstehen und zu überwinden. Erfolg wird am wahrscheinlichsten, wenn alle Beteiligten – Wissenschaftler, Kliniker, pharmazeutische Industrie, Patienten- und Angehörigenvertreter – diese Herausforderung als gemeinsame Aufgabe verstehen. Die pharmazeutische Industrie wird hierbei aufgrund ihrer Möglichkeiten und ihrer Erfahrung auch in Zukunft eine herausragende Rolle spielen und spielen müssen. Industrieunabhängige, zum Beispiel universitäre Forschung, ist aber parallel zu fordern und zu fördern, da die legitime Ausrichtung industrieller Forschung auf die Vermarktungsfähigkeit inhärent mit bestimmten Begrenzungen sowie Anreizen zu Fehlentwicklungen verknüpft ist. Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Pharmakotherapie ist ein spannendes und herausforderndes Feld. Die Ziele und Hoffnungen sind hierbei derzeit klarer als die Wege dorthin.

2.3.2 Psychotherapie

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland hat sich seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 deutlich verändert. Derzeit leisten in Deutschland ungefähr 6.900 ärztliche Psychotherapeuten die vertragsärztliche Versorgung. Dazu gehören Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tätigkeitsschwerpunkt Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde mit Zusatztitel Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik bzw. psychotherapeutische Medizin und Allgemeinärzte und andere Fachärzte mit Zusatz-

weiterbildung Psychotherapie (Bundesarztregister der KBV 2010), die knapp 1,9 Mio. psychisch kranke Patienten betreuen. Hinzukommen die stationär tätigen sowie die niedergelassenen Psychiater ohne reinen Arbeitsschwerpunkt Psychotherapie, welche ebenfalls psychotherapeutische Behandlung leisten.

Dem gegenüber stehen knapp 13.400 ebenfalls an der vertragsärztlichen Behandlung dieser psychisch kranken Patienten beteiligte Psychologische Psychotherapeuten. Ein wesentlicher Teil psychisch Kranker – fallbezogen ungefähr 40% – wird zudem durch den Hausarzt bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin behandelt, der im eingehenden therapeutischen Gespräch die psychiatrische und psychosomatische Grundversorgung durchführt, den Patienten zu einer erfolgreichen Krankheitsbewältigung anleitet, einschließlich der Behandlung solcher Probleme, die aus Interaktionen von körperlichen und seelischen Erkrankungen entstehen. Fachgebundene Psychotherapie bieten beispielsweise auch Frauenärzte oder Hautärzte, die sich vor allem mit dem Auftreten psychischer Beschwerden bei spezifischen körperlichen Erkrankungen beschäftigen. Ebenfalls in dem Feld tätig sind noch weitere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Pädagogen, Theologen und Heilpraktiker. Die Psychotherapieversorgung wird also von einer Vielzahl unterschiedlichster Akteure wahrgenommen, was zu einer erheblichen Unübersichtlichkeit des Versorgungsangebots für die Betroffenen und deren Angehörigen, aber auch zu teilweiser fehlender Qualität führt. Es sollte nicht von Psychotherapie gesprochen werden, wenn die Anbieter nicht Ärzte oder Psychologen sind. Die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung ist inzwischen mehrfach belegt (z.B. Albani et al. 2010a, 2010b) und liegt sogar höher als die von kardiochirurgischen Bypass-Operationen (Howard & Orlinski 1994, Lutz 2003).

Methoden der psychotherapeutischen Versorgung

Richtlinienpsychotherapie

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedete 1967 erstmals Psychotherapierichtlinien. Die eingeführten Richtlinien-Verfahren für analytische Psychotherapie und tiefenpsycholo-

gisch fundierte Psychotherapie stellen die Grundlage der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung. Im Jahr 1987 erfolgte die Erweiterung der Behandlungsverfahren durch Zulassung der Verhaltenstherapie für die psychosomatische Grundversorgung. Mittels dieser Psychotherapie-Richtlinien werden wissenschaftlich fundierte Verfahren, Methoden und Techniken definiert und erläutert. Ärzte mit einer Weiterbildung in einem der drei genannten Richtlinien-Verfahren sowie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nach diesen Richtlinien psychotherapeutische Leistungen erbringen, sofern sie eine Zulassung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) innehaben. Die Psychotherapie-Richtlinien werden seither kontinuierlich im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) weiterentwickelt.

Die störungsorientierte Psychotherapie

Richtlinienverfahren sind nicht auf die Bedürfnisse vieler psychiatrischer Patienten zugeschnitten: Mit einem zeitintensiven Antragsverfahren, zeitlicher Befristung, einem verfahrensorientierten, nicht störungsorientierten Ansatz erlauben sie wenig Flexibilität im therapeutischen Vorgehen und sehen keine Einbindung in einen multimodalen Therapieansatz vor. Es mangelt an Psychotherapiemethoden, in denen die grundsätzlichen Anforderungen der ambulanten Behandlung akut, besonders schwer und/oder chronisch erkrankter Patienten abgebildet sind, und in denen die grundsätzlichen Anforderungen der stationären Akutbehandlung abgebildet werden.

Gerade die Psychotherapie von schwer psychisch kranken Menschen bringt einige Besonderheiten mit sich:

- Sie sind oft in extremen existenziellen und interpersonellen Situationen
- Es gibt vielfältige Krankheitsbilder mit hoher psychiatrischer und somatischer Komorbidität
- Sie weisen eine sehr eingeschränkte Coping-Kompetenz auf
- Es besteht oft dringender Behandlungsbedarf
- Patienten zeigen z. T. kognitive Funktionsstörungen
- Bei der Behandlung sind die Wirkungen der verordneten Medikation zu berücksichtigen

In den letzten Jahren hat sich in der ärztlichen Psychotherapie neben der verfahrensorientierten Psychotherapie eine »störungsorientierte« Psychotherapie etabliert, welche durch eine gezielte Kombination von Therapieelementen auf die Besonderheiten spezifischer Patientengruppen eingeht. Mittlerweile wurden für mehrere Erkrankungsfelder störungsspezifische Methoden entwickelt:

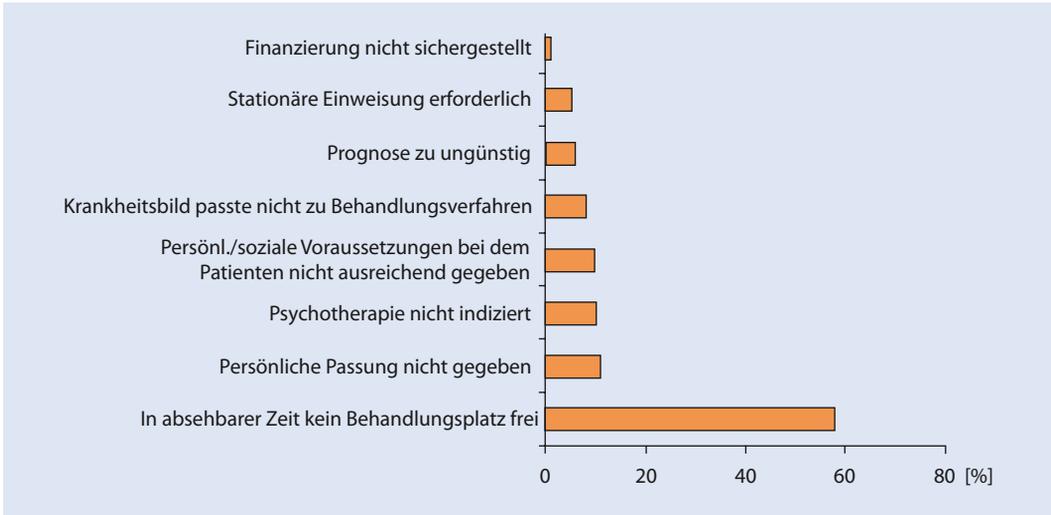
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT) für die Behandlung der akuten Depression
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASB) für die Behandlung der chronischen Depression
- Dialektisch-Behaviorale Therapie, die Schema-fokussierte, die Mentalisierungs-basierte und die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Motivation zur Psychotherapie kann nicht durchgehend vorausgesetzt werden.

Zudem hat die DGPPN in Zusammenarbeit mit Experten aus insgesamt 28 Fachgesellschaften und Organisationen sowie Vertretern von zwei Patientenorganisationen im Jahr 2009 gemeinsam die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL)/S3-Leitlinie »Unipolare Depression« veröffentlicht. Durch die enge Kooperation konnten evidenzbasierte Grundlagen und Praxisanforderungen für die Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen unter Einbezug von störungsspezifischen Methoden optimal verbunden werden.

Aktuelle Herausforderungen der ärztlichen Psychotherapie

Gerade die ärztlichen Psychotherapeuten mit ihrer Sozialisation im Medizinsystem und damit der Behandlung von schwer multimorbid und lebensbedrohlich Erkrankten, ihrem biopsychosozialen Verständnis von psychischen Erkrankungen sowie beispielsweise ihrer Befähigung zur Verordnung von Medikamenten oder zu Krankenhauseinweisungen können eine umfassende und lückenlose Therapie psychisch Erkrankter sicherstellen.

Neben der Vielfalt der in die Versorgung eingebunden Berufsgruppen und der unterschiedlichen Honorierung ihrer Tätigkeit bestehen auch Unterschiede in der regionalen Versorgung von psychisch Kranken. Während in Großstädten sowie



■ **Abb. 2.1** Gründe für die Nichtaufnahme psychotherapeutischer Behandlungen. (Bühning 2003)

in Universitätsstädten die Versorgung in der Regel gesichert ist, sind ländliche Regionen sowie gerade solche im Osten Deutschlands z. T. stark unterversorgt. Ähnliches gilt für flankierende Angebote wie beispielsweise sozialpsychiatrische Dienste oder betreute Wohn- und Beschäftigungsangebote. Auch soziale Ungleichheiten sind zu verzeichnen. Besonders Patienten, die chronisch krank und sozial benachteiligt sind, oder älter bis hoch betagt sind, haben das Nachsehen. Eine aktuelle Untersuchung der BARMER GEK verdeutlicht diese Versorgungsproblematik. Während depressive Erkrankungen in Stadtstaaten und Bayern eine deutliche höhere Prävalenz aufweisen, sind hier östliche Regionen in der Morbiditätsstatistik unterdurchschnittlich vertreten. Dies korreliert direkt mit der Psychotherapeutendichte (BARMER GEK 2011). Eine andere Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nach Altersgruppen zeigte, dass der Anteil älterer Menschen an Psychotherapiepatienten nur bei 6% liegt (Melchinger 2011). Die Gründe für die Nichtaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung sind vielfältig. Ganz vorne steht jedoch das Problem, dass kein Behandlungsplatz frei ist (■ Abb. 2.1). Die Wartezeiten für eine ambulante Psychotherapie liegen derzeit für 60% der Patienten bei bis zu 4 Monaten, für 23% der Patienten bei bis zu 6 Monaten.

Aktuelle Herausforderungen der ärztlichen Psychotherapie werden v. a. bestimmt durch folgende Punkte:

- Notwendiger Einbezug von störungsspezifischer Psychotherapie neben der Richtlinienpsychotherapie
- Vielfalt der psychotherapeutischen Konzepte
- Ärztemangel: Ärztliche psychotherapeutische Versorgung ist nicht mehr gewährleistet
- Große Zahl Psychologischer Psychotherapeuten seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes
- Unterschiede in Leistungsvergütung und Ausgabenanteilen: Sie erschweren die Entscheidung des ärztlichen Nachwuchses für ambulante Psychotherapeutentätigkeit
- Anerkennung und Wertschätzung psychiatrischer »Basis-Psychotherapie«, die bei jedem Arztkontakt eine Rolle spielt
- Expertise zu spezifischen Konzepten der Psychotherapie bei alten und hoch betagten Patienten

Zusammenfassend lassen sich folgende zentrale Schlussfolgerungen ziehen: Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung verlaufen nicht unabhängig voneinander, vielmehr bedarf es eines integrierten Behandlungsansatzes aus Psychotherapie, Pharmakotherapie (und anderen biologischen

Interventionen) und Soziotherapie. Psychotherapie fokussiert auf grundlegenden Domänen psychischer Funktionen und Dysfunktionen und keineswegs allein auf nosologische Kategorien. Damit ist psychiatrische Psychotherapie nicht nur störungs- und defizitorientiert, sondern sie orientiert sich insbesondere auch an der Wiederherstellung von Gesundheit und berücksichtigt die Bedeutung der Psychotherapie für die Rezidivprophylaxe.

Weiterentwicklung der fachärztlichen Weiterbildung

Die dargestellten Besonderheiten der psychiatrischen Psychotherapie haben Konsequenzen für die ärztliche Weiterbildung im Fach. Die DGPPN befasst sich daher derzeit intensiv mit der Weiterentwicklung auch des Bausteins Psychotherapie in der Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie. So früh wie möglich ist eine hohe Expertise im gezielten Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung und in psychotherapeutischer Gesprächsführung zu erwerben. Neben theoretischen Grundkenntnissen in den »großen« Verfahren soll die neurobiologische Ebene das Verständnis der Störung, aber auch der psychotherapeutischen Wirkfaktoren vertiefen. Weiterhin muss eine breite Kompetenz in empirisch fundierten Interventionstechniken der großen Psychotherapieschulen vermittelt werden, die in Abhängigkeit von Störung und Patientenmerkmalen Schulen übergreifend flexibel ausgewählt werden. Insgesamt ist anzustreben, dass die Weiterbildung patientennah unter Anwendung neuer Supervisionstechniken durch ausgebildete Supervisoren erfolgt.

Aktuelle Versorgungsstudie

Eine aktuelle Initiative zur Versorgungsforschung untersucht die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie. Zielsetzung des u. a. durch Projektmittel der Bundesärztekammer geförderten DGPPN-Projektes ist es, die Ist-Situation ärztlich-psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland in ihrer Differenzierung auf die verschiedenen beteiligten Disziplinen darzustellen, ein spezifisch ärztliches Profil psychotherapeutischer Leistungen zu definieren, das in Ergänzung zur Richtlinien-

psychotherapie störungsorientierte Methoden und integrierte Behandlungsansätze umfasst, und das Selbstverständnis von ärztlichen Psychotherapeuten in der Perzeption der Bevölkerung zu klären. Dies hat zum Ziel, ärztlich psychotherapeutische Leistungen in Bezug auf die Patientenbedürfnisse zu optimieren.

2.3.3 Psychotraumatologie

Belastende Lebensereignisse gehören zum menschlichen Dasein und werden in der Regel durch individuelle Bewältigungsstrategien oder Abwehrmechanismen kompensiert. Sind die Belastungen jedoch übermächtig, die Vulnerabilität erhöht und/oder die Lösungsmöglichkeiten erschöpft, können Reaktionen von Krankheitswert auftreten. Jedoch kann eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung auch bei Menschen, die bislang psychisch stabil und ohne manifeste psychische Erkrankungen waren, zu intensiven bis hin zu pathologischen Reaktionen führen. Erst 1980 ermöglichte die Konzeptualisierung der Posttraumatischen Belastungsstörung mittels operationalisierter Kriterien im US-amerikanischen Klassifikationsystem DSM-III eine intensive Erforschung dieser Reaktionen.

Anders als bei vielen anderen Störungen ist ein definiertes Ereignis die *conditio sine qua non* für die Ätiologie einer Traumafolgestörung. Traumatische Erfahrungen sind häufiger, als es die Definition der ICD-10 vermuten lässt. In der größten epidemiologischen Studie zur PTBS (Kessler et al. 1995) gaben 60% der Befragten einer repräsentativen Stichprobe der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung an, zumindest ein Trauma i.S. der PTBS erlebt zu haben. Wenn das Trauma als Grundvoraussetzung vorliegt, stellt man aber fest, dass nur ein kleinerer Teil der Betroffenen in der Folge erkrankt. Das Risiko, an einer PTBS zu erkranken, steigt, wenn das Trauma von Menschen bewusst herbeigeführt wurde mit dem Ziel der Schädigung eines anderen Menschen. Nach einer Vergewaltigung entwickeln ca. 80-90% der Betroffenen eine akute Belastungsstörung und ca. 50% eine posttraumatische Belastungsstörung, 3 Monate nach einem Verkehrsunfall

erfüllen ca. 8-40% der Verletzten die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die PTBS-Raten liegen niedrig bei Opfern von schicksalhaften Ereignissen wie Naturkatastrophen. In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung bei 1-3% und steigt mit dem Alter an (Maercker et al. 2008).

Traumafolgestörungen werden häufig nicht oder erst sehr spät erkannt. Eine Behandlung – wenn überhaupt durchgeführt – ist in der Versorgungsrealität leider häufig nicht störungsspezifisch genug, d.h. nicht so effizient, wie es nach dem wissenschaftlichen Stand möglich wäre. Zwar sind die meisten Traumafolgestörungen ambulant behandelbar, doch mangelt es in weiten Gebieten Deutschlands an qualifizierten Traumatherapeuten. In der Praxis ist eine multimodale Therapie, z.B. mit Physio-, Ergo- oder Kunsttherapie, unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht wirtschaftlich leistbar. Die stationären Einrichtungen halten solche Bedingungen vor, verfügen aber nicht über ausreichende Behandlungsplätze.

2.3.4 Elektrokonvulsionstherapie

Die Geschichte der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) spannt einen knapp 75 Jahre weiten Bogen von den Anfängen psychiatrischer Therapie bis zum heutigen großen Repertoire der Behandlungsmöglichkeiten. Auf diesem Weg ist es durch zahlreiche relevante Innovationen gelungen, die Methode so zu modifizieren, dass sie ein modernes, in der Psychiatrie unentbehrliches Therapieverfahren geblieben ist.

Die EKT hat ein sehr breites syndromales Wirkspektrum. Sie ist antidepressiv, antipsychotisch, antimanchisch, antikonvulsiv und bei einigen Bewegungsstörungen wirksam. Der Schwerpunkt liegt in der Behandlung schwerer depressiver Erkrankungen. Gerade in den deutschsprachigen Ländern zeigt sich derzeit eine allmählich zunehmende Akzeptanz des früher stark stigmatisierten Verfahrens. Im Jahr 2003 hat die Bundesärztekammer in ihrer »Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme« Position bezogen (Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 2003).

2.4 Profil des Faches in der Forschung

2.4.1 Historische Entwicklung

Der Beginn der Entwicklung des Faches im 19. Jahrhundert war von der Entwicklung von Krankheitskonzepten und der Suche nach hirnmorphologisch fassbaren Ursachen geprägt. Dabei wurde u. a. die strukturelle Basis der Alzheimer-Krankheit erstmalig beschrieben. Weitere solche Erfolge blieben jedoch aus. Eine methodische Neuorientierung führte Anfang des 20. Jahrhunderts durch Anwendung geisteswissenschaftlicher Methoden zur Entwicklung der Psychopathologie, die starke klinische Impulse setzte und eine lange Forschungstradition begründete. In den zwanziger und dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden die frühen biologischen Verfahren entwickelt. Mit ihnen endete die Ära des therapeutischen Nihilismus in der Psychiatrie. Bis heute ist von diesen frühen Verfahren die Elektrokonvulsionstherapie etabliert, nun eine Evidenzbasierte Therapie. Die »Verbrechen wider die Menschlichkeit«, einer von politischen Überzeugungen geprägten Psychiatrie im Dritten Reich, zogen eine Abwendung von neurobiologischer Forschung und eine Hinwendung zu »ganzheitlichen«, anthropologischen, psychopathologischen und sozialpsychiatrischen Themen nach sich. Auch psychodynamische Krankheitskonzepte (v. a. außerhalb Deutschlands) wurden in der Mitte des 20. Jahrhunderts stark vertreten. Die biologisch orientierte Forschung fand in dieser Zeit, zu Anfang der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts, zunächst keine richtungsweisenden Ansatzpunkte.

Erst die erfolgreiche Einführung der Pharmakotherapie beflügelte vor ca. 50 Jahren neurobiologische Forschungsrichtungen. In der Folge gaben die Anwendung der molekulargenetischen Techniken sowie die Einführung von nicht und wenig invasiven bildgebenden Verfahren wie der strukturellen, molekularen und funktionellen Bildgebung Impulse für die biologisch orientierte Psychiatrie. Dabei stellten die Weiterentwicklung der Psychopathologie und die Einbeziehung der Neuropsychologie wichtige methodische Voraussetzungen dar, neurofunktionelle Korrelate von komplexen psychischen Phänomenen systematisch zu beforschen.

Parallel dazu gewannen verhaltenstherapeutische Ansätze und die empirische Psychotherapieforschung an Boden. Die epidemiologische Forschung zu psychischen Erkrankungen verdeutlichte in den 1980er Jahren die vorher nicht wahrgenommenen hohen Prävalenzen und den nicht befriedigten Versorgungsbedarf.

Im ausgehenden 20. Jahrhundert bildete sich die Koexistenz von drei methodischen Richtungen aus: Biologische (inkl. pharmakologische), psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Richtung. Diese drei empirischen Forschungsrichtungen profitierten von der erfolgreichen Transformation der klassischen deskriptiven Psychopathologie in eine Methode zur Entwicklung empirisch basierter Diagnose- und Messverfahren. Diese neuen Klassifikationsverfahren – trotz ihrer diskutierten Nachteile – wurden breit akzeptiert und lösten auch in der Versorgungspraxis die bis dahin üblichen, schlecht definierten, idealtypischen Krankheitskonzepte ab, auch wenn sie zukünftig noch der Weiterentwicklung und Revision mit der Zielsetzung einer noch nachhaltigeren empirischen Fundierung unter Einbezug der wachsenden Kenntnisse zu neurobiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen bedürfen.

2.4.2 Forschung mit klinischen Nachbardisziplinen

Psychiatrie ist als Fach zu verstehen, welches das Gesamtgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und wesentlicher Teile der früher sog. Nervenheilkunde umfasst, in Forschung und Lehre wie in der Versorgung. Die Psychiatrie muss wissenschaftlich ein sehr breites Spektrum von der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung, Tiermodellen, Entwicklung neuer Psychotherapiemethoden, klinischer Pharmakologie, ethischer Bewertung von Studien und epidemiologischer Forschung sowie Versorgungsforschung u. a. abdecken. Psychiatrische Forschung erfordert daher eine besondere Fähigkeit zur synergistischen Zusammenschau und Integration. Andererseits setzt erfolgreiche klinische Wissenschaft heute vermehrt spezifische Methodenkompetenz bei innovativen Technologien, in der Grundlagenforschung, der

translationalen wie der klinischen und/oder Versorgungsforschung voraus. Dennoch gibt es Nachbarfächer, die stark verzahnt mit der Psychiatrie zusammenarbeiten. Das Verhältnis zu den Nachbarfächern, zu medizinischen Querschnittsfächern und auch zu neu entstehenden Disziplinen ist entscheidend für den derzeitigen Entwicklungsstatus unseres Faches.

Neurologie

Bis in die 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Behandlung psychischer und neurologischer Krankheiten im übergreifenden Fach Nervenheilkunde vereint. In den 1950er und -60er Jahren trennten sich die Fächer Neurologie und Psychiatrie endgültig. Bei den psychischen Erkrankungen relativierte sich durch sozialtherapeutische und psychotherapeutische Einflüsse das Interesse für diejenigen organischen Ursachen in einem Ausmaß, das aus heutiger Sicht nicht mehr geteilt wird. Der Neurologie fielen die organisch begründeten und entsprechend diagnostizierbaren Krankheiten des Nervensystems zu. Die Neurologie konnte sich damit wissenschaftlich erfolgreich entwickeln, da sie in der Regel morphologisch definierte Phänotypen zur Grundlage hat und ihr hiermit zwanglos eine Anbindung an neuere Untersuchungstechniken, wie z. B. die Elektrophysiologie, gelang. Die Psychiatrie hatte dagegen weniger Erfolge mit dem Einsatz der jeweils aufkommenden apparativen Untersuchungsmethoden (EEG, Pneumenzephalografie, Liquoruntersuchungen u. a.).

Methodisch orientierte sich das Fach in den 1960er bis -80er Jahren auch verstärkt an den empirischen Methoden von Psychologie und Sozialwissenschaften. Die kriterienbasierte und syndromorientierte Diagnostik ohne spezifischen Organbezug und ohne explizite Annahmen von Krankheitsursachen resultierte aus dieser Entwicklung. Man hatte sich erhofft, über eine detaillierte Analyse der komplexen Phänotypen psychischer Erkrankungen eine praktische, tragfähige Grundlage für Versorgung und Forschung zu schaffen. Diese »hypothesenfreien«, deskriptiven Störungskonzepte stellten die notwendige Grundlage für die nachfolgenden Erfolge epidemiologischer und biologischer Forschung zu psychischen Erkrankungen dar.

Zunehmend wurde jedoch deutlich, dass geeignete Methoden erforderlich waren, um diejenigen funktionellen Abläufe im Gehirn zu untersuchen, die den Psychiatrie relevanten Bewusstseinszuständen bzw. -prozessen und Verhaltensweisen im Gehirn zugrunde liegen. Das systematische Studium von störungsassoziierten neurobiologischen Zuständen und Prozessen mit den aufkommenden neuen bildgebenden Methoden bewirkte somit eine Abwendung von der ausschließlichen Fokussierung auf die klinische Phänomenologie und auf psychosoziale Bedingungskonstellationen. Damit war die Tür zur Erforschung der neurobiologischen Grundlagen und Funktionsweisen von krankhaft verändertem Erleben und Verhalten weit geöffnet. Dabei war in vielen Fällen die Kenntnis gesunder Prozesse Voraussetzung für den klinisch bedeutsamen Erkenntnisfortschritt.

In den letzten beiden Dekaden hat die Psychiatrie damit ihren einst verloren gegangenen Organbezug – das Gehirn – wiederentdeckt. Einige Grenzziehungen zwischen Neurologie und Psychiatrie erwiesen sich als zeitbedingt und angesichts der technologischen und Wissensfortschritte als nicht mehr haltbar. Die Fächer Neurologie und Psychiatrie sind seither u. a. wegen des gemeinsamen Organbezugs und ähnlichen neurowissenschaftlichen Forschungsmethoden in einigen ihrer Kernbereiche wieder zusammengerückt. Die Kehrseite ist, dass es auch verstärkt Konkurrenz um dieselben Ressourcen und Mittel gibt. Das gilt vor allem auch für die von der Neurologie (in Deutschland) wiederentdeckten Demenzen. Aktuell hat sich aus dieser Entwicklung eine direkte Konkurrenz auf dem Gebiet der molekularen wie der kognitiven Neurowissenschaften entwickelt. So untersuchen beispielsweise unter Einsatz bildgebender Verfahren beide Fächer die Funktionsweise des gesunden, aber auch erkrankten Gehirns: Bei der Erforschung von Kognitionen und Emotionen, der Struktur- und Funktionsbildung, dem molekularen Imaging sowie bei der Diagnose der Demenz arbeiten heute beide Disziplinen, z. T. auch die Psychologie, mit ähnlicher Intensität. Derzeit bildet sich im Rahmen des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Demenzen (DZNE) bzw. an dessen Standorten erneut eine engere fruchtbare Verschränkung zwischen psychiatrischer und neurologischer Forschung und Patientenversorgung aus.

Psychosomatik

Das Teilgebiet der Psychosomatik hat sich nur in Deutschland als mehr oder weniger eigenständige Disziplin entwickelt – aufgrund von spezifischen, historischen Voraussetzungen. Ursprünglich war die Hypothese der Psychosomatischen Medizin, dass psychische Prozesse (spezifische Konflikte) organisch fassbare Erkrankungen verursachen (z. B. Asthma oder Magengeschwür). Als sich diese Lehre nicht mehr halten ließ, wandte man sich dem zu, was heute psychosomatische Störung heißt: Somatische Symptome (v. a. Schmerzen) ohne fassbaren organischen Befund, psychogen entstanden. In anderen Ländern wird dieser Bereich wissenschaftlich und praktisch durch die Liaisonpsychiatrie vertreten. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kennt korrekterweise keine psychosomatischen Krankheiten jenseits der »psychologischen Probleme bei somatischen Krankheiten«. Dies ist auch die Auffassung der DGPPN, wonach »Psychosomatik« ein integraler und inhärenter Bestandteil psychiatrischer Arbeit ist.

Die Psychosomatische Medizin in Deutschland entwickelte sich als eigenständiges Fach nach ersten Ansätzen in den 1960er und -70er Jahren, verstärkt in den -80er Jahren. Die erste Generation tragender Wissenschaftler und Kliniker entstammte entweder der Psychiatrie oder der Inneren Medizin. Bis heute herrschen hier weitgehend psychodynamische Konzepte vor. Solche Konzepte wurden dagegen zu dieser Zeit in der Psychiatrie in Deutschland nur an wenigen Orten verfolgt.

Das ursprüngliche Krankheitskonzept der Psychosomatischen Medizin (Franz Alexander) wurde durch den Fortschritt medizinischer Forschung zunehmend infrage gestellt und ist heute nicht mehr haltbar. Folglich hat sich der Arbeitsschwerpunkt der Psychosomatik in Deutschland auf affektive und Angsterkrankungen verschoben, woraus sich ganz erhebliche Überlappungen mit dem Fach »Psychiatrie und Psychotherapie« ergeben. War die Psychosomatik initial an psychosozialen und tiefenpsychologischen Inhalten orientiert, so werden auch hier – an ganz wenigen Standorten in Deutschland – die Methoden der Bildgebung oder auch der Molekulargenetik eingesetzt. Das akademische Fach Psychosomatische Medizin, das sich nicht nur wegen des geringen biologischen Forschungsbezugs

an vielen Universitäten an den Rand hat drängen lassen, versucht sich durch diese zunehmend umgesetzten methodischen Neuorientierungen neu zu positionieren. Auf dem Gebiet der affektiven Störungen, der Persönlichkeitsstörungen, somatoformen und Schmerzstörungen entstanden daher mit der Psychiatrie neue Überlappungen und Konkurrenzsituationen. Die zukunftssträchtigen klinischen Arbeitsfelder heutiger Psychosomatiker liegen bei psychologischen Faktoren von Herzerkrankungen, Diabetes, Krebs und Schmerzstörungen; hierbei werden dieselben Strategien und Methoden angewandt wie in der Psychiatrie mit ihrer Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Die wissenschaftlichen Arbeitsmethoden der beiden Fächer nähern sich also zunehmend an. Alle Forschungsmethoden und Themen der Psychosomatischen Medizin sind heute auch Gegenstand der Psychiatrie.

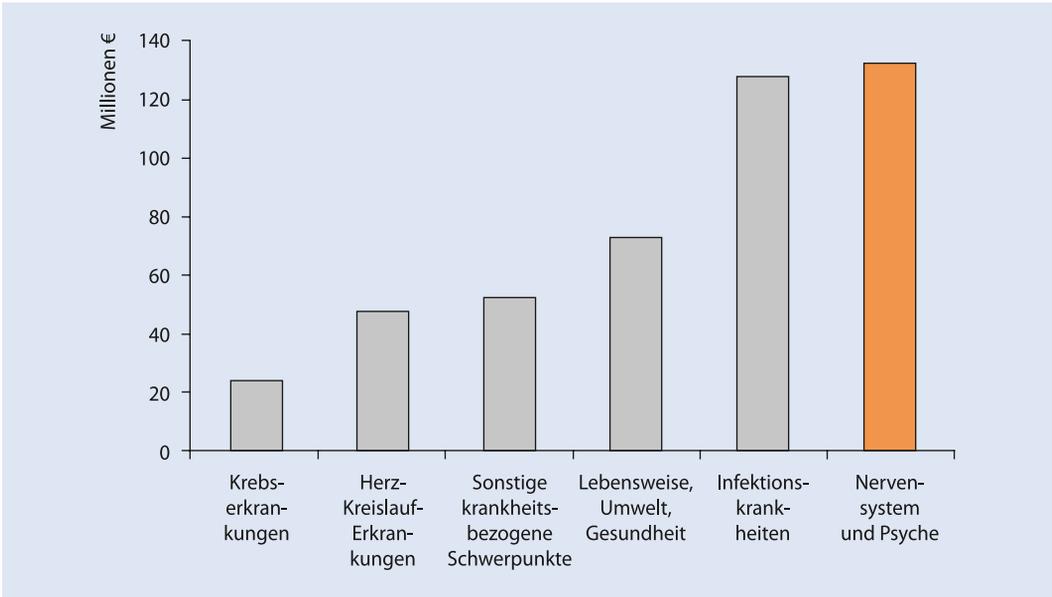
Diese Doppelung von wissenschaftlichen Qualifikationen übertrug sich v. a. nach der Neuordnung der Facharztgebiete 1988 auch auf den Versorgungsbereich. Im Zuge derselben Neuordnung stärkte aber auch die Psychiatrie ihre psychotherapeutischen Kompetenzen in Wissenschaft, Versorgung, Aus-, Fort- und Weiterbildung. Damit entstand die »Doppelsträngigkeit« der Versorgung psychisch Kranker. Hieraus resultiert auch ein negativer Einfluss auf die Patientenversorgung: Psychosomatik wird als weniger stigmatisierend empfunden und gilt oft als »Psychiatrie der leichten Fälle«. Leidtragende von der versorgungspolitischen Zersplitterung des Gesamtfaches sind insbesondere die chronisch psychisch Kranken, denen damit Ressourcen vorenthalten werden. Akademisch erfolgreich ist die Psychosomatik vor allem dort, wo sie sich im Konsiliarbereich profiliert, mit Themen wie der Psychoonkologie oder Psychokardiologie, die an vielen Standorten von Seiten der Psychiatrie vertreten werden. Es ist anzustreben, dass sich Psychosomatik – so wie Neuropsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Forensische Psychiatrie oder Suchtpsychiatrie auch – sowohl wissenschaftlich als auch in der Versorgung als eine interne Spezialisierung in einem gemeinsam zu entwickelnden Fach darstellt. Das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie steht zudem vor einem ernsthaften Überalterungs- und Nachwuchsproblem (Bohus 2011). In den Kliniken bzw. Abteilun-

gen für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt derzeit ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie 12 Patienten. In psychosomatischen Fachkliniken behandelt derzeit ein Facharzt 25 Patienten. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur (in den nächsten 10 Jahren werden 64% der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie berentet), muss diese Zahl in der stationären Psychosomatik in den nächsten 10 Jahren auf ca. 60 Patienten pro Facharzt herabkorrigiert werden – konstant gehaltene institutionelle Versorgungskapazitäten vorausgesetzt. Dies bedeutet: Es besteht ein weitgehend ungedeckter Bedarf an Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in stationären psychosomatischen Einrichtungen, bei einem Überangebot an Weiterbildungsplätzen. Dieser Bedarf kann nur durch Ärzte aus dem Fachgebiet der Psychiatrie beziehungsweise durch psychologische Psychotherapeuten abgedeckt werden. Die nicht erneute Besetzung von Lehrstühlen und Kliniken für Psychosomatische Medizin in der universitären Landschaft spiegelt diese Tendenz wider, ebenso die verstärkte Besetzung von psychosomatischen Chefarztpositionen mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie.

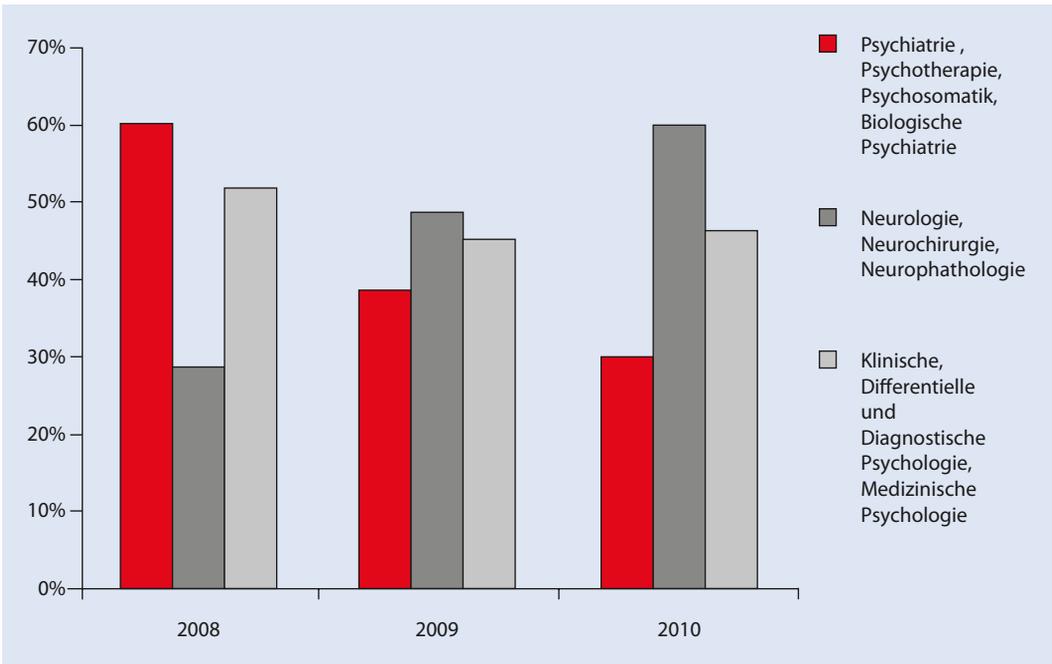
Neben den genannten Nachbardisziplinen sollte angesichts der hohen Bedeutung komorbider körperlicher Erkrankungen vor allem bei Alterspatienten (Bartels 2004; Loi et al. 2011) auch die gesamte Bandbreite der somatischen Fächer als potenzielle Kooperationspartner nicht aus dem Blickfeld geraten. Aus gerontopsychiatrischer Sicht gilt dies insbesondere für Innere Medizin/Geriatrie.

2.5 Forschungsförderung für Psychiatrie und Psychotherapie

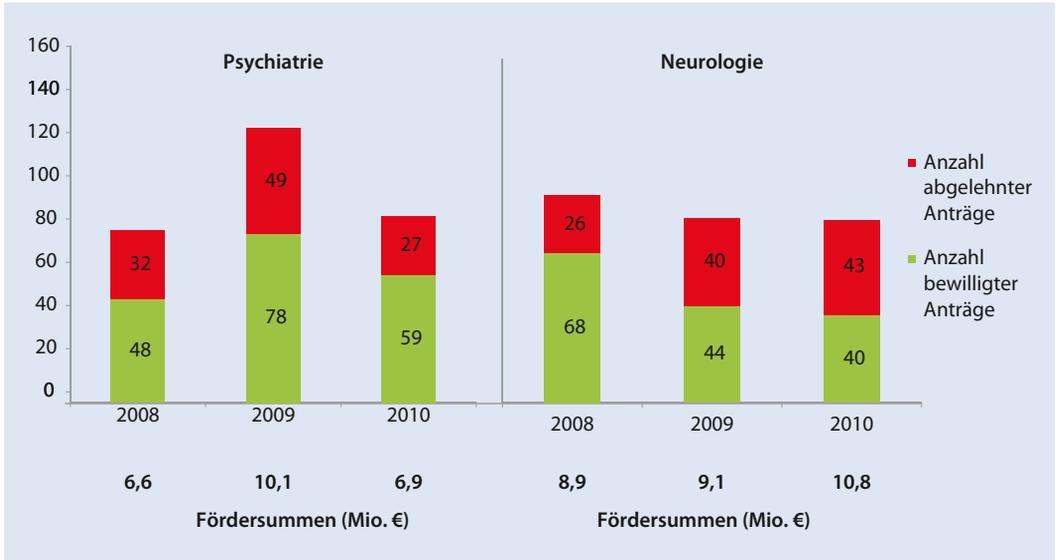
Die vielfältige psychiatrische Forschung wird durch die Drittmittelgeber national und international erheblich gefördert (▣ Abb. 2.2). Eine gewisse Bevorzugung neurologischer und vielleicht auch psychologischer neurowissenschaftlicher Fragestellungen kann nicht ausgeschlossen werden, was möglicherweise auch mit den »einfacheren Phänotypen« in den genannten Disziplinen zusammenhängen kann (▣ Abb. 2.3).



■ **Abb. 2.2** Laufende Förderprojekte des BMBF (in Mio. €) zur effektiven Bekämpfung von Krankheiten, zusammengefasst nach Fachgebieten (zusammengestellt aus Daten des BMBF 2010)



■ **Abb. 2.3** Forschungsförderungsquote (Anzahl der bewilligten Anträge/Anzahl der gestellten Anträge) durch die DFG für ausgewählte Fachgebiete 2008–2010 (zusammengestellt aus unveröffentlichten Daten der DFG)



▣ **Abb. 2.4** Vergleich der bewilligten und abgelehnten DFG-Förderanträge sowie der Fördersummen durch die DFG für die Fächer Psychiatrie und Neurologie 2008–2010 (zusammengestellt aus unveröffentlichten Daten der DFG)

Ein direkter Vergleich zwischen Psychiatrie und Neurologie für die bewilligten und abgelehnten Förderanträge bei der DFG zeigt ein ähnliches Verhältnis, wobei etwas mehr Anträge der Neurologie abgelehnt werden (▣ Abb. 2.4). Jedoch hat sich die Gesamtfördersumme im Fach Neurologie in den letzten Jahren deutlich erhöht und liegt für 2008 um 37% höher als für das Fach Psychiatrie.

Dies zeigt: Die Förderung psychiatrisch-psychotherapeutischer Forschungsprojekte durch DFG, BMBF und EU ist daher umso wichtiger angesichts der Konkurrenz zu unseren Nachbarfächern. Um die Anzahl der geförderten Forschungsprojekte zu erhöhen, ist es ebenso wichtig, den Nachwuchs im Beantragen von Fördermitteln zu schulen. Die DGPPN bietet daher für Nachwuchswissenschaftler und junge Forscher jährlich Workshops zum DFG-Antragscoaching an. Auch die verstärkte Präsenz von Psychiatern in Gremien wie der DFG und anderer Förderorganisationen ist unerlässlich, um unser Fach bestmöglich zu vertreten und zu fördern.

2.6 Bedeutung und Rolle der pharmazeutischen Industrie

Die Erforschung von wirksamen Medikamenten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie wurde über viele Jahre maßgeblich von der pharmazeutischen Industrie vorangetrieben. In den letzten Jahren jedoch hat es keine neuen richtungweisenden Trends in der Entwicklung neuer Arzneimittel zur Therapie psychischer Erkrankungen gegeben. Auch sind in den letzten Jahren berechtigterweise und zunehmend die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, welche durch die Industrie gefördert wurden, in Kritik geraten.

Folge dieser Entwicklung ist u. a. eine Einforderung von Transparenz und Offenlegung von gegenseitigen Beziehungen. Die DGPPN hat daher erstmalig auf freiwilliger Basis auf dem DGPPN-Kongress im Jahr 2009 die Form der Selbsterklärung für wissenschaftliche Vorträge eingeführt. Jeder Referent wurde aufgefordert, zu Beginn seines Vortrags seine Abhängigkeiten offen zu legen. Die Fachgesellschaft hat sich damit gegen jede nicht transparente Kooperation mit der Industrie ausgesprochen.

Seit 2011 sind alle Funktionsträger der DGPPN, insbesondere Mitglieder des Vorstandes und die Leiter bzw. stellvertretenden Leiter der Fachreferate, verpflichtet, jedes Jahr mögliche Interessenkonflikte im Wege einer Selbsterklärung offen zu legen. Dies beinhaltet Angaben hinsichtlich der Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie, medizintechnischen Industrie, Medien, Consultingunternehmen sowie Kostenträgern und Trägern von medizinischen Einrichtungen. Darüber hinaus hat der Vorstand beschlossen, diese Selbsterklärungen der Funktionsträger regelmäßig auf den DGPPN-Mitgliederseiten (Premiumbereich für Mitglieder) unter <http://www.dgppn.de> zu veröffentlichen und damit die größtmögliche Transparenz gegenüber der internen Öffentlichkeit der Fachgesellschaft zu wahren. Diese und weitere Transparenz- und Verhaltensregeln hat der Vorstand gemeinsam mit den Referatsleitungen im Juni 2011 in einem Positionspapier »Code of Conduct« zur Vermeidung potenzieller Interessenkonflikte von Funktionsträgern der DGPPN formuliert (DGPPN 2011c).

Anzustreben ist ein angemessenes und für beide Partner Nutzen bringendes Zusammenwirken der Pharmaindustrie mit den Fachgesellschaften. Dabei geht es um gemeinsame Bemühungen der Förderung der Medizin, insbesondere der Mitwirkung an der Entwicklung von neuen Medikamenten. Die DGPPN ist daher mit pharmazeutischen Firmen im Gespräch und geht davon aus, dass das Verhältnis weiter entwickelt und den Erfordernissen der Zeit angepasst wird.

Versorgungssituation in Deutschland

- 3.1 Versorgungsbedarf – 32**
 - 3.1.1 Hintergrund: Entwicklung der allgemeinen Ärztezahlen – 32
 - 3.1.2 Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie – 34
- 3.2 Versorgungsbereiche – 35**
 - 3.2.1 Stationäre Versorgung – 35
 - 3.2.2 Ambulante Versorgung – 40
 - 3.2.3 Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – 46
- 3.3 Versorgungsqualität – 49**
 - 3.3.1 Versorgungsleitlinien – 50
 - 3.3.2 Routinedaten/Berichtswesen – 52
- 3.4 Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie: Integrierte Versorgung – 53**
- 3.5 Rehabilitation – 54**
- 3.6 Pflege von Demenzkranken – 56**
- 3.7 Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker – 57**

Vergleicht man die medizinische Versorgung in Deutschland mit anderen europäischen oder außer-europäischen Staaten, so erreicht sie heute einen sehr hohen Standard. Die deutlichen Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker sind im Wesentlichen dem Reformprozess zu verdanken, der 1975 angestoßen wurde durch die »Psychiatrie-Enquête – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« des Deutschen Bundestages, den in den letzten Jahrzehnten auf den Markt gekommenen pharmazeutischen Innovationen sowie den allgemeinen und den störungsspezifischen psychotherapeutischen Methoden. Zu den Folgen der Psychiatriereform zählen u. a. die Dezentralisierung der klinischen Standorte und ein Abbau der stationären Betten von über 50% auf 55.000 im Jahr 2004, welcher den Aufbau von über 10.000 Tagesklinikplätzen einschließt. Die Verringerung der Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern ist maßgeblich auf die Verkürzung der stationären Aufenthalte von durchschnittlich 65 Tagen 1991 auf 23 Tage 2008 zurückzuführen. Folge davon war jedoch der Anstieg der individuellen Wiederaufnahmen in den Kliniken.

Parallel dazu wurden flächendeckend Institutsambulanz eröffnet und das Netz der Niedergelassenen verbreitert und damit der notwendige Ausbau des ambulanten Versorgungsangebotes vorangetrieben mit sozialpsychiatrischen Diensten, Wohngemeinschaften, Tagesstätten und arbeitsrehabilitativen Maßnahmen. Nachholbedarf gibt es allerdings noch an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche, so z. B. im stationär-ambulanten Übergang sowie hinsichtlich der Implementierung flächendeckender Präventionsprogramme.

Es gilt, das besondere Schutzbedürfnis von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Behandlung und Interessensvertretung zu beachten. Hierzu gehören in besonderem Maße auch Menschen mit geistiger Behinderung. Die Enthospitalisierung ist zwar ein wichtiger und notwendiger Schritt, jedoch wurde damit über lange Zeit nicht ausreichend beachtet, dass Menschen mit geistiger Behinderung durchaus psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen benötigen können – und zwar statistisch deutlich häufiger als die Durchschnittsbevölkerung. Diese Fehleinschätzung brachte die Gefahr, dass psychische Erkran-

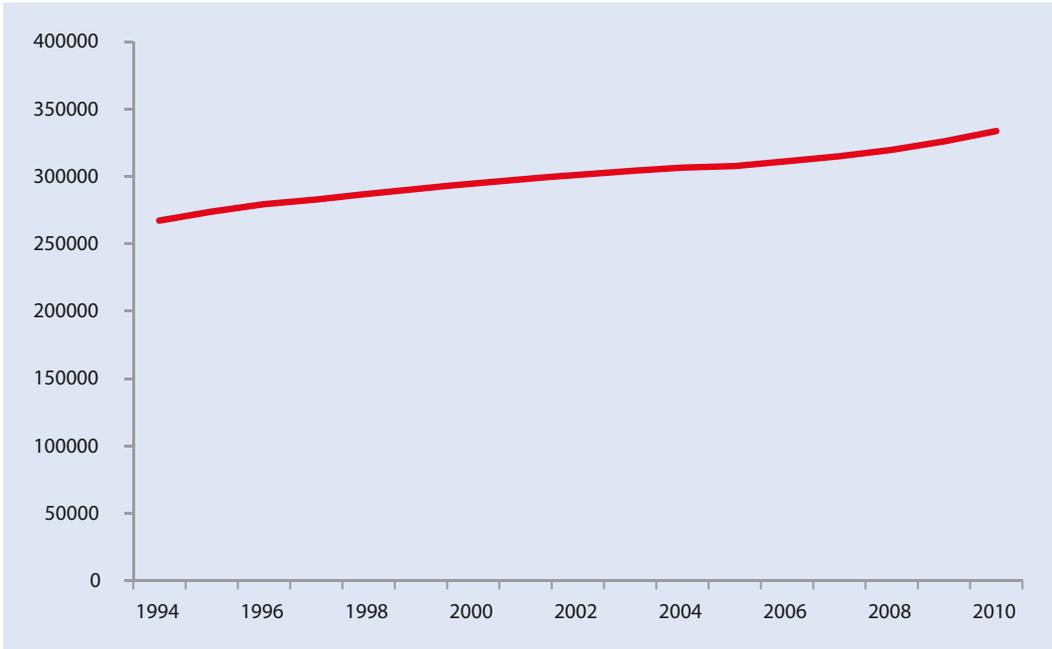
kungen übersehen, falsch interpretiert und falsch behandelt werden.

Die Versorgung psychisch Kranker kann jedoch in den letzten Jahren immer weniger flächendeckend gewährleistet werden. Nach einer im Jahre 2009 durchgeführten Umfrage der DGPPN liegt die Auslastung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken bei 98%, während die Finanzierung des Personals auf der Grundlage der gesetzlich zugesagten Psych-PV aufgrund von Sparmaßnahmen seit langem schon nicht mehr gewährleistet ist. Im Rahmen der Einführung des neuen psychiatrisch-psychosomatischen Entgeltsystems im Jahr 2010 wurden entscheidende finanzielle Verbesserungen in Aussicht gestellt, deren Umsetzungen ausstehen. Hier ist dringend eine Aktualisierung der Befragungen der Kliniken zur Erfüllung der »Psych-PV-Quoten« erforderlich. Angesichts der beschriebenen positiven Entwicklung, dass immer mehr Menschen therapeutische Leistungen bei psychischen Erkrankungen in Anspruch nehmen, ist alles zu tun, um die Versorgungssituation psychisch Kranker in Deutschland zu stabilisieren und die mit der »Psychiatrie-Enquête« verbundenen positiven Veränderungen auch für die Zukunft zu erhalten. Dies betrifft sowohl die weitere flächendeckende Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker als auch die Gewinnung und Förderung von ärztlichem Nachwuchs, um den erhöhten Versorgungsbedarf zu gewährleisten.

3.1 Versorgungsbedarf

3.1.1 Hintergrund: Entwicklung der allgemeinen Ärztezahlen

Seit der sog. Ärzteschwemme der 1980er Jahre sind die Ärztezahlen in Deutschland ein heiß umstrittenes gesellschaftliches sowie politisches Thema. Infolge dieser Entwicklung reagierte die Politik mit Maßnahmen wie der Beschränkung von Medizinstudierendenzahlen und Kassenzulassungen sowie zu knapper Budgetierung der Kassenhonoreare. War in den 1990er Jahren die Nachfrage nach Arztstellen noch größer als das Angebot, haben jedoch gerade diese politischen Weichenstellungen ihre Spuren bis heute deutlich hinterlassen: Die kli-



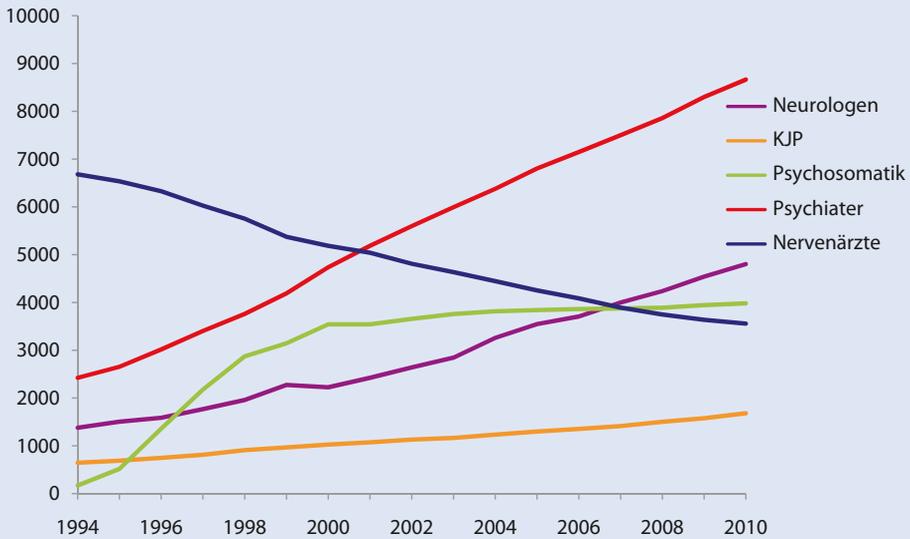
■ **Abb. 3.1** Entwicklung der allgemeinen Ärztezahlen zwischen 1994 und 2010 (zusammengestellt aus Daten der Bundesärztekammer)

nisch-ärztliche Tätigkeit hat für junge Menschen an Attraktivität verloren, und dies schlägt sich auch im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie nieder. Tarifreformen der letzten Jahre verbesserten zwar die Einkommenssituation und die Arbeitsbedingungen sowohl für stationär tätige als auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, führten jedoch beispielsweise zu Konflikten wegen Eingruppierungen von Oberärzten als »Fachärzte« sowie einer unbefriedigenden Lösung für nicht klinisch tätige und ausschließlich in der Forschung aktive Ärztinnen und Ärzte. Ein wesentlicher Faktor, der auch von DGPPN-Mitgliedern in einer Umfrage zu dieser Thematik beklagt wurde, war und ist die Zunahme an Dokumentationspflichten im Krankenhaus. Diese Problematik hat sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin noch verschärft.

Mehr und mehr Mediziner entscheiden sich nach dem Studium für eine Arbeit in einem nicht kurativen Bereich. Seit Beginn des neuen Jahrtausends verzeichnet die Ärzteschaft trotz stetig

steigender Zahlen (■ Abb. 3.1) zunehmende Versorgungslücken durch eine ungenügende Zahl ärztlicher Kolleginnen und Kollegen: Beginnend zunächst in einigen ländlichen Regionen sowie im Osten Deutschlands, zunehmend jedoch großflächiger und nun auch deutlich im stationären Versorgungssektor. Die Ursachen für diese beunruhigende Entwicklung sind vielfältig. Zurückgehende Studierendenzahlen, erhöhte Zahlen von Studienabbrechern, gekoppelt mit einer großen Zahl von Medizinern, die in den Ruhestand gehen, führen zu überfüllten Wartezimmern, belasteten Ärzten und langen Wartelisten für die ambulanten Kontakte und die notwendigen stationären Aufnahmen.

Die bei manchen abnehmende Attraktivität des klassischen Arztberufes scheint dazu zu führen, dass sich immer mehr Medizinabsolventinnen und -absolventen gegen eine kurative Tätigkeit entscheiden. Als Gründe für die Wahl einer nichtkurativen Tätigkeit werden – ähnlich wie bei den klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten – v. a. folgende Kriterien genannt:



■ **Abb. 3.2** Entwicklung der Facharztzahlen zwischen 1994 und 2010 (zusammengestellt aus Daten der Bundesärztekammer)

- Hohe Arbeitsbelastung, insbesondere durch den Dokumentationsaufwand
- Zeitdruck
- Zu wenig Zeit für die Patienten und ihre Angehörigen
- Strenge Hierarchien
- Eine als nicht angemessen gesehene Bezahlung
- Mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Häufig eine als nur bedingt gut empfundene Facharztweiterbildung

Schon im Praktischen Jahr beklagen Medizinstudierende fachunspezifisch die hohe zeitliche und psychische Belastung durch ihre Tätigkeit, die zudem nicht vergütet wird und für die nur an einigen Standorten eine Art Aufwandsentschädigung gezahlt wird.

Insbesondere ist sehr kritisch festzustellen, dass die ärztliche Arbeitszeit für den einzelnen Patienten und seine Angehörigen durch bürokratische Aufgaben immer stärker reduziert wird. Der Spagat zwischen qualitativ hochwertiger psychiatrischer Diagnostik und Therapie sowie der stationären Aufnahme von möglichst vielen (unversorgten) Patienten bei gleichzeitiger Berücksichtigung der

ökonomischen Vorgaben der Politik, der Krankenkassen und der Krankenhausträger ist heute immer schwieriger zu leisten. Angesichts dessen kann Nachwuchsförderung für mehr Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nur erfolgreich sein, wenn auch über den fachspezifischen Tellerrand hinaus die Gründe für den allgemeinen Ärztemangel einbezogen werden.

3.1.2 Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist in den letzten Jahren konstant gestiegen (■ Abb. 3.2; ■ Tab. 3.1). In kaum einer verwandten ärztlichen Fachrichtung sind zudem so viele junge Ärzte und insbesondere Ärztinnen tätig. Dennoch hat auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie Nachwuchssorgen und Probleme bei der Gewinnung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung. Vor allem die ambulante und die Klinikversorgung in ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, sind gefährdet.

■ **Tab. 3.1** Facharztzahlen für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie 2010 (erstellt aus Daten der Bundesärztekammer 2011)

Bezeichnung	Berufstätig	Ambulant	Stationär
FA Psychiatrie	3122	1447	1325
FA Psychiatrie und Psychotherapie	5334	1858	3136
FA Nervenheilkunde	2557	1642	631
FA Nervenheilkunde (Psychiatrie und Neurologie)	500	352	113
Nervenarzt	496	239	156
Insgesamt	12009	5538	5361

Gründe hierfür sind der allgemeine Ärztemangel und der gestiegene Bedarf an Behandlungen von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Um die medizinische Versorgung psychisch Kranker auch in Zukunft gewährleisten zu können, sind attraktive Arbeitsbedingungen und Programme zur Nachwuchsförderung gerade auch in unserem Fach notwendig.

Eine Besonderheit des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie ist die Beobachtung, dass nur etwa die Hälfte der eine Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie wählenden Ärztinnen und Ärzte schon beim Übergang vom Studium ins Berufsleben diese Wahl für ein bestimmtes Fach trifft. Die andere Hälfte trifft diese Entscheidung oft erst nach Jahren ärztlicher Tätigkeit. »Nachwuchsförderung« muss also nicht nur bei den Medizinstudierenden, sondern auch bei den jungen, bereits in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten ansetzen.

3.2 Versorgungsbereiche

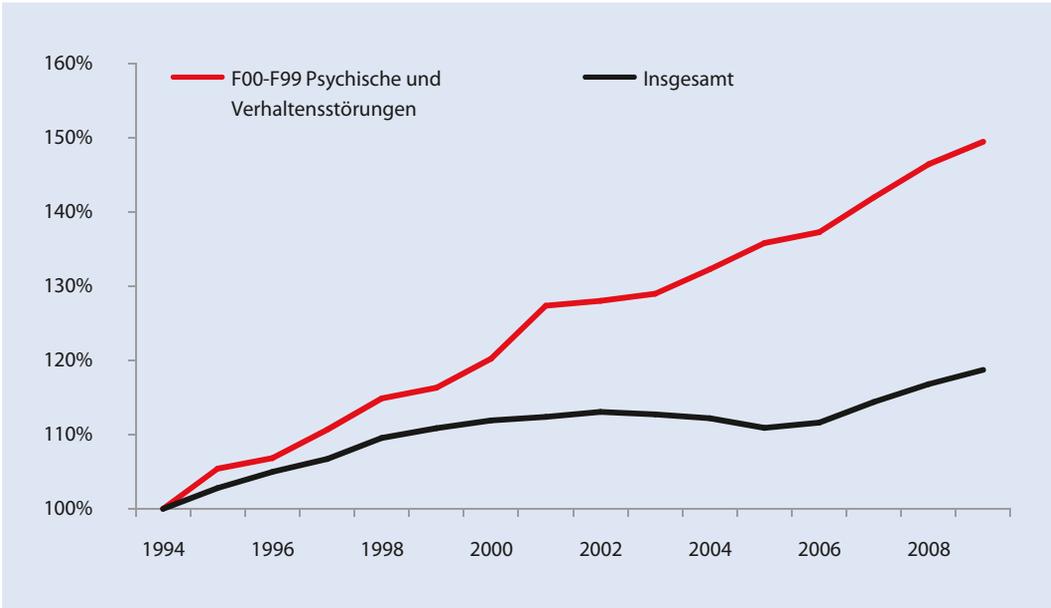
3.2.1 Stationäre Versorgung

Die stationäre Regel- und Pflichtversorgung hat entscheidend zur Steigerung der Strukturqualität in den vergangenen 25 Jahren beigetragen. Sie hatte besonders positive Auswirkungen für überschaubare Versorgungssektoren und hat den Ausbau einer gemeindepsychiatrischen Infrastruktur ganz erheblich befördert. Die Fälle stationärer Behandlung psychisch Kranker sind in den letzten 15 Jah-

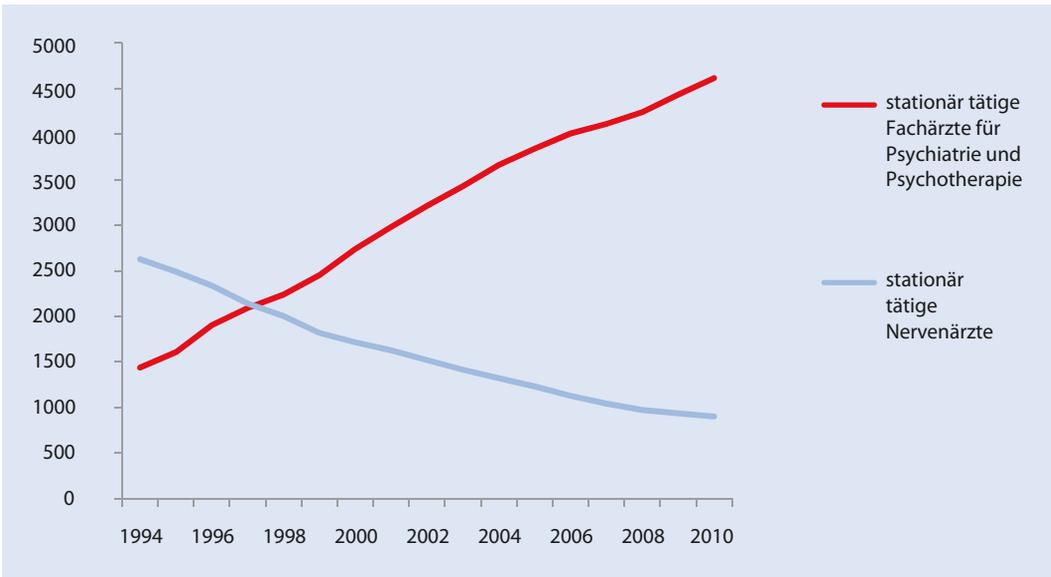
ren um über 45% gestiegen (■ Abb. 3.3). Während sich der durchschnittliche Aufenthalt von Patienten zwar spürbar verkürzte, stieg gleichzeitig die Wiederaufnahmerate. Die Zahl der stationär tätigen Fachärzte hat sich zwischen 1994 und 2008 verdreifacht (■ Abb. 3.4), während sich die Anzahl der Patienten pro stationär tätigem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie folglich mehr als halbierte (■ Abb. 3.5).

Mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erlebten die Kliniken der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiete und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Anfang der 1990er Jahre einen deutlichen Zuwachs von qualifiziertem Personal. Die Psych-PV beschreibt unmittelbar und mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten und definiert Patientenprofile, Behandlungsziele und Behandlungsmittel und liefert so die Basis für eine angemessene Personalausstattung.

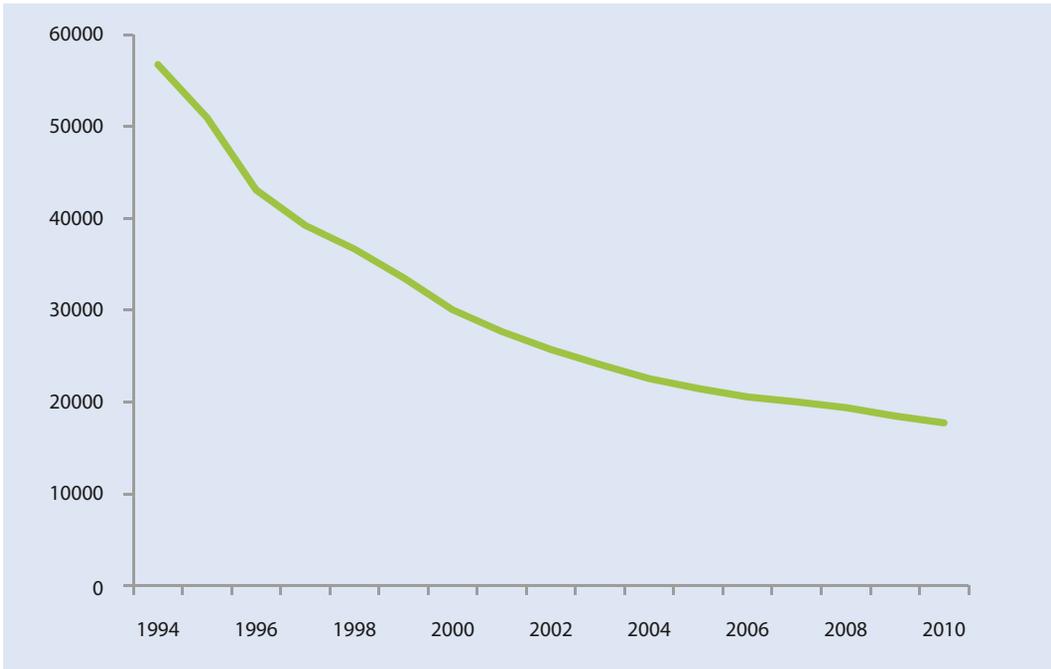
Zwischen 1996 und 2009 waren die Budgets der Krankenhäuser aber de facto »gedeckt«. Deshalb wurden die nach Psych-PV notwendigen Stellen nicht mehr ausreichend finanziert. Ein erheblicher Personalabbau war die Folge. Verstärkt wurde diese Ressourcenverknappung durch einen erhöhten Versorgungsbedarf im Bereich psychischer Erkrankungen, ein verbreitetes Psychotherapieangebot und eine daraus resultierende deutliche »Leistungsverdichtung«: Viel mehr Patienten wurden und werden viel kürzer stationär und teilstationär behandelt – mit immer weniger Personal. Bundesweit fand ein Bettenabbau von ca. 54 % im Zeitraum 1976-2003 statt (Statistisches Bundesamt). Für die



■ **Abb. 3.3** Krankenhausfälle nach ICD-10-F-Diagnosen und Krankenhausfälle insgesamt 1994–2009 (zusammengestellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes)



■ **Abb. 3.4** Entwicklung der Zahl der stationär tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Nervenärzte (zusammengestellt aus Daten der Bundesärztekammer)



■ **Abb. 3.5** Einwohner je stationär tätigem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (zusammengestellt aus Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

notwendig gewordenen adäquaten ambulanten Angebote wurde keine ausreichende Finanzierung zur Verfügung gestellt. Dies steht im Widerspruch zur demografischen Entwicklung und steigenden Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Zudem steigt der bürokratische Aufwand zunehmend und die zur Verfügung stehenden Ressourcen kommen den Patienten weniger zugute. All dies hat dazu geführt, dass die direkten Kontaktzeiten der pflegerischen und ärztlich-therapeutischen Berufsgruppen mit Patientinnen und Patienten zurückgegangen sind. Dies bestätigt auch eine Umfrage der APK zum Erfüllungsgrad der Psych-PV im Jahr 2004 (APK 2007).

Die Entwicklungen zeigen einen erheblichen Umbruchprozess in der stationären Versorgung psychisch kranker Patienten. Dies hat vielfältige Auswirkungen auf die stationären Versorgungsstrukturen. Zum einen bedarf es einer zunehmenden Zahl von Fachärzten sowie Fachpflegepersonal für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Zum anderen zeigt sich, dass die Abrechnungsre-

gularien die psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen im stationären Bereich nicht mehr adäquat abbilden. Der Gesetzgeber hat hierzu festgelegt, dass gemäß § 17d KHG im Jahr 2013 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten in allen Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik einzuführen ist.

Entgeltentwicklung in Psychiatrie und Psychosomatik

Aus Sicht der Fachgesellschaft ist die im §17d im Krankenhausfinanzierungsgesetz festgehaltene Vereinbarung zur Entwicklung und Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten, pauschalierenden Vergütungssystems für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie zu begrüßen und zu unterstützen. Seit vielen Monaten begleitet die DGPPN intensiv die Entwicklung des neuen Entgeltsystems und bezieht die berechtigten Sorgen von Fachkol-

legen über den aktuellen Entwicklungsprozess ein. Gemeinsam mit den Vertretern aller beteiligten psychiatrisch-psychotherapeutischen Verbände (ACKPA, BDK, APK, DGKJP) hat sie die Kernpunkte der Ausgestaltung eines leistungsgerechten zukünftigen Entgeltsystems formuliert und mit der Politik diskutiert (DGPPN et al. 2011).

Da die Verantwortung für das neue Entgeltsystem und dessen Kalkulationsmethodik gemäß § 7d KHG in der Verantwortung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und seiner Gesellschafter (Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], Gesetzliche Krankenversicherung [GKV], Private Krankenversicherung [PKV]) ohne formale Mitwirkungsrechte Dritter liegt, kann die Fachgesellschaft jedoch nur beratend Einfluss nehmen.

Gleiches gilt auch für die Leistungsbeschreibung innerhalb des OPS-Systems: Hier liegt die Verantwortung bei dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die Fachgesellschaft versucht jedoch, die inhaltliche Entwicklung zu beeinflussen, indem sie den konstruktiven und kritischen Dialog sucht und im Rahmen des von DIMDI etablierten Verfahrens Vorschläge für die veränderte Beschreibung der OPS-Kodes macht. Die DGPPN arbeitet dabei auf der Fachebene sehr gut mit DIMDI zusammen, beispielsweise in einer fächerübergreifenden Arbeitsgruppe des DIMDI zur Revision der Schweregradbeschreibungen in der deutschen Fassung der ICD-10. Auch mit dem Institut für Entgeltentwicklung besteht ein kontinuierlicher struktureller Dialog zur Unterstützung der Entgeltentwicklung.

In allen zu führenden Diskussionen dürfen nicht die übergeordneten Ziele und Forderungen der DGPPN für den Bereich der stationären Versorgung (und darüber hinaus) aus dem Auge verloren werden:

- Die vom Gesetzgeber vorgegebene und durch die Organe der Selbstverwaltung (GKV, PKV, DKG) zu finanzierende Begleitforschung muss frühzeitig beginnen, um Veränderungen der Qualität in der klinischen Versorgung aufgrund des neuen Entgeltsystems offen zu legen. Darüber hinaus sind, wie bereits in der Somatik, Qualitätsindikatoren zu definieren und sektorenübergreifend fortzuentwickeln.
- Die sektorenübergreifende Versorgung soll erleichtert werden. Hierzu müssen zunächst aus der Versorgungsforschung Informationen zu den tatsächlich vorhandenen Schnittstellenproblemen im komplexen deutschen Versorgungssystem erarbeitet und Optimierungsvorschläge erstellt werden. Entsprechende Förderprogramme der Versorgungsforschung sind zu entwickeln und die entsprechenden Mittel bereitzustellen. In diesem Zusammenhang müssen auch die international positiven Ergebnisse für innovative Versorgungsmodelle wie »Home-Treatment« oder »Mental Health Community Centers« in Pilotprojekten in Deutschland erprobt werden.
- Die Differenzierung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen darf nur insoweit erfolgen, wie sie durch die unterschiedlichen Patientenmerkmale bedingt ist. Eine solche Differenzierung ist aus Sicht der DGPPN unbegründet und soll aufgehoben werden.
- Die Prävention psychischer Erkrankungen muss durch eine verstärkte Forschung in diesem Bereich befördert werden, aber auch durch die rasche und flächendeckende Implementierung entsprechender evidenzbasierter wirksamer Präventionsprogramme konkret verbessert werden.
- Tagesbezogene Entgelte stellen die präferierte Budgetform dar. Dies trägt der fehlenden Voraussagbarkeit der notwendigen Behandlungsdauer Rechnung. Diagnosen sind dabei für die Bildung kostenhomogener Gruppen belegtermaßen nicht geeignet. Fallbezogene Entgelte führen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu Fehlanreizen und zur Fehlsteuerung.
- Die DGPPN steht für eine Evidenzbasierte Medizin. Jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung hat den Anspruch auf eine qualitativ und quantitativ angemessene Behandlung. Die Qualität der Behandlung darf nicht den ökonomischen Erfordernissen geopfert werden. Der Kodier- und Dokumentationsaufwand muss maßvoll bleiben, um die Qualität der unmittelbaren Therapiezeiten des Patienten nicht zu gefährden.

- Finanzieller Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung des bestehenden Entgeltsystems nach Psych-PV muss die vollständig gegenfinanzierte einhundertprozentige (lohnkostenadaptierte) Erfüllung der Psych-PV in den stationären und teilstationären Einrichtungen sein. Die Umschichtung der Finanzierung muss mindestens budgetneutral bleiben.
- Auch psychisch Kranke haben das Recht, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Das neue Entgeltsystem muss sicherstellen, dass die Konsequenzen aus dem medizinischen Fortschritt, dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen höheren Behandlungsbedarf ausreichend finanziert werden.

Das zukünftige Entgeltsystem soll leistungsgerecht, transparent, einfach anzuwenden sein und Anreize für eine flexible, patientenorientierte und wirtschaftliche Leistungsgestaltung geben. Es soll die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen (im Sinne des § 27 (1) SGB V) und es soll ein leistungsfähiges und qualitätsgesichertes Versorgungssystem unterstützen.

In einem Austausch mit den beteiligten Fachverbänden hat die DGPPN folgende zentralen Anforderungen an ein neues Entgeltsystem formuliert.

- Das aktuelle System zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern aus gutem Niveau, sollte jedoch qualitativ weiterentwickelt werden.
- Ein neues Entgeltsystem muss die Breite des komplexen Behandlungsbedarfs aller Menschen mit psychischen Erkrankungen abbilden. Das Finanzierungssystem soll Anreize setzen, die umfassende regionale Versorgung zu stärken und überregionale Spezialangebote sicherzustellen. Ziel ist, eine möglichst weitgehende Beziehungskontinuität sicherzustellen, lebensweltbezogene Behandlung zu erleichtern und die vernetzte Nutzung präventiver und komplementärer Angebote zu fördern.
- Die Verbände bejahen eine settingübergreifende Versorgung durch das Krankenhaus (ambulant, tagesklinisch, stationär) und die Flexibilisierung der Behandlung. Grundlage

für die Leistungserbringung ist die regionale Pflichtversorgung.

- Die Personalbemessung und ihre Finanzierung muss Anreize für solche Krankenhäuser beinhalten, die verpflichtet sind, krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten aus dem Zuständigkeitsbereich aufzunehmen. Eine solche »Versorgungsverpflichtung« schließt die Zuständigkeit für gerichtlich eingewiesene, krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten aus dem Zuständigkeitsbereich und die jederzeit mögliche Aufnahme ein.
- Eine verbesserte Abstimmung an der Schnittstelle zur vertragsärztlichen Versorgung wird gemeinsam angestrebt.
- Vor Umsetzung des neuen Entgeltsystems in die budgetneutrale Phase ist die vollständige Umsetzung der Personalausstattung von 100% nach Psych-PV, so wie es der Gesetzgeber in der Neuformulierung des §6 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung eröffnet hat, Voraussetzung. Nur so kann das neue Entgeltsystem auf eine Personalbasis aufsetzen, die ausreichend Qualität sichert.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein Recht, am medizinischen Fortschritt in Hinsicht auf Diagnostikinstrumente, Früherkennung, neue Behandlungsformen u.a. teilzuhaben. Trotz der gebotenen Beitragsstabilität ist daher eine Budgetadaptierung notwendig. Aufgrund des demografischen Wandels und steigender Morbidität in allen Altersgruppen ist ein erhöhter Behandlungsbedarf zu erwarten. Auch dieser erfordert eine Budgetanpassung.
- Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung folgt den Regeln der evidenzbasierten Medizin. Jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung hat den Anspruch auf eine qualitativ und quantitativ angemessene Behandlung. Die Qualität der Behandlung darf nicht finanziellen Zwängen geopfert werden.
- Andernfalls sind insbesondere die Folgewirkungen zu befürchten im Hinblick auf die Befähigung des Patienten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, auf die Länge und Häufigkeit der Behandlung durch das Krankenhaus und im Krankenhaus auf den

unterschiedlichen Ressourceneinsatz in den verschiedenen Behandlungsphasen.

- Diagnosen sind ungeeignet, die Behandlungserfordernisse vorauszusagen. Daher sind diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) für die Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter ungeeignet. Tagesbezogene Entgelte stellen daher die präferierte Vergütungsform dar. Fallbezogene Entgelte hingegen führen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu Fehlanreizen und zur Fehlsteuerung.
- Im Sinne eines durchgängigen Finanzierungssystems müssen gleiche Leistungen nach denselben Regeln finanziert werden. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein Recht auf bedarfsgerechte Gleichbehandlung unabhängig vom Schweregrad psychischer Erkrankungen und unabhängig davon, ob sie im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandelt werden.
- Die Begleitforschung zur Bewertung der Effekte der Einführung des Entgeltsystems muss sobald als möglich implementiert werden. Sie sollte besonders prüfen, ob 1. die Wiederherstellung einer Personalbesetzung von 100% Psych-PV tatsächlich erfolgt, 2. ob die durch das neue Entgeltsystem entstandenen Veränderungen am Leistungsangebot und die zur Verfügung stehenden Personalressourcen bedarfsgerecht sind.
- In Anbetracht der komplexen Anforderungen an das neue Entgeltsystem ist der bisherige Zeitplan kaum umsetzbar. Bestimmte Voraussetzungen, z.B. Leistungsbeschreibungen oder Merkmalskriterien, die den Ressourcenverbrauch definieren, sind noch unzureichend.
- Die Verbände treten ein für die Verbesserung der ambulanten wohnortnahen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (einschließlich der Förderung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung) und die Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die unterschiedlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen sowie die unterschiedliche

Vergütungssystematik zwischen ambulanter vertragsärztlicher Versorgung und Versorgung durch Institutsambulanzen sind unzureichend und müssen weiter entwickelt werden.

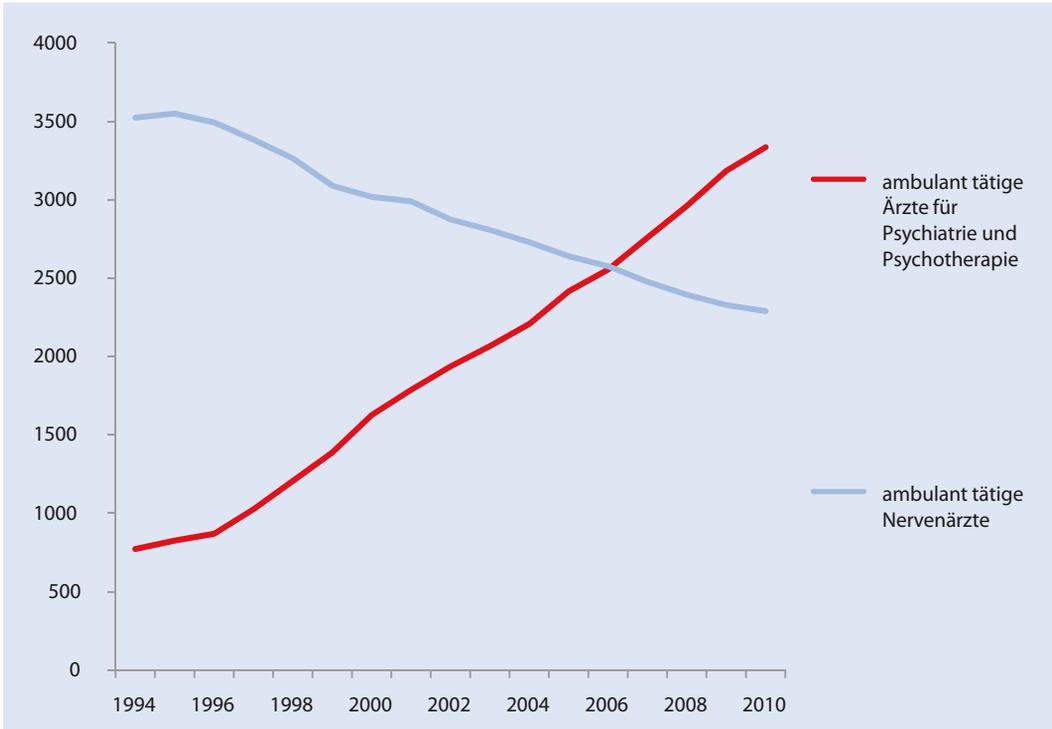
Der Hilfebedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist komplex und betrifft viele Lebensbereiche. Daher hat der Gesetzgeber in § 27 SGB V festgelegt, dass »bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist«. Auf dieser Grundlage hat sich ein ebenso differenziertes vernetztes Versorgungssystem entwickelt. Die Gefahr besteht, dass die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems an den besonderen Bedürfnissen der betroffenen Menschen vorbeigeht und keine Akzeptanz findet. Daher fordern die Verbände die Einrichtung eines Beirats, bestehend aus Betroffenen, Angehörigen und unabhängigen Fachexperten beim BMG, der die sachgerechte Umsetzung und Vermittlung des KHRG unterstützt.

3.2.2 Ambulante Versorgung

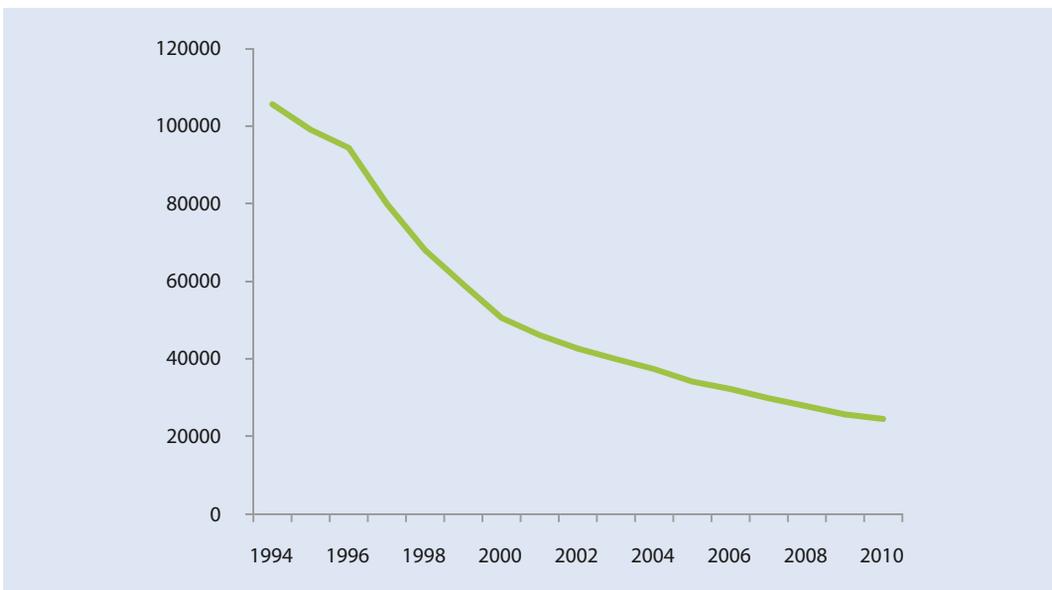
Nachfrage und Angebot im ambulanten Sektor

Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist in den letzten 15 Jahren deutlich gestiegen. Gleichzeitig nahm die Zahl der Nervenärzte erwartungsgemäß aufgrund der Facharztumstellung ab (■ Abb. 3.6). Auch das Verhältnis zwischen Einwohner pro ambulant tätigem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hat sich analog der Entwicklung im stationären Sektor erfreulicherweise deutlich verbessert (■ Abb. 3.7). Ebenso ist die Zahl der nervenärztlichen bzw. psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Insgesamt gab es im Jahr 2008 deutschlandweit 1.845 psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen (■ Tab. 3.2).

Die DGPPN beobachtet jedoch mit Sorge die Situation der ambulanten Versorgung psychisch Kranker in Deutschland. Seit Jahren verschlechtern sich die Rahmenbedingungen dramatisch, unter denen niedergelassene Psychiater und Nervenärzte psychisch kranke Patienten behandeln müssen. Der vertragsärztliche Sicherstellungsauftrag ist da-



■ **Abb. 3.6** Entwicklung der Zahl der ambulant tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Nervenärzte (zusammengestellt aus Daten der Bundesärztekammer)



■ **Abb. 3.7** Einwohner je ambulant tätigem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (zusammengestellt aus Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Tab. 3.2 Anzahl psychiatrischer sowie nervenärztlicher Praxen 2008 (Bundesarztregister der KBV 2008, zusammengestellt aus Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Praxisart	Anzahl Praxen Psychiatrie und Psychotherapie	Anzahl Praxen Nervenheilkunde
Einzelpraxen	1.640	
Fachgleiche Gemeinschaftspraxen	179	
Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen	26	
Praxen insgesamt	1.845	1.400

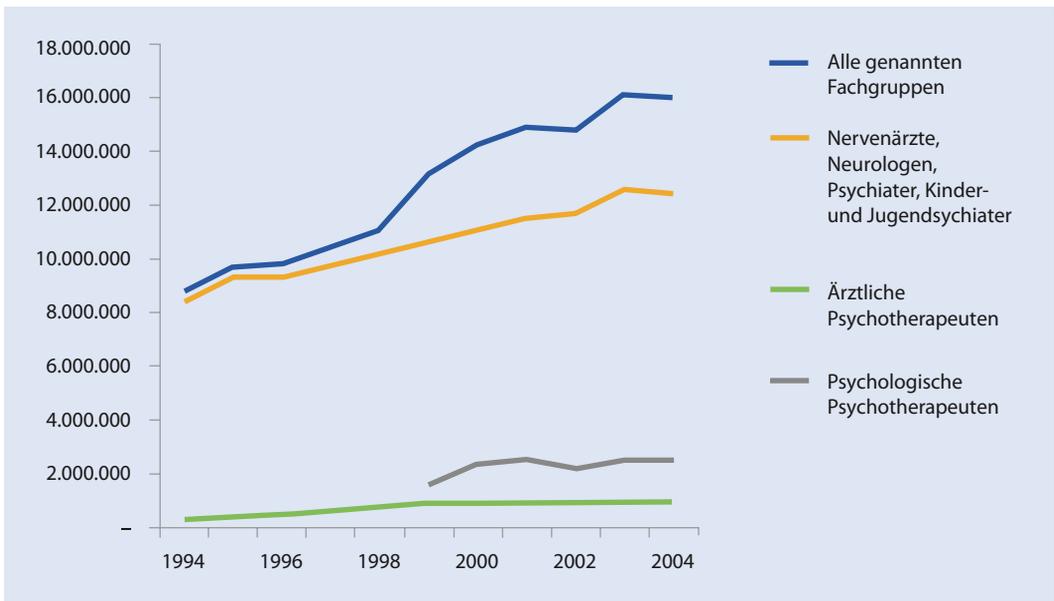


Abb. 3.8 Entwicklung der Fallzahlen bei niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern und anderen Fachgruppen. (Berechnet von IGES 2007 nach Daten der KBV)

durch in zunehmend mehr Regionen Deutschlands nicht mehr ausreichend erfüllt bzw. erfüllbar. Konsequenzen dieser Entwicklung sind Aufgabe von Praxen, Reduzierung des Leistungsumfanges sowie teilweise Umwandlung von überwiegend psychiatrisch ausgerichteten Praxen in Psychotherapiepraxen. Dies hat regional bereits zu erheblichen Engpässen in der Versorgung geführt, die sich kurz- bis mittelfristig dramatisch verschärfen werden, wenn keine Gegensteuerung erfolgt.

Im Gutachten zur Struktur und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, das BVDN, BDN und BVDP zusammen mit

der Kassenärztlichen Vereinigung im Februar 2007 in Berlin vorgestellt haben (IGES 2007), wurde erneut die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen belegt. Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen steigen ebenso an wie die Fallzahlen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in den psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen (Abb. 3.8).

Der Umfang der (ausschließlich) psychiatrischen Versorgung durch ca. 5000 Nervenärzte und Psychiater beläuft sich bei steigender Fallzahl auf ca. 2 Mio. Fälle pro Quartal. Dies entspricht einem

■ **Tab. 3.3** Die 20 häufigsten gesicherten Diagnosen ambulant tätiger Psychiater (Quartal I/07–II/08; die 20 häufigsten ICD-Codes decken insgesamt 47% aller dokumentierten Diagnosen der Psychiater ab). (IGES 2010)

	ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl gesicher- te Diagnosen	Anteil an allen Diag- nosen	Anteil an allen Fällen
1	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	239.918	5,2%	11,3%
2	F43.2	Anpassungsstörungen	203.616	4,4%	9,6%
3	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	192.527	4,2%	9,1%
4	F34.1	Dysthymia	190.673	4,1%	9,0%
5	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	152.650	3,3%	7,2%
6	F20.0	Paranoide Schizophrenie	142.278	3,1%	6,7%
7	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	140.242	3,0%	6,6%
8	F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	104.221	2,3%	4,9%
9	F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	101.131	2,2%	4,8%
10	F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	94.486	2,1%	4,5%
11	F41.1	Generalisierte Angststörung	87.279	1,9%	4,1%
12	F45.0	Somatisierungsstörung	75.834	1,6%	3,6%
13	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	74.699	1,6%	3,5%
14	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	65.785	1,4%	3,1%
15	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	52.438	1,1%	2,5%
16	F43.0	Akute Belastungsreaktion	48.949	1,1%	2,3%
17	F51.0	Nichtorganische Insomnie	48.206	1,0%	2,3%
18	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	47.605	1,0%	2,2%
19	F20.5	Schizophrenes Residuum	42.954	0,9%	2,0%
20	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	42.811	0,9%	2,0%

Anteil von zwei Drittel bis drei Viertel aller ambulanten psychiatrisch, nervenärztlich und psychotherapeutisch versorgten Patienten (Fälle). Mit 11,3% stellen depressive Erkrankungen den stärksten Anteil aller Fälle (■ Tab. 3.3). Der Versorgungsauftrag durch ca. 400 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) wird auf 150.000–200.000 Fälle pro Quartal (ohne Kinder und Jugendliche) geschätzt (AOLG 2007), entsprechend 5–7% aller versorgten Patienten. Auch hier steigen die Fallzahlen. Zusätz-

lich versorgen ca. 15.000 Psychotherapeuten etwa 500.000 Patienten pro Quartal (ca. 15–20%) aller Patienten. Demenzerkrankungen sind u.U. wegen der Kodierungsmodalitäten auch unter G30.* kodiert und erscheinen möglicherweise deshalb in der Statistik nicht in repräsentativen Umfang.

Ursachen für der geschilderten Entwicklung sind:

- Ungünstige gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

- Gegenwärtiges Leistungsrecht
- Honorarverteilungsmechanismen zu Ungunsten der psychiatrischen bzw. Nervenarztpraxen

Indirekt wirken sich weiterhin aus:

- Überalterung der Ärzteschaft bei gleichzeitigem allgemeinem Ärztemangel
- Rationierung der Medikamentenversorgung (keine Off-label-Versorgung)
- Regressdrohungen bei Budgetüberschreitung

Behandlungsauftrag und Zielgruppen der Psychiatrischen Institutsambulanzen sind gesetzlich im SGB V § 118 definiert und auf die Vermeidung stationärer Behandlungen und die Sicherstellung ambulanter Versorgung für bestimmte Patientengruppen beschränkt. Die Behandlung in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) ist auf diejenigen Versicherten ausgerichtet, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung und wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung dieser Krankenhäuser angewiesen sind. In PIAs wird die Versorgung chronisch und komplex Erkrankter durch ein multiprofessionelles Team sichergestellt.

Das Verhältnis von Patientenzahlen, Erkrankungsschwere und Behandlungsbedarf auf der einen und verfügbaren Behandlungsangeboten und Finanzierungsbedingungen auf der anderen Seite ist ein wesentlicher Parameter für die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Hier bestehen zwischen Praxen für Psychiatrie, Nervenarztpraxen und Institutsambulanzen auf der einen und Psychotherapiepraxen auf der anderen Seite Ungleichgewichte (vgl. Melchinger 2008b), die durch qualitative oder quantitative Unterschiede in der Art der Leistungserbringung nicht begründbar sind. Diese Situation wirft vielmehr Fragen nach der sinnvollen Steuerung von Versorgungsressourcen auf, aber auch Fragen nach der Verteilungsgerechtigkeit.

Die DGPPN plädiert für eine effiziente Vernetzung und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgungskonzepte, deren wesentliche Voraussetzung eine deutliche Verbesserung der Honorierung im Vertragsarztbereich ist. Gesetzgeber, Kostenträger und die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung sind gefordert, die entstandenen

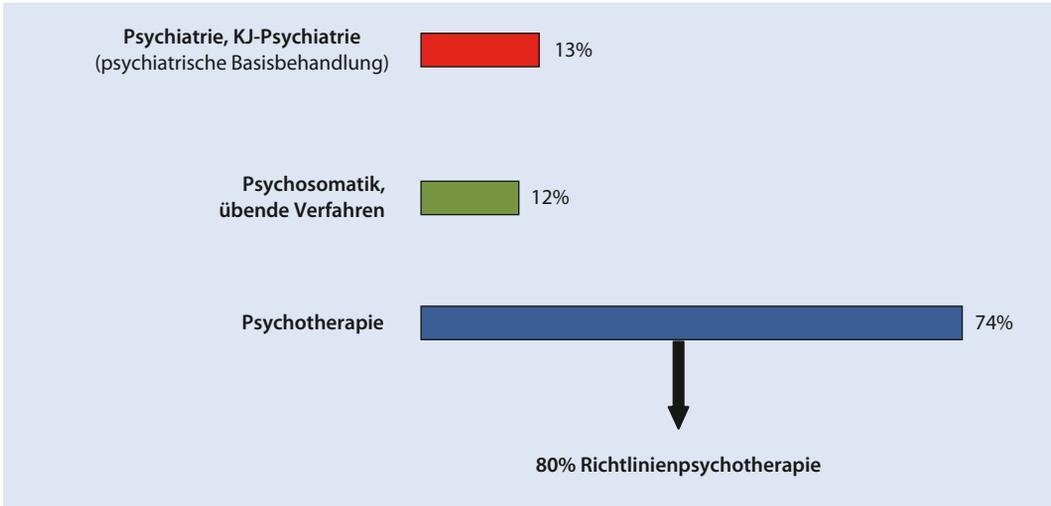
Disparitäten in der Vergütung zu beseitigen und eine ausreichend gute ambulante Versorgung der psychisch erkrankten Patienten inklusive der Kostenübernahme indizierter Off-label-Versorgung sicherzustellen.

Ausgaben in der ambulanten Versorgung

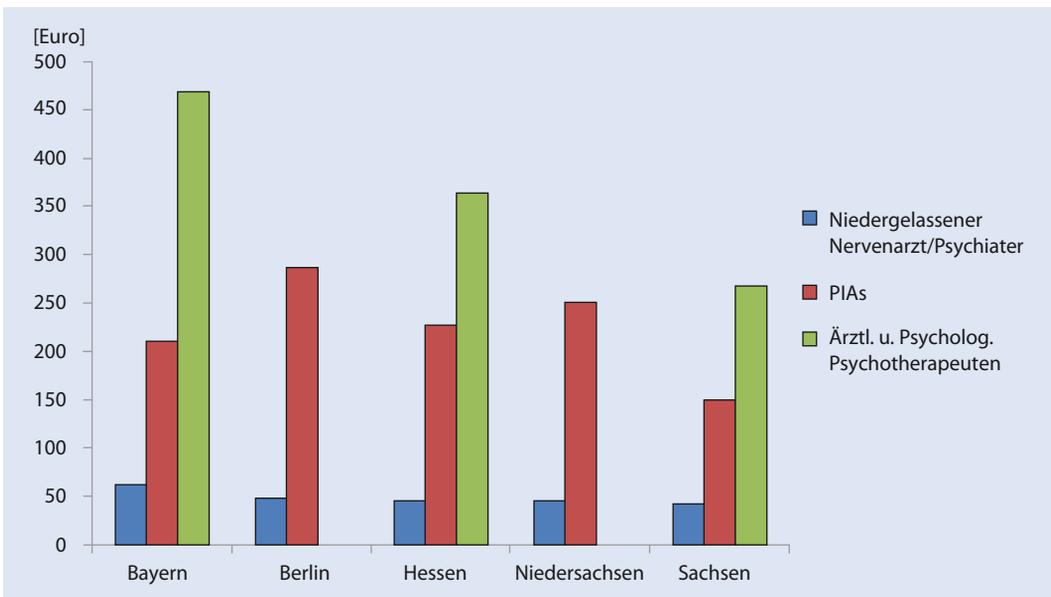
Der Versorgungsbedarf für Menschen mit psychischen Erkrankungen nimmt stetig zu. Mit ihm steigen die Gesamtausgaben für die Versorgung. Es ist zu bezweifeln, dass die derzeitigen Versorgungsstrukturen eine bedarfsgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung gewährleisten können. Es manifestiert sich eine Schieflage zwischen den Ausgaben für die psychiatrische Basisversorgung und den Ausgaben für Psychotherapie (■ Abb. 3.9, ■ Abb. 3.10, ■ Abb. 3.11). Die Arbeit als niedergelassener Nervenarzt/Psychiater wird dabei zunehmend unattraktiver, da die Vergütung psychiatrischer Leistungen im Vergleich zu psychotherapeutischen Leistungen erheblich geringer ist (■ Abb. 3.10). Angesichts dessen lässt sich ein Wechsel der registrierten Niederlassungen von psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen hin zu Praxen mit Schwerpunkt ärztlicher Psychotherapie erkennen.

Am Beispiel Bayern zeigt sich dieses Missverhältnis: Den hohen Fallanteilen (64,6%) der niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern stehen nur 23,3% Ausgabenanteile gegenüber, hingegen erhalten Psychologische Psychotherapeuten mit einem Anteil von 16,9% Fällen 43,9% Ausgabenanteile, Ärztliche Psychotherapeuten anteilmäßig ebenso prozentual mehr Ausgabenanteile als Fälle (■ Abb. 3.11).

Zwar wirkte sich die im Zuge der Gesundheitsreform im Januar 2009 in Kraft getretene Reform der Ärztehonorare zur Auflösung der erheblichen regionalen Unterschiede und Verwerfungen positiv auf die Honorare niedergelassener Nervenärzte und Psychiater aus (KBV 2010). Jedoch boykottierten vor allem die Länder-KVen in den letzten 18 Monaten nachhaltig die Berechnungsgrundlagen von Regelleistungsvolumina, darüber hinaus kam es zu einer Begrenzung der sog. freien Leistungen. Dies führte de facto zu einer Verringerung von ursprünglich intendierten Umverteilungen



■ **Abb. 3.9** Ausgabenanteile für Leistungen gemäß EBM-G II-V. (Nach Melchinger et al. 2006)

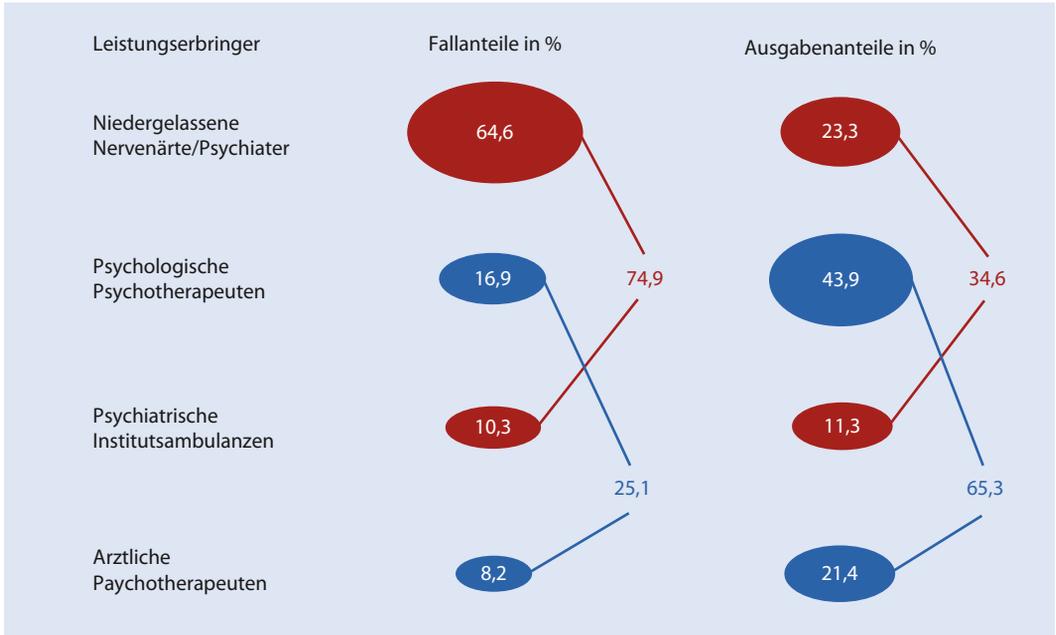


■ **Abb. 3.10** Erstattung je psychiatrischem/psychotherapeutischem Fall im Quartal. (Melchinger 2008b)

zwischen den Fachgruppen. Aber auch Steuerungseffekte innerhalb der Fachgruppen wurden durch freie Leistungen geblockt. Dies führte vor allem zu Problemen in psychiatrischen Praxen mit tendenziell niedrigen Fallzahlen.

Die Fachgruppe der Psychiater profitierte von der Honorarreform überwiegend erst ab dem

3. Quartal 2009, denn zu diesem Zeitpunkt kam es zu einer Ex-Budgetierung der psychiatrischen Gesprächsleistungen für Psychiater und Nervenärzte. Diese wurden ab 01.07.2009 als freie Leistungen behandelt, jedoch kam es zu einer exorbitanten Inflation mit der Folge, dass die freien Leistungen in erheblicher Weise die zur Verfügung stehenden



▣ **Abb. 3.11** Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile in der ambulanten psychiatrischen Versorgung am Beispiel Bayern 2006. (Melchinger 2008b, Daten der KV Bayern)

Gelder für die Regelleistungsvolumina (RLV) kanibalisieren mit der Folge, dass die RLV in jedem Quartal weiter absanken. Eine erhebliche Zunahme der Fallzahlen in allen Fachgebieten sowie hohe Vorwegabzüge (innerhalb einer Gesamtvergütung) führen jedoch dazu, dass noch deutlicher als in früheren Quartalen jetzt auch regionale Unterschiede zu Tage treten und zu ganz erheblichen Verwerfungen in den RLV der Fachgruppen in den einzelnen Länder-KVen führen.

Angesichts dieser Entwicklungen und der Beobachtung, dass die Facharztgruppe der Psychiater und Nervenärzte nach wie vor am unteren Ende der Gehaltsskala von niedergelassenen Ärzten liegt, muss eine Verbesserung der Honorarsituation auch zukünftig Ziel der DGPPN sein.

3.2.3 Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Die gewachsene Bedeutung und Akzeptanz der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie spiegelt sich in den deutlich angestiegenen und weiter an-

steigenden Unterbringungs- und Patientenzahlen (▣ Tab. 3.4). In psychiatrischen Krankenhäusern wurden 1970 auf Grundlage des § 63 StGB 4222 Patienten behandelt, im Jahr 2010 hat sich die Zahl der Untergebrachten in den alten Bundesländern auf beinahe 6600 erhöht. Noch deutlicher fiel der Anstieg der in Entziehungsanstalten gemäß § 64 StGB untergebrachten Patienten aus: Von 179 Patienten im Jahr 1970 auf über 3000 im Jahr 2010. Hinzu kommen mit der bundesweiten Einführung von forensischen Ambulanzen bedingt entlassene Patienten, die für die Dauer der Bewährung ambulant behandelt werden. Insofern hat sich die Zahl forensisch psychiatrischen Patienten im beschriebenen Zeitraum beinahe verdreifacht. Hierzu trägt insbesondere die gegenwärtig – mit zum Teil deutlichen regionalen Unterschieden – auf etwa 6,5 Jahre gestiegene Verweildauer im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB bei. Dabei arbeiten psychiatrische Krankenhäuser sehr erfolgreich. Weniger als 10% der aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten wird wegen einer neuen Straftat verurteilt.

Ausgehend von der hohen Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen kommt der

Tab. 3.4 Untergebrachte (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West), Strafgefangene, Sicherungsverwahrte und Patienten der allgemeinen Psychiatrie (Alte Bundesländer einschl. Berlin-West 1970-1990, ab 1995 Deutschland); Quelle: Statistisches Bundesamt

Maßregelvollzug nach §§ 63,64 StGB			Zum Vergleich		
Jahr	Psychiatrisches Krankenhaus (§ 63)	Entziehungsanstalt (§64)	Strafvollzugsanstalt	Sicherungsverwahrung	Psychiatrie (aufgestellte Betten)
1970	4222	179	35209	718	117596
1975	3494	183	34271	337	115922
1980	2593	632	42027	208	108904
1985	2472	990	48212	190	94624
1990	2489	1160	39178	182	70570
1995	2902	1373	46516	183	63807
2000	4098	1774	60798	219	54802
2005	5640	2473	63533	340	53021 (2004)
2010	6569	3021	60693	524	53061 (2008)

Justizvollzugspsychiatrie eine zunehmende Versorgungsrelevanz zu. Dabei wird die Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsstandards eine angemessene materielle, personelle und organisatorische Ausstattung fördern.

Angesichts der demographischen Entwicklung in der Bevölkerung werden sich die Aufgaben der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie in den kommenden Jahren absehbar verändern. Es ist mit einer rückläufigen Delinquenz zu rechnen, wohl überwiegend dadurch begründet, dass die Zahl junger Männer, die überwiegend als Straftäter in Erscheinung treten, entsprechend der demographischen Entwicklung sinkt. Dementsprechend rückläufige Kriminalitätsraten sind bereits erkennbar und werden sich in der Zukunft verstärken. Dagegen ist bereits jetzt eine Zunahme älterer Maßregelvollzugspatienten erkennbar und drängt auf eine Veränderung der Unterbringungsverhältnisse. Hierzu tragen die gestiegenen Anforderungen an eine günstige Legalbewährung, die eine Entlassung erschweren oder hinauszögern, ebenso wie die zu erwartende häufigere Zuweisung älterer vitaler Menschen bei. Es ist zu erwarten, dass in höherem Alter zugewiesene, aber nicht entlassbare Senioren sich in zunehmender Zahl in den Maßregelkliniken

aufhalten werden. Dies verändert die Patientenstruktur im Maßregelvollzug und stellt die Kliniken vor neue Herausforderungen bei der Behandlung älterer, auch somatisch erkrankter, multimorbider Patienten. Die Einrichtung spezialisierter besonderer Stationen mit der Möglichkeit, somatisch beeinträchtigte Patienten suffizient zu behandeln und das nötige Maß an Sicherung bereitzustellen, wird eine die überregionale Kooperation fordernde Herausforderung in den kommenden Jahren sein.

Der Maßregelvollzug als »letzte Wiese« des ärztlichen Betätigungsfeldes wurde und wird vom Mangel an qualifizierten Ärzten besonders getroffen. Frei gebliebene Positionen bedingten zum Teil Versorgungs- und Behandlungsempässe, daneben werden Tätigkeiten zunehmend nicht ärztlichen Mitarbeitern übertragen. Die ohnehin seit jeher interdisziplinär arbeitende und ausgerichtete Forensische Psychiatrie und Psychotherapie wurde zum attraktiven Arbeitsfeld insbesondere auch für Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten.

Qualifikationsbestrebungen seitens der DGPPN mit Einführung des Zertifikates Forensische Psychiatrie sowie nachziehend der Landesärztekammern mit Einführung der Schwerpunktbezeichnung »Forensische Psychiatrie« verbesserten Qualität und

Standards der Begutachtung. Inzwischen wurde das DGPPN Zertifikat »Forensische Psychiatrie« von über 200 Fachärzten erworben. Eine Vielzahl zertifizierter Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie spiegelt gewachsenes Interesse und Dynamik des Faches wieder.

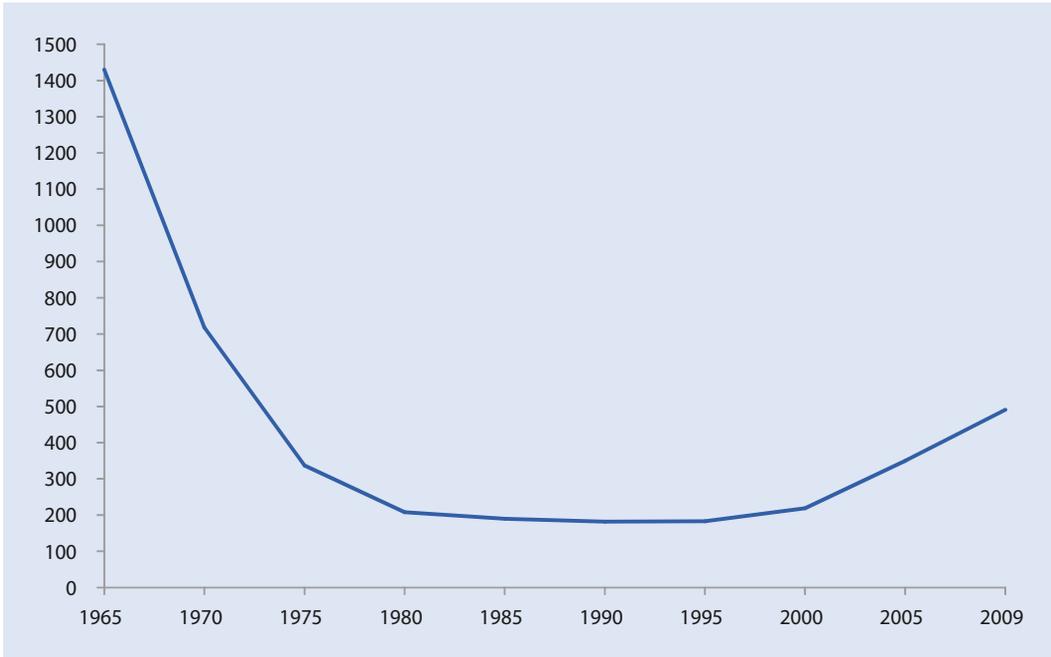
2011 forderte das Bundesverfassungsgericht eine gesetzliche Grundlage für die Zwangsbehandlung von Patienten und stärkte damit die Rechte der im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten. Ebenfalls 2011 verwarf das Bundesverfassungsgericht die Regelungen der Sicherungsverwahrung und stärkte die Rechte der Verwahrten, wobei an zentraler Position Therapie und Behandlung gefordert wurden. Diese Stärkung der Patientenrechte korrespondiert mit einem zunehmend Ressourcen bindenden Beschwerdewesen im Maßregelvollzug, wobei der therapeutische Anspruch auf Besserung mitunter hinter der Auseinandersetzung um Rechtspositionen zurückzutreten scheint: Der Behandler imponiert dann weniger als Helfender als vielmehr als eigentlicher Opponent. Die auferlegte und gerichtlich angeordnete Behandlung wird dann als Zwang wahrgenommen, die Mitwirkung verweigert. Die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung wurde seitens des Bundesverfassungsgerichts bis zu einer gesetzlichen Neuregelung deutlich eingeschränkt. Bei Ausbleiben der Behandlung einer zumindest unbehandelt mit Gefährlichkeit verbundenen Störung kann eine Entlassung nicht verantwortet werden, sodass grundsätzlich behandelbare Patienten ungelockert und in einem mit Gefährlichkeit verbundenen Zustand im psychiatrischen Krankenhaus verwahrt werden müssen. Eine grundsätzlich mögliche Behandlung entsprechend dem Patientenwillen nicht durchzuführen und den Betroffenen stattdessen langfristig zu verwahren, ist ärztlich und ethisch aber mehr als bedenklich. Diese zumindest zweischneidige Stärkung von Patientenrechten steht ärztlichem Auftrag, Ethos und Selbstverständnis völlig entgegen.

Die beschriebene Stärkung von Patientenrechten geht auf der anderen Seite mit einem zunehmenden und sehr berechtigten Anspruch der Öffentlichkeit auf Schutz und Sicherheit einher. In den letzten Jahren führte dies zu einer immer restriktiveren Lockerungs- und Entlassungspraxis, so dass

insbesondere Sexualstraftäter und Patienten mit Missbrauchsdelikten schwerer locker- und entlassbarer geworden sind. In der Folge erhöhte sich der Prozentsatz an Sexualstraftätern im Maßregelvollzug auf inzwischen etwa ein Drittel bei weiterhin steigender Tendenz. Mit dem berechtigten Sicherheitsanspruch der Öffentlichkeit wuchsen auch die Anforderungen an Entlassungsvorbereitung und Legalbewährung. Eine zentrale Herausforderung der kommenden Jahre wird darin bestehen, auf dem Hintergrund der berechtigten Anforderungen der Öffentlichkeit und angesichts der Stärkung der Rechte der Patienten auch die gebotene und notwendige Behandlung zu ermöglichen.

Sicherungsverwahrung

Mit Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. Mai 2011 wurden die Regelungen der Sicherungsverwahrung verworfen und dem Gesetzgeber aufgelegt, binnen zwei Jahren eine Neuregelung zu treffen. Die Psychiatrie und insbesondere die forensische Psychiatrie sind von der Neugestaltung besonders betroffen, da die weitere Unterbringung gemäß Therapieunterbringungsgesetz auch an eine festzustellende »psychische Störung« gebunden wird. Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen und insbesondere auch Sicherungsverwahrten besteht die Gefahr, dass eine festzustellende »psychische Störung« zum Vorwand der langfristigen Verwahrung genommen wird. Dies wurde seitens der DGPPN in zwei Stellungnahmen aus dem Jahr 2011 als ein Missbrauch der Psychiatrie bezeichnet (DGPPN 2011a, b). Darüber hinaus wurde seitens des Bundesverfassungsgerichts eine Intensivierung von Therapie einschließlich zu gewöhnlicher Lockerungsmaßnahmen postuliert. Seitens der DGPPN wurde auf das Problem einer Inflationierung des Begriffs Therapie hingewiesen und davor gewarnt, Möglichkeiten einer Therapie von schwer erreichbaren Probanden, die bislang Therapieangebote nicht wahrgenommen hatten bzw. durch Therapieangebote nicht veränderbar waren, zu überschätzen und unberechtigte Hoffnungen zu schüren. Zugleich wurde seitens der DGPPN die Einrichtung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe gefordert, um die durchaus begrüßte Notwendigkeit der Neuregelung und Neukonzeption der Maßregel konstruktiv zu begleiten. Die Notwen-



■ **Abb. 3.12** Entwicklung der Zahl der Sicherungsverwahrten 1965–2009. (Daten des Statistischen Bundesamtes)

digkeit und Relevanz der Neuregelung wird durch angestiegene Verwahrtenzahlen unterstrichen, die verdeutlichen, dass der Ausnahmecharakter dieser Maßregel zumindest Gefahr läuft, verloren zu gehen (■ Abb. 3.12). Denkbar wäre beispielsweise eine Revitalisierung der Grundgedanken des bei der Großen Strafrechtsreform konzipierten, aber nie in Kraft getretenen § 65 StGB als eigenständige Sanktionsform bzw. Maßregel, insbesondere für nicht im engeren Sinn psychisch kranke, chronische Rückfallkriminelle. Angesichts der ständigen Gefährdung der Psychiatrie, für kriminalpolitische Zwecke vereinnahmt zu werden, wird es eine wesentliche Herausforderung der Psychiatrie bleiben, einer Diffamierung und Stigmatisierung psychisch Kranker entgegen zu wirken. Zugleich darf sich die forensische Psychiatrie und Psychotherapie dem Auftrag, psychisch gestörte Straftäter zu behandeln, nicht grundsätzlich verschließen.

In der öffentlichen Wahrnehmung steht der Teil der forensischen Psychiatrie, der sich nicht mit strafrechtlichen Aspekten auseinandersetzt, zu Unrecht im Hintergrund. Forensisch psychiatrische Beurteilungen psychisch beeinträchtiger

Menschen sind auf allen Rechtsgebieten relevant und ziehen im Einzelfall bedeutsame Entscheidungen nach sich. Dies berührt die Beurteilung von Geschäftsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Unfallfolgen, um nur einige zu nennen. Angesichts der Altersentwicklung in der Bevölkerung ist mit einer Zunahme von forensisch-psychiatrischen Beurteilungen im letzten Lebensdrittel zu rechnen. Auswirkungen demenzieller Erkrankungen auf Geschäftsfähigkeit und Urteilsvermögen sowie insbesondere die Beurteilung von Testierfähigkeit bei der Überprüfung der Gültigkeit von Testamenten sind von steigender Relevanz. Als weitere Herausforderung auf dem nichtstrafrechtlichen Beurteilungsfeld gilt es, Standards und Richtlinien zu erarbeiten und zu etablieren, wie auf strafrechtlichem Gebiet bereits geschehen.

3.3 Versorgungsqualität

Angesichts der aktuellen Versorgungslücken ist es besonders schwierig, die Qualität der Versorgung psychisch kranker Patienten auch zukünftig

■ **Tab. 3.5** Leitlinien der DGPPN

Störungsbild	Jahr	Entwicklungsstufe
Unipolare Depression	2009	S3/NVL
Demenz	2009	S3
Schizophrenie	2006	S3
Persönlichkeitsstörungen	2009	S2
Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie	2009	S2
Störungen der sexuellen Präferenz	2007	S1
Psychosoziale Therapien	2005	S1
Psychopharmakotherapie	2003	S1
Affektive Störungen	2000	S1
Essstörungen	2000	S1
Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen	2000	S1

■ **Tab. 3.6** Leitlinien in Kooperation mit der DGPPN

Störungsbild	Jahr	Entwicklungsstufe
Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms	2008	S3
Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis	2003	S3
Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung	2008	S2
Begutachtung von Schmerzen	2007	S2
Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen	2006	S2
Medikamentenabhängigkeit	2006	S2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene	2004	S2
ADHS im Erwachsenenalter (aktuell in Überarbeitung)	2003	S2

zu gewährleisten. Bereits heute kann die aufwändige Dokumentation nicht immer gewährleistet und auch die Zeit für Arzt-Patient- oder Arzt-Angehörigen-Gespräche nicht verkürzt werden, um die grundlegende Versorgung der Patienten zu erhalten. Auch die Kürzung der Behandlungsleistungen führt zunehmend zu geringerer Versorgungsqualität. Gegeninitiativen können hier nur ein faires Abrechnungssystem psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistung sein, ebenso wie die Etablierung von Zusatzangeboten, die die notwendige Besetzung

von ärztlichen Stellen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie wiederherstellen.

3.3.1 Versorgungsleitlinien

Im Sinne der Qualitätssicherung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt die DGPPN seit vielen Jahren federführend und in Kooperation mit anderen Verbänden und Institutionen praxisbezogene Leitlinien (■ Tab. 3.5, ■ Tab. 3.6, ■ Tab. 3.7).

■ **Tab. 3.7** Aktuelle Leitlinienvorhaben der DGPPN

Störungsbild	Geplante Fertigstellung	Entwicklungsstufe
<i>Neue Leitlinien</i>		
Zwangsstörungen	2012	S3
Bipolare Störungen	2012	S3
Notfallpsychiatrie	2012	S2
Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie	2012	S3
<i>Zur Überarbeitung</i>		
Psychosoziale Therapien	2012	S3
ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	2012	S3
Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen	2012	S3
Suchterkrankungen	2012	S3
Schizophrenie	2012	S3
Depression	2013	S3
Demenz	2013	S3

Erstes Ziel einer Behandlungsleitlinie ist es, allen in der Krankenversorgung tätigen Personen Wissen zur Verfügung zu stellen, um psychische Erkrankungen und Störungen nach den gültigen Regeln der Heilkunst diagnostizieren und behandeln zu können. Im Vorstand der Fachgesellschaft wird regelmäßig die Entwicklung von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen und Störungen vorbereitet und dann gemeinsam mit anderen Akteuren realisiert. Im Mittelpunkt der Diskussionen stehen dabei Fragen der Durchführung spezieller Behandlungsformen sowie zur Indikation verschiedener Behandlungssettings. In die Leitlinien fließen vor allem Erkenntnisse ein, die empirisch begründet sind. Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die in den Leitlinien berücksichtigt werden, müssen zudem unter den beteiligten Experten und in der Fachwelt anerkannt sein.

Die Erstellung der Leitlinien orientiert sich eng an den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die AWMF begleitet den Prozess durch methodische Expertise und externe Moderation des Konsensusprozesses.

Leitlinien der AWMF

Stufe 1 (S1): Informelle Konsensusleitlinie

- Leitlinien der 1. Stufe (S1) werden von einer repräsentativen Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet.

Stufe 2 (S2): Expertenleitlinie mit formaler Konsensusfindung

- In der 2. Stufe werden diese Leitlinien durch eine Diskussion der Evidenz für die abgegebenen Aussagen und Empfehlungen ergänzt und in einem formalen, evaluierten Konsensusprozess als S2-Leitlinie verabschiedet.

Stufe 3 (S3): Diese Leitlinien erfüllen die fünf Kriterien der Leitliniensystematik:

- Eine spezielle Logik (klinischer Algorithmus, Entscheidungsbaum): »Wenn-dann«-Logik auf einem Problemlösungspfad. Das diskutierte Disease Management, d. h. Gesamtbetrachtung aller diagnostischen Methoden und Behandlungswege, ist in der Regel Teil eines solchen klinischen Algorithmus. Leitlinien sind deshalb eine Voraussetzung von Disease Management.

- Eine formale und transparente Konsensfindung mit evaluierten Verfahren (sog. nominaler Gruppenprozess).
- Eine formale und transparente wissenschaftliche Beweisführung: die systematische Recherche, Beurteilung und Verwendung von gegenwärtigen Forschungsergebnissen als Basis für klinische Entscheidungen. Gesundheitsversorgung basiert auf wissenschaftlicher Evidenz, abgeleitet von den besten vorgelegten Studien.
- Eine formale Outcome-Analyse (klinisches Gesamtergebnis) mit klarer Stellungnahme zur klinischen Relevanz (Werteordnung), mit Methoden der quantitativen und der qualitativen Analyse.
- Eine formale Analyse der Kosteneffektivität: Vergleich der Kosten bei gleichem medizinischem Ergebnis (Outcome).

2009 hat die DGPPN nach der S3-Leitlinie Schizophrenie zwei weitere S3-Leitlinien herausgebracht:

- S3-Leitlinie Unipolare Depression, die gleichzeitig Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) ist
- S3-Leitlinie Demenz

Insbesondere depressive Störungen haben eine hohe gesundheits- und gesellschaftspolitische Relevanz. Allein in Deutschland sind bereits heute schätzungsweise 5% der Bevölkerung, also etwa 4 Mio. Patienten, betroffen. Trotz dieser hohen Zahl wird die Volkskrankheit Depression in der Hälfte der Fälle nicht diagnostiziert und deshalb oft nur unzureichend oder gar nicht behandelt, obwohl die Möglichkeiten der Behandlung in den vergangenen Jahren immer besser geworden sind.

Um die Defizite in der Versorgung abzubauen und das wissenschaftlich-medizinische Know-how in Diagnostik und Therapie von depressiven Erkrankungen nachhaltig zu verbessern, hat die DGPPN eine kombinierte Behandlungs- und Versorgungsleitlinie (S3-LL und NVL) zur unipolaren Depression initiiert und koordiniert. Experten aus insgesamt 28 Fachgesellschaften und Organisationen sowie Vertreter von zwei Patientenorganisationen haben die Leitlinie gemeinsam erarbeitet

und diese als kombinierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie herausgegeben. Die Leitlinie Unipolare Depression ist die erste Leitlinie, die gleichzeitig als NVL und S3-Leitlinie entwickelt wurde. Mit der S3-Leitlinie Demenz wurden erstmals detailliert für Deutschland Standards der wissenschaftlichen und klinischen Fachgesellschaften für diese wichtige Erkrankung festgeschrieben. Mit beiden Leitlinien werden wichtige Lücken in der Qualität der Behandlung psychisch Kranker geschlossen. Beide Leitlinien befinden sich derzeit in Vorbereitung zur Aktualisierung im Jahr 2013. Zum Abschluss für 2012/2013 sind des Weiteren als neue Leitlinien vorgesehen die S2 Leitlinie Konsiliar und Liaison Psychiatrie, die S3 Leitlinie Zwangsstörungen, die S3 Leitlinie Bipolare Störungen, für 2012 die S3 Leitlinien Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie sowie die S2 Leitlinie Notfallpsychiatrie (■ Tab. 3.7). Die Finanzierung von psychiatrischen Leitlinien erfolgt in der Regel ausschließlich durch die DGPPN und immer ohne jede Beteiligung der Industrie.

3.3.2 Routinedaten/Berichtswesen

Ein wichtiges Instrument für ein kontinuierliches Monitoring der Versorgungsqualität ist die Erfassung von Routinedaten und daraus abgeleiteten Qualitätsindikatoren. Von der DGPPN wurde deshalb 1995 die Basisdokumentation (BADO) für psychiatrische Kliniken mit über 70 soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen empfohlen. Eine routinemäßige Auswertung und Aufbereitung der Daten ist heute mit der Verfügbarkeit von elektronischen Krankenakten deutlich einfacher und praktikabler geworden als zum Zeitpunkt der Einführung der DGPPN-BADO. Dennoch ist der Durchdringungsgrad an den psychiatrischen Kliniken nach verbreiteter Einschätzung eher gering und es existiert keine übergreifende Auswertung. Aus diesem Grund ist die Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland sehr unvollständig und lückenhaft, insbesondere im Vergleich zu west- und nordeuropäischen Ländern, in denen es ein einheitliches gesetzlich geregeltes Berichtswesen gibt. Hingegen

sind z. B selbst vergleichsweise »harte« Daten wie die Quoten und Raten gerichtlicher Unterbringungen in Deutschland nur sehr schwer zu ermitteln.

Im Hinblick auf Qualitätsindikatoren und Klinikvergleiche (Benchmarking) gibt es zahlreiche mit erheblichem Engagement betriebene Initiativen. Diese betreffen jedoch immer nur einzelne Kliniken oder Klinikverbünde, entsprechend der Vielzahl unterschiedlicher Träger und Leistungsanbieter. Ein einheitliches Set allgemein anerkannter und verbindlicher Qualitätsindikatoren für stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gibt es bisher in Deutschland nicht.

Gleichermaßen schlecht dokumentiert ist der für die psychiatrische Versorgung stets besonders sensible Bereich freiheitsentziehender Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Isolierungen. Hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer der Anwendung dieser Maßnahmen existieren trotz eines nicht unerheblichen fachlichen und öffentlichen Interesses und der offensichtlichen Bedeutung als Indikator für die Versorgung keine systematischen versorgungsepidemiologischen Daten im Längs- und Querschnitt jenseits freiwilliger, im Wesentlichen regionaler Initiativen. Zumal die skandinavischen Ländern, Großbritannien, aber in jüngster Zeit auch die Niederlande und die Schweiz hier in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen haben, nicht nur nationale Vollerhebungen durchzuführen sondern auch qualitative Aspekte intensiv zu beforschen und Qualitätsstandards zu definieren, besteht hier in Deutschland Nachholbedarf.

3.4 Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie: Integrierte Versorgung

Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland ist auf einem sehr hohen Niveau. Die Fraktionierung in verschiedene Versorgungsbereiche belastet allerdings mit erheblichen Ressourcen und führt für psychisch kranke Menschen mit höherem Behandlungsbedarf verstärkt zu Problemen, eine kontinuierliche, angemessene und umfassende medizinische Versorgung zu erhalten. Eine bedarfsge-

rechte Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote entsprechend der gesetzlichen Regelungen des § 140a ff. SGB V, bei denen sich die Anbieter therapeutischer Leistungen in einer Region zu einer Versorgungsstruktur vernetzen und die gesamte Versorgung eines bestimmten Krankheitsbildes leisten, kann Grundlage für eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung psychisch Kranker sein. Seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 wurden daher verschiedene integrierte Versorgungsmodelle für psychische Erkrankungen entwickelt. Trotz der erfolgreichen Einrichtung sich daran orientierender regionaler IV-Projekte, wie z. B. des Netzwerkes »Seelische Gesundheit« Aachen, hat sich jedoch keine flächendeckende integrative Versorgung gebildet. Viele vorgeschlagene Projekte für psychische Erkrankungen wurden von den Krankenkassen abgelehnt. Leider sind bis 2010 von den über 5000 integrierten Versorgungsverträgen nur ca. 100 für die Versorgung von psychisch Kranken abgeschlossen worden. Dies liegt bisher an der unterschiedlich motivierten Zurückhaltung der Krankenkassen, sich dem Themengebiet der chronisch psychisch Kranken zu nähern. Durch den zunehmenden Kostendruck und den vom Gesetzgeber vorgesehenen Sparmaßnahmen lassen sich jedoch in naher Zukunft neue Initiativen erwarten, in die sich sowohl Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie als auch Vertragsärzte konstruktiv einbringen sollten.

Die DGPPN begrüßt in einer Stellungnahme (DGPPN 2010d) die Entwicklung, dass die Krankenkassen die Einrichtung von IV-Verträgen für psychische Erkrankungen nunmehr besser zu unterstützen scheinen. Die Fachgesellschaft fordert alle Leistungsanbieter auf, sich intensiv um eine Mitarbeit auf diesem Gebiet zu kümmern. Sie kritisiert aber aus grundsätzlichen Erwägungen das Engagement der pharmazeutischen Industrie in diesem Bereich und hinterfragt kritisch das Engagement von kommerziell arbeitenden Firmen. Da psychisch kranke Menschen häufig weniger in der Lage sind als andere Patienten, Alternativen zu suchen und zu wählen, sind solche Bestrebungen im Bereich psychischer Erkrankungen besonders kritisch zu sehen.

Im aktuellen Entwurf für ein Arzneimittelneuerordnungsgesetz (AMNOG) wurde jedoch eine

Erweiterung des § 140b SGB V beschlossen: Vertragspartner von Krankenkassen bei Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen können jetzt auch Pharmaunternehmen sein. Damit wird der Industrie weit über den Abschluss von Rabattverträgen hinaus die Möglichkeit eröffnet, psychiatrische Versorgung zu gestalten und zu organisieren.

Aktionsbündnis »Seelische Gesundheit«

Viele Interessenvertretungen in Deutschland, die sich für Aufklärung und Integration psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen sowie für eine Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen einsetzen, arbeiten diagnosespezifisch oder repräsentieren eine spezifische Gruppierung. Zur Bündelung der zahlreichen Gruppierungen, Organisationen und Verbände hat daher die DGPPN gemeinsam mit dem deutschen Antistigma-Verein Open the Doors im Jahr 2004 das Aktionsbündnis »Seelische Gesundheit« unter der Schirmherrschaft des Bundesministers für Gesundheit ins Leben gerufen. Heute beteiligen sich über 60 Vereine, Verbände und Initiativen an diesem bundesweiten Netzwerk. Zu den Mitgliedern zählen die Selbsthilfverbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker, viele diagnosespezifisch arbeitende Vereine sowie zahlreiche Organisationen aus den Bereichen Psychiatrie und Gesundheitsförderung. Das Aktionsbündnis »Seelische Gesundheit« setzt sich für die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung der seelischen Gesundheit sowie für die Entstigmatisierung und Aufklärung in der Bevölkerung ein. Ziel ist ein vorurteilsfreier und gleichberechtigter Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft.

<http://www.seelichegesundheits.net>

3.5 Rehabilitation

Viele psychische Erkrankungen neigen zu chronischem Verlauf und machen rehabilitative Therapiemaßnahmen notwendig. Die Weltgesundheits-

organisation (WHO) versteht unter Rehabilitation alle Maßnahmen, die darauf gerichtet sind zu verhindern, dass Aktivitätseinschränkungen aufgrund von Funktionsstörungen zu Einschränkungen der Teilhabe an Lebensbereichen führen sowie alle Maßnahmen die darauf gerichtet sind, das Ausmaß von Einschränkungen der Aktivität und der Partizipation zu verringern (BAR, Arbeitshilfen für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch Kranker und Behinderter Menschen 2010).

In vielen Behandlungsfällen ist – den vorliegenden evidenzbasierten Leitlinien entsprechend – nach Besserung der akuten Krankheitssymptomatik eine mehrwöchige rehabilitative Therapie zur langfristigen Stabilisierung und sozialen Reintegration notwendig.

Besonders relevant sind demnach rehabilitative Maßnahmen bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, wie etwa der Schizophrenie, affektiven Störungen und Suchterkrankungen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wird es zunehmend wichtiger, differenzierte Konzepte für die Rehabilitation im gerontopsychiatrischen Bereich zu entwickeln. Inzwischen liegen gute Wirksamkeitsnachweise für rehabilitative und psychosoziale Behandlungsbausteine vor: So lassen sich auf der Ebene von Gruppenvergleichen und katamnestic Studien die Erfolge rehabilitativer Maßnahmen, die Nachhaltigkeit rehabilitativer Strategien und deren methodische Elemente empirisch überprüfen, woraus mittlerweile entsprechende Behandlungsleitlinien (Praxisleitlinien Psychiatrische Rehabilitation, Jäckel et al., 2010) formuliert wurden.

Wirksame Elemente psychiatrischer Rehabilitation im Sinne evidenzbasierter Medizin sind unter anderem: Assertive Community Treatment (ACT), Case Management, Berufliche Rehabilitation, Supportive Employment. Auch verschiedene psychoedukative Verfahren einschließlich der Angehörigenarbeit sowie kognitive Trainingsprogramme sind als wirksam belegt. Eine differenzierte Psychopharmakotherapie ist auch in der Rehabilitationsphase ein zentraler und anspruchsvoller Behandlungsbaustein. Er erfordert in den entsprechenden Einrichtungen eine adäquate pharmakotherapeutische ärztliche Kompetenz. Hierauf hat die DGPPN bereits vor Jahren hingewiesen (DGPPN

2002). Darüber hinaus sind Benachteiligungen insbesondere bei alten und hoch betagten Patienten zu beobachten, die eine bestmögliche Rehabilitation dieser Altersgruppe behindern.

Eine Lücke im rehabilitativem Angebot für viele psychisch kranke Menschen ist dadurch entstanden, dass die »rehabilitative Behandlung« im Sinne der Personalverordnung Psychiatrie von 1991 (Psych-PV) in psychiatrischen Krankenhäusern heute de facto nahezu nicht mehr stattfindet. Dies ist im Wesentlichen erhöhtem Aufnahmepressure und verkürzter Verweildauer geschuldet und betrifft die rehabilitative Behandlung in allen Bereichen der Psych-PV (Allgemeinpsychiatrie, Sucht, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie). Rehabilitative Behandlungsprogramme, die früher im Krankenhaus stattfanden wie Psychoedukation, kognitives Training, Arbeitstherapie und viele Formen von Gruppentherapien finden heute nicht mehr oder nur noch in reduziertem Umfang statt. Ärzte, Psychologen und Pflegepersonal verbringen die Zeiten, die in der Psych-PV als Gruppentherapien vorgesehen waren, Untersuchungen zufolge heute im Wesentlichen mit Dokumentationsaufgaben.

Vor dem Hintergrund, dass psychiatrische Rehabilitation einerseits am Individuum orientierte Bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten berücksichtigt und andererseits kontextbezogene Faktoren des soziokulturellen Umfeldes der Betroffenen einbezieht, wird klar, dass eine strikte Trennung zwischen Therapie und Rehabilitation, wie in Deutschland praktiziert, fachlich nicht haltbar ist.

Für die Realisierung der genannten Therapiebausteine in den Behandlungspfaden für Menschen mit z. B. Schizophrenie, Depression oder Suchterkrankungen gibt es gegenwärtig kein überzeugendes und verbreitet realisiertes Versorgungsmodell. Derartige Therapieangebote sind teils in psychiatrischen Kliniken, teils in Tageskliniken, teils auch in Institutsambulanzen und auch in den zunehmend besser ausgebauten komplementären, über Wiedereingliederungshilfe finanzierten Einrichtungen vorhanden, jedoch unsystematisch, nicht sektorübergreifend koordiniert und oft nicht in ausreichendem Umfang. Spezielle Rehabilitationskliniken mit Schwerpunkt Psychosomatik können nur von einem sehr geringen Teil der

schwer psychisch Kranken in Anspruch genommen werden. Dies führt dazu, dass ein großer Teil dieser Patienten die gut evaluierten, evidenzbasierten rehabilitativen Therapiemöglichkeiten, die es für diese Störungsbilder gibt, nicht oder nicht in nichtausreichendem Maß erhält.

Die Behandlung vieler Menschen mit akuten psychischen Störungen in Einrichtungen der psychosomatischen Rehabilitation (also die Verlagerung eigentlich kurativer psychiatrischer Behandlung in den psychosomatischen Rehabilitationsbereich) wird oft damit begründet, dass der Begriff »Psychosomatik« eine höhere Akzeptanz haben könnte als eine »psychiatrische« Behandlung. Dies führt andererseits jedoch zu einer deutlichen Stigmatisierung der wesentlich größeren Zahl psychiatrischer Patienten mit identischen Diagnosen. Zu beobachten ist auch, dass ein Großteil der Patienten in psychosomatischen Einrichtungen nicht den Schizophrenien, bipolaren affektiven Störungen oder anderen schweren psychischen Erkrankungen zuzuordnen ist. Gerade Schizophrenien und affektive Störungen gehören jedoch, der WHO-Definition folgend, zu den Gruppen von psychischen Erkrankungen, die aufgrund der Schwere der Störung, des Ausmaßes an Funktionsbeeinträchtigungen und potentiell langfristigen Behinderungen differenzierter rehabilitativer Angebote bedürfen. Offensichtlich findet in der »psychosomatischen Rehabilitation« eine Selektion statt, die weder evidenzbasiert noch ärztlich vertretbar ist.

Diese Beobachtung unterstreicht die von den Psychiatrie-Beauftragten der Bundesländer bereits in ihrem Bericht aus dem Jahre 2007 beklagte Intransparenz dieses Versorgungsbereichs. Diese nicht nachvollziehbare Behandlungstradition in Deutschland widerspricht somit in bedenklicher Weise den weltweiten und vielerorts erfolgreichen Bemühungen – auch der WHO –, psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmodalitäten zu entstigmatisieren. Gerade in Deutschland sollte diesem Aspekt besondere Beachtung gewidmet werden. Dass sich in den letzten Jahrzehnten in der stationären Rehabilitation eine vom Ausland mit Verwunderung registrierte zweistrangige Versorgung von Patienten mit gleichen Diagnosen (und nur z. T. unterschiedlichem Schweregrad) in Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und Psycho-

somatik andererseits entwickelt hat, ist unter diesen Gesichtspunkten bedauerlich und muss dringend überdacht werden.

Zukünftig sollten an internationalen Versorgungsmodellen orientierte Projekte etabliert werden, die besonderes Augenmerk auf außerstationäre, integrierende Versorgungsmodule richten. Beispielhaft seien hier die in Großbritannien im Zuge der Deinstitutionalisierung etablierten Community Mental Health Teams (CMHT) genannt. Hierfür ist vor allem eine bessere Koordination von im deutschen psychiatrischen Versorgungssystem vorhandenen Leistungserbringern (z.B. Gemeinde-nahe Versorgungsverbände, Sozialpsychiatrische Dienste etc.) nötig. Unumgänglich sind aber wohl grundlegende Reformprozesse, die von den Akteuren des Gesundheitswesens (Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen) und der Politik gemeinsam getragen werden müssten, um den sogenannten »deutschen Sonderweg der (psychiatrischen) Rehabilitation« in Frage zu stellen bzw. den weiteren Ausbau von Doppelstrukturen, der sich im stationären/teilstationären und ambulanten Sektor abzeichnet, zu verhindern.

Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation sind zukünftig ebenso zu integrieren wie auch eine Weiterentwicklung von individuumsbezogenen Rehabilitationsprogrammen für schwer psychisch Kranke jenseits der bisher im oben beschriebenen Rehabilitationsprofil berücksichtigten Krankheitsgruppen. Die Weiterentwicklung und Evaluation rehabilitativer Konzepte bedürfen zudem noch erheblicher wissenschaftlicher Bemühungen. Dabei wird es in der psychiatrischen Rehabilitationsforschung zukünftig um stärkere Berücksichtigung der Betroffenen-sichtweisen gehen. Die Erfahrungen aus der zunehmenden Orientierung am einzelnen Patienten und an der sog. Recovery-Perspektive (Anthony, 1993) werden in die Entwicklung evaluierbarer Ergebnisvariablen einfließen müssen.

3.6 Pflege von Demenzkranken

Der GKV-Spitzenverband hat in Anlehnung an § 87b Abs. 3 SGB XI die »Richtlinien zur Qualifikation und Aufgaben von zusätzlichen Betreuungs-

kräften in Pflegeheimen« verabschiedet, die vom Bundesministerium für Gesundheit 2008 genehmigt wurden. Weiterhin hatte der GKV-Spitzenverband in Anlehnung an § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI Empfehlungen zur »Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater« beschlossen. Aufgabe der Betreuungskräfte ist es, Betroffene in enger Kooperation mit den Pflegekräften bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lesen, Basteln usw. zu begleiten und zu unterstützen.

Die DGPPN begrüßt alle Bestrebungen, um die Versorgung und Pflege von Patienten mit Demenzerkrankungen zu verbessern. Dabei ist nachdrücklich daran zu erinnern, dass viele Patienten mit Demenzen an dem Verlust vieler Fähigkeiten leiden, die für eine selbstständige Gestaltung des Alltags unverzichtbar sind. Die Erkrankung ist nicht nur durch den zunehmenden Verlust des Gedächtnisses geprägt, sondern wird von weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Apathie oder erhöhter Reizbarkeit als auch gravierenden organischen Störungen wie z.B. Inkontinenz, Gangstörungen, Sprach- und Sprechstörungen begleitet. Zudem werden die Betroffenen in unserer Gesellschaft oft stigmatisiert. Eine intensive, kompetente pflegerische Betreuung ist für an Demenz Erkrankte von großer Bedeutung, ist jedoch häufig nicht in ausreichendem Maß gewährleistet. Die Betreuung stellt ein relevantes Element für den Verlauf dar, welches sowohl im Interesse des Patienten und auch seiner Angehörige steht, nicht zuletzt aber auch ein gesamtgesellschaftliches Interesse darstellt.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird diese Not der Betroffenen in verschiedenen Maßnahmen der Pflegereform endlich wahrgenommen und sollte als richtungweisende, aber bei weitem nicht ausreichende Maßnahme des Gesetzgebers angesehen werden. Bei der Betreuung von Demenzkranken gibt es noch nicht genug gut ausgebildete und sozial kompetente Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergo- und andere Therapeutinnen und Therapeuten. Die geplanten 10.000 bis 15.000 neuen Betreuungsassistenten können die vorgenannten Berufsgruppen nicht ersetzen. Unbedingt notwendig ist eine höhere gesellschaftliche Wertschätzung für Demenzkranke und deren Betreue-

rinnen und Betreuer. Im § 1 der Richtlinien wird als Zielsetzung des Vorhabens angegeben, dass durch eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung den Kranken eine höhere Wertschätzung entgegengebracht werden soll. Durch die Anstellung von nicht hinlänglich ausgebildeten Betreuungskräften ist allerdings genau das Gegenteil zu erwarten. Denn die Aufgabe, die sich bei Patienten, die an einer Demenz leiden, stellen sind individualisierte und damit für die Erkrankten bedeutungsvolle Aktivitäten zu entwickeln, in denen die selbständige Ausführung geübt werden, die soziale Interaktion gefördert und die Kontinuität der Autobiographie durch Anknüpfung an die eigene Vergangenheit gewahrt werden soll. Umso das Selbstwertgefühl der Patienten zu stärken, ihre Lebensqualität zu erhöhen und die Pflegenden zu unterstützen und zu entlasten, bedarf es fachkompetenter Betreuerinnen und Betreuer, da angelernte Hilfskräfte mit der Komplexität des Settings überfordert werden.

Gesetzgebung

Die psychisch Kranke betreffende Gesetzgebung hat in den letzten Jahren einige Änderungen und Präzisierungen erfahren, zuletzt durch das Betreuungsrechtsänderungsgesetz von 2009. Dennoch ist die Rechtstellung psychisch Kranker in vielerlei Hinsicht noch nicht befriedigend gesetzlich verankert. Dies betrifft insbesondere das Nebeneinander des in vielen Teilen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) aufgehobenen Betreuungsrechts mit 16 unterschiedlichen Länder-Unterbringungsgesetzen (Weber-Papen und Schneider 2012). In diesen werden Rechte und Duldungspflichten der betroffenen psychisch Kranken unterschiedlich und unterschiedlich genau definiert. Dies betrifft z. B auch Beschwerdekommisionen und Vorschriften über die Art und Dokumentation erlaubter Zwangsmaßnahmen ebenso wie die Fristen der Antragsstellung und weiteres mehr. Das Ergebnis, dass die Rechtswirklichkeit in Bezug auf freiheitsentziehende Maßnahmen sich für psychisch kranke Bürger regional unterschiedlich darstellt, ist unbefriedigend für alle Beteiligten. Eine Folge ist die sowohl regional als auch zwischen den Bundesländern auffällig große Varianz in der Häufigkeit der An-

ordnung freiheitsentziehender Maßnahmen. In der Medizin werfen derartige Varianzen bei bedeutsamen Eingriffen immer die Frage nach korrekten Indikationsstellungen und Qualitätsstandards auf. Insofern ist die Situation aus fachlich psychiatrischer Sicht unbefriedigend und die Kritik von Betroffenen-Organisationen an dieser erheblichen Ungleichverteilung berechtigt.

3.7 Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker

Die verschiedenen Novellen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes betrafen auch die Betreuung psychisch Kranker. Ziel der Fachgesellschaft war es hier stets, sich für mehr Rechtssicherheit für psychisch Kranke im Falle einer juristischen Betreuungsnotwendigkeit für nicht einwilligungsfähige Patienten einzusetzen.

Das am 01.09.2009 in Kraft getretene 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz (Patientenverfügungsgesetz) bringt zahlreiche Konsequenzen mit sich, die über die klinische Problematik der ärztlichen Behandlung am Lebensende hinausgehen, obwohl diese bei den Beratungen im Vorfeld der Gesetzgebung im Vordergrund standen. Der Gesetzgeber hat geregelt, dass Voraussetzungen zur Gestaltung der künftigen ärztlichen Behandlung in einer Patientenverfügung »unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung« zulässig sind, sodass die neue gesetzliche Regelung der Patientenverfügung auch für alle psychischen Erkrankungen gilt (Grözinger et al. 2011).

Vor diesem Hintergrund hat die DGPPN als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft ein Gutachten zur Beurteilung der Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes auf die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in Auftrag gegeben. Das argumentativ schlüssige Gutachten von Prof. Dr. jur. Dirk Olzen, Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht und

Zivilprozessrecht und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Rechtsfragen der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, kommt zu dem Ergebnis, dass die Festlegungen einer Patientenverfügung auch für den Fall einer psychischen Krankheit mit Einwilligungsunfähigkeit verbindlich sind und auch durch Behandlungsrechte, die sich aus den Unterbringungsgesetzen bzw. Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG) der Bundesländer oder gerichtlich eingerichteter Betreuungen ergeben könnten, nicht relativiert werden können. Die gerichtliche Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung kann eine Patientenverfügung aber nicht abwenden. Das Gutachten stellt mit diesen Ergebnissen trotz seiner Plausibilität »nur« eine Auslegung des Gesetzes dar; Verbindlichkeit kann nur entsprechende Rechtsprechung oder gesetzliche Klarstellung herbeiführen.

Die DGPPN begrüßt grundsätzlich das neue Patientenverfügungsgesetz als Konkretisierung des Selbstbestimmungsrechts gemäß Artikel 2 des Grundgesetzes, indem die Patientenverfügung ermöglicht, Vorsorge auch für einen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit zu treffen. Damit wird die Autonomie auch der von psychischen Erkrankungen betroffenen Patienten gestärkt. Ein gesunder oder psychisch erkrankter Mensch kann nun im Zuge der Patientenverfügung bestimmte Behandlungsverfahren und Arzneimittel partiell oder gänzlich für den Fall künftiger psychischer Erkrankung bzw. Rezidive ausschließen. Dies setzt voraus, dass die Patientenverfügung im Zustand der Einwilligungsfähigkeit abgefasst wurde und so formuliert ist, dass sie auf die dann ggf. eingetretene medizinische Hilfebedürftigkeit konkret anwendbar ist. Dazu gehört auch, dass derjenige, der entsprechende Behandlungsausschlüsse verfügt hat, sich dabei an den Formulierungen der Verfügung erkennbar über die Folgen für seine Gesundheit bewusst war. Die Verfügung kann aber keine Behandlungsform erzwingen, die mit dem Stand der medizinischen Erkenntnis unvereinbar ist. Das heißt, im Extremfall resultiert, dass der Patient unbehandelt bleiben muss, obschon therapeutische Optionen ihm helfen würden.

Das von Professor Olzen für die DGPPN erstellte Gutachten zeigt, dass die denkbaren Konsequenzen aus der neuen Rechtslage je nach Standpunkt

und Argumentation zu sehr divergierenden Prognosen führen. Diese reichen von der Ausrufung des Endes der angeblichen »Zwangspanychiatrie« bis zur Schreckensvision einer Krankenhauspsychiatrie, die etwa bei Abwendung einer akuten Selbstgefährdung infolge psychischer Erkrankungen auf die alleinige Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie Unterbringung, Fixierung und Isolation zurückgeworfen werden kann. Denn nach der neuen Gesetzeslage stellt die Anwendung von evidenzbasierten State-of-the-Art-Therapien einen unerlaubten Eingriff dar, wenn diese gegen den ausdrücklichen, in der Patientenverfügung niedergelegten Willen des aktuell einwilligungsunfähigen Patienten erfolgen und dieser sich nicht von seiner Verfügung distanzieren. Weder das Vorliegen einer Krankheit für sich allein noch der ärztliche Heilauftrag begründet ein eigenständiges Behandlungsrecht des Arztes. Vielmehr bedarf es der informierten Einwilligung des Patienten. Auch wenn keine dieser beiden Prognosen genau so eintreffen sollte, bezeichnen die beiden Positionen jedoch die Eckpunkte einer sich bereits in ersten Umrissen abzeichnenden öffentlichen Diskussion. Deshalb wird die zukünftige Entwicklung von allen in diesem Kontext relevanten Akteuren genau zu beobachten sein, sowohl von den Patienten und deren Angehörigen als auch von Seiten der in der Psychiatrie Tätigen sowie den Vertretern im Betreuungswesen und der Rechtspflege.

Die hohen Anforderungen, die durch das neue Recht an die Organe des Betreuungswesens, der Rechtspflege sowie der Ärzteschaft gestellt werden, sind bereits jetzt absehbar und müssen zu der Forderung an die Politik führen, für eine angemessene Ausstattung in diesen Bereichen Sorge zu tragen, ggf. in einem Patientenrechtegesetz, wie dies von der früheren und vom neuen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten vorgeschlagen wurde. Gemeinsam mit den Entscheidern in der Politik sind Standards zu definieren und zu etablieren, die der neuen Rechtslage Genüge tun, aber den Patienten mit psychischen Erkrankungen eine adäquate Versorgung ermöglichen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- 4.1 **Ausbildung – Universitäre Lehre – 60**
- 4.2 **Weiterbildung – 61**
- 4.3 **Fortbildung – 62**
- 4.4 **DGPPN-Zertifizierungen – 62**
 - 4.4.1 DGPPN-Zertifizierungen für Fachärzte – 64
 - 4.4.2 DGPPN-Zertifizierung für Kliniken im Bereich Weiterbildung – 64

Nur die besten Köpfe können unser Fach auch in Zukunft erfolgreich vertreten und weiter voranbringen. Qualitativ hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildung sind daher unabdingbar für eine bestmögliche Versorgung von psychisch kranken Patienten sowie für innovative Forschung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Bereits seit einigen Jahren bietet die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) unter anderem auf ihrem jährlichen Kongress mit der Fort- und Weiterbildungsakademie vielfältige Möglichkeiten an, Fachwissen zu erwerben und auszubauen. Auch der zweimal im Jahr stattfindende DGPPN-Intensivkurs für die Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie sowie die eingeführten DGPPN-Zertifizierungen für Weiterbildungskliniken sind begehrte Angebote. Wichtig sind und bleiben:

- Kontinuierliche Förderung mit spannenden Lehr- und Praxisinhalten während des Studiums
- Intensive Begleitung während der Weiterbildung
- Vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten für Kliniker, Forscher und Niedergelassene

4.1 **Ausbildung – Universitäre Lehre**

Wir alle stehen in der Verantwortung, Psychiatrie attraktiv zu präsentieren, dem studentischen Nachwuchs die Vorteile des Faches zu vermitteln und attraktive Karrieremöglichkeiten anzubieten. Medizinstudierende wie praktisch tätige Ärzte aus allen Bereichen bewerten die Bedeutung des Arbeitsklimas innerhalb der Ärzteschaft und zwischen den Berufsgruppen sowie die Punkte Weiterbildung und Unterstützung bei Dokumentation und administrativen Aufgaben am höchsten. Laut einer Schweizer Umfrage kennen erst 50% der Studierenden am Ende ihres Studiums ihre spätere Spezialisierungsrichtung. Dies zeigt, wie wichtig es ist, frühzeitig im Studium Studentinnen und Studenten für unser Fach zu begeistern, um ihr Interesse für die Facharztweiterbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten zu wecken. Viele Dozenten

wie auch Studierende klagen über zu späte Vermittlung psychiatrisch-psychotherapeutischer Lehre und Praxis während des Studiums. Andere Fächer böten früher Einblick und Wissen, die Psychiatrie würde unter den medizinischen Fächern zu wenig beachtet. Dabei gibt uns die Besonderheit unseres Faches gute Argumente: Biologisch-psychiatrische Forschungsergebnisse im Einklang mit psychotherapeutischen und psychosozialen Methoden ermöglichen eine ganzheitliche Betrachtung des individuellen Patienten und zeigen die Psychiatrie auch als naturwissenschaftlich und somatisch gut etabliertes Fach in psychosozialen Kontext. Mit Neuroimaging, Neurochemie, Zellbiologie, Neurogenetik und Versorgungsforschung stehen immer mehr neue Forschungsbereiche mit besseren Diagnostik- und Behandlungsmethoden zur Verfügung, die gerade junge Medizinstudierende besonders interessieren. Es gilt, diese Einzigartigkeit während des Studiums herauszustellen.

Teil der DGPPN-Nachwuchskampagne ist seit 2009 die Einladung von jeweils 500 Medizinstudierenden zum Jahreskongress in Berlin, um jungen Menschen die Breite und die Faszination unseres Faches aufzuzeigen.

Seit 2005 gibt es mit den Modellstudiengängen in der Humanmedizin Alternativen zum herkömmlichen Studium der Medizin. Die Universitäten in Aachen, Berlin, Bochum, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Köln und Witten-Herdecke bilden ihre Medizinstudierenden nach umstrukturierten Lehr-, Lern- und Prüfungssystemen aus, welche jeweils als Basis die Einheit von Vorklinik und Klinik haben. Das didaktische Prinzip der Lernspirale ermöglicht dabei durch wiederholtes Lernen verschiedener Sachverhalte unter unterschiedlichen Gesichtspunkten eine effektivere Festigung des Wissens. Folgende Punkte ermöglichen vom ersten Tag an die Vermittlung curriculärer Lehre über psychische Erkrankungen an die Studierenden:

- Fortlaufende kontinuierliche klinisch-praktische Ausbildung
- Intensive Verzahnung von Theorie und Praxis in organ- oder funktionsbezogenen Systemblöcken
- Überwiegend interdisziplinär angebotene Veranstaltungen

Auch die enge Verbindung von Lehrinhalten zur Forschung verbessert die Möglichkeiten, Studierende früh für unser Fach zu interessieren. Nach ersten Berichten verzeichnen die Modellstudiengänge Medizin gegenüber dem Regelstudiengang geringere Abbruchquoten und bessere Prüfungsergebnisse. Zudem eröffnet die neue Struktur des Studiums mit dem praxisorientierten Lehren und Lernen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ein hohes Maß an neuem Raum, von Beginn des Medizinstudiums an in der curricularen Lehre präserter zu sein. Diese Chance sollten die Lehrstuhlinhaber der Psychiatrie nutzen und auch als Anregung nehmen, im klassischen Studiengang Medizin frühzeitiger den Studierenden konkrete Angebote für psychiatrische Lehr- und Praxisinhalte zu machen.

4.2 Weiterbildung

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie wurde statistisch nur bis 2001 erfasst. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Anzahl der Weiterbildungsassistenten im letzten Jahrzehnt ähnlich kontinuierlich wie vor 2001 weiter angestiegen ist.

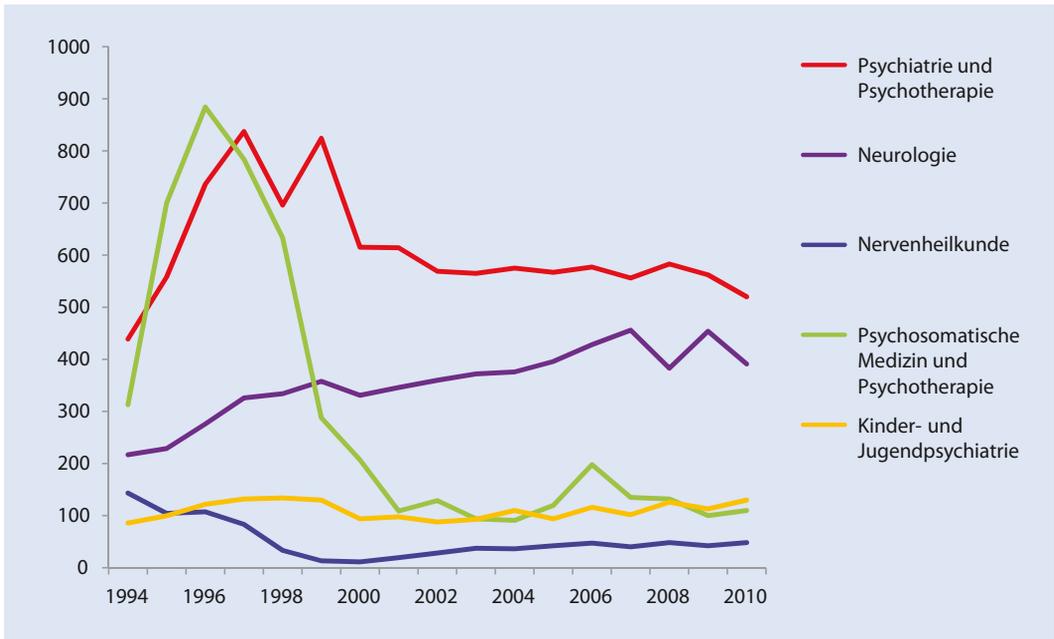
Die Personalknappheit und die zunehmenden Dokumentationsaufgaben führen in allen medizinischen Fächern zu einer erheblich erhöhten Arbeitsbelastung. Zudem verändert sich das Wertgefüge der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Der Klinikalltag ist auch durch Überstunden mit dem Privatleben immer schwieriger vereinbar, flexible Arbeitszeitmodelle lassen sich durch die skizzierten Unterbesetzungen nicht an allen Orten durchsetzen. Bereitschaftsdienste und Überstunden erzeugen vielerorts eine abschreckende Wirkung auf Medizinstudierende. Dabei bietet die fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie eine umfassende und interdisziplinäre Weiterbildung, die zudem durch die DGPPN an einigen Weiterbildungsstätten inzwischen entsprechend einem umfassenden Curriculum zertifiziert ist.

Auch die Abwanderung junger Ärztinnen und Ärzte ins Ausland macht sich im psychiatrischen Bereich besonders bemerkbar. Die Schweiz, die Niederlande, Großbritannien oder auch die skandinavischen Länder rekrutieren zunehmend Weiterbildungsassistent/innen sowie Psychiaterinnen und Psychiater mit attraktiven Gehältern, kürzeren Arbeitszeiten, tariflich festgesetztem Fortbildungsbudget und vielen individuellen Zugeständnissen. Zudem werben die dortigen Kliniken mit Übernahme der Fortbildungskosten, Steuerermäßigungen und besseren Karrieremöglichkeiten.

Neben konkreten Zusatzangeboten der Kliniken gewinnt die informative und attraktive Gestaltung von Stellenausschreibungen eine wesentliche Bedeutung, um qualifizierten Nachwuchs für das Fach Psychiatrie zu gewinnen. Wichtigste Angebote stellen insbesondere die vollständige Bezahlung externer Weiterbildung und der Selbsterfahrung, klare Arbeitszeitregeln, Assistenz bei den Dokumentationen und insbesondere Familienfreundlichkeit dar. Nicht zuletzt stellen das persönliche Klima, die Persönlichkeit und der Ruf der Weiterbildner wesentliche Einflussfaktoren für die Attraktivität eines Standortes dar.

Die Entwicklung der Facharztanerkennungen im Fach Psychiatrie und Psychotherapie hat sich nach den Übergängen der Facharztbezeichnungen seit 2000 bei ca. 600 Anerkennungen pro Jahr eingependelt (■ Abb. 4.1).

Während das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach einer anfänglichen Vielzahl von Anerkennungen aus verwandten Fachgebieten im Rahmen der Übergangsregelung inzwischen nur noch wenige Anerkennungen pro Jahr zu verzeichnen hat, weist der kontinuierliche Anstieg der Facharztanerkennungen für Neurologie auf ein wachsendes Interesse am Fach hin. Wie bereits erwähnt, ist der Versorgungsbedarf von Patienten mit psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren stärker gestiegen als die Entwicklung der Ärztezahlen in unserem Fach. Daher ist es umso wichtiger, Medizinabsolventinnen und -absolventen für eine Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu begeistern. Hier ist der DGPPN insbesondere die Stärkung der psychotherapeutischen Weiterbildung ein wichtiges Anliegen.



▣ **Abb. 4.1** Entwicklung der Anerkennungen zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie 1994–2010 (zusammengestellt aus Daten der Bundesärztekammer)

4.3 Fortbildung

Um die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen auch weiterhin bestmöglich zu gewährleisten, muss die Erforschung von psychischen Krankheiten und die Entwicklung von neuen Ansätzen in Diagnostik und Therapie vorangetrieben werden. Es müssen Ärzte ausgebildet werden, die ihre Patienten nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden behandeln. Das stellt sie vor die Herausforderung, sich ständig fort- und weiterzubilden. Bereits seit einigen Jahren bietet die DGPPN vielfältige Möglichkeiten zur Vertiefung von Wissen und Kenntnissen an.

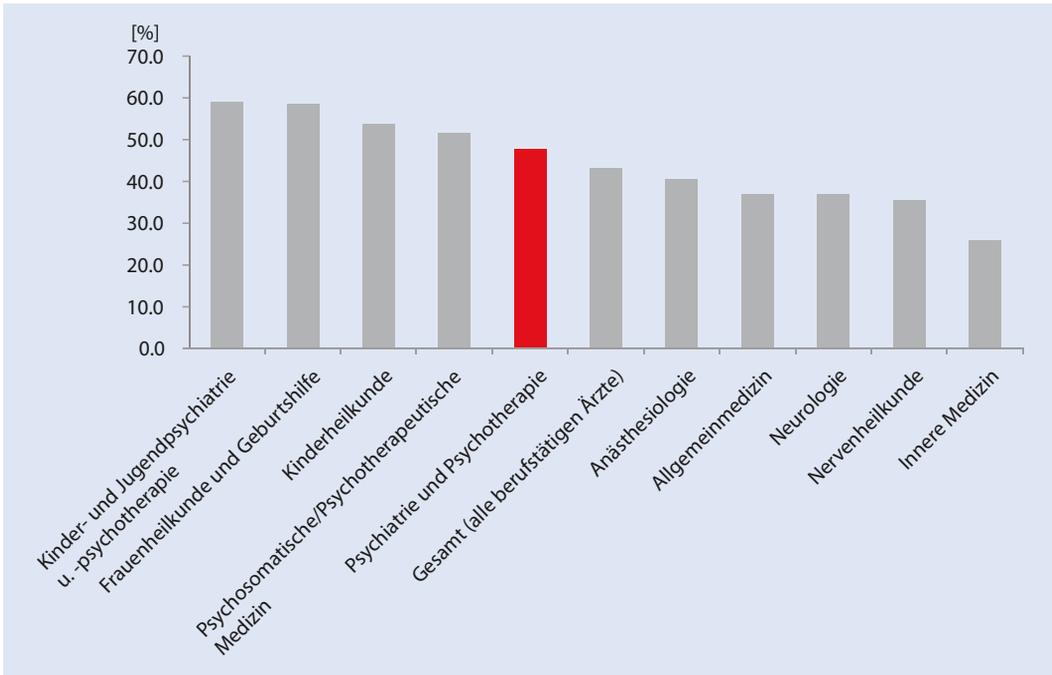
Im Rahmen des DGPPN-Kongresses findet jährlich die DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung statt. Anerkannte Experten geben einen Überblick über neue Entwicklungen im Fach. Für Psychiater und Psychotherapeuten sowie für Weiterbildungsassistenten ist das Angebot bestens geeignet. Auch viele Fachärzte nutzen das Programmangebot, um CME-Punkte zu sammeln. Die Akademie bietet ihnen die Möglichkeit, ergänzend zu ihren lokalen Weiterbildungsmöglichkeiten,

Kenntnisse und Fertigkeiten in Workshops, Weiterbildungssymposien und State-of-the-Art-Symposien zu erwerben.

Die Entwicklung der Ärztezahlen zeigt einen wachsenden Anteil an Ärztinnen, welcher sich insbesondere in unserem Fach bemerkbar macht (▣ Abb. 4.2; Psychiatrie und Psychotherapie 47,0%). Angesichts wachsender Ansprüche von Ärztinnen und Ärzten, Beruf und Familie besser zu vereinbaren, ist es wichtig, flexible Arbeitszeitmodelle und die entsprechende Infrastruktur am Arbeitsplatz anzubieten. Dazu gehören auch wissenschaftliche Veranstaltungen. Die DGPPN hat mit dem 2009 erstmalig angebotenen DGPPN-Kongresskindergarten ein Zeichen gesetzt, wie wichtig uns die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist.

4.4 DGPPN-Zertifizierungen

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft setzt die DGPPN langfristige Qualitätsstandards im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel ist es, die Versorgungsqualität von Patienten mit psychischen



■ **Abb. 4.2** Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in ausgewählten Arztgruppen 2010 (zusammengestellt aus Daten der Bundesärztekammer)

■ **Tab. 4.1** Übersicht der personen- und klinikbezogenen DGPPN-Zertifizierungen (Stand: 31.12.2011)

DGPPN-Zertifikat	Anzahl
Zertifikate Personen	
Zertifikat Forensik	226
Zertifikat Konsiliar- und Liaisonsdienst	117
Zertifizierte Kliniken nach UEMS	
Bisher erfolgreich durchgeführte und abgeschlossene Zertifizierungen	17
Zertifizierungsprozess noch nicht abgeschlossen	1
Klinikzertifizierungen/-visitationen bereits terminiert bzw. beantragt	8
Rezertifizierungen nach Ablauf von 5 Jahren	2
Kliniken, die einen Zertifizierungsantrag vorbereiten bzw. erwägen	44

Erkrankungen zu verbessern. Zertifizierungen ermöglichen es DGPPN-Mitgliedern, sich über die Facharzt-Anerkennung hinaus eine besondere fachliche Kompetenz durch externe Überprüfung bestätigen zu lassen. DGPPN-Zertifikate sind in

Fachkreisen hoch anerkannt und erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Dies beweist die stetig wachsende Zahl an Anträgen auf Zertifizierung. Neben Einzelpersonen können auch Kliniken sich einem Zertifizierungsverfahren unterziehen.

4.4.1 DGPPN-Zertifizierungen für Fachärzte

Die verschiedenen Arbeitsschwerpunkte unseres Faches werden zunehmend wichtiger. Unsere Vision des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft sieht daher auch zertifizierte Spezialisierungen vor, die Qualitätsgarant für Fachexpertise sind. Das DGPPN-Zertifikat »Forensische Psychiatrie« war sehr wichtig, um dem zunehmenden Bedarf an erfahrenen Fachgutachtern für forensische Psychiatrie Rechnung zu tragen. Daraus hat sich der Schwerpunkt »Forensische Psychiatrie« der Ärztekammern entwickelt.

Auch das DGPPN-Zertifikat »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaison-Dienst« ist Zeichen der Qualität für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in diesem Bereich (■ Tab. 4.1). In Zukunft werden weitere Fachzertifikate ergänzt, um das Spektrum an Spezialisierungen zu erweitern.

4.4.2 DGPPN-Zertifizierung für Kliniken im Bereich Weiterbildung

Seit einigen Jahren bietet die DGPPN auch die Zertifizierung von Weiterbildungszentren für Psychiatrie und Psychotherapie mittels Visitationen der Weiterbildungskliniken bzw. Weiterbildungsverbände nach den Richtlinien der Vereinigung der europäischen Facharztgesellschaften (UEMS) an. Diese Zertifizierung dient der Qualitätssicherung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildung und führt auch zur Erhöhung der Weiterbildungsstandards in den Kliniken. Bereits jetzt haben bundesweit 16 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgreich die Zertifizierung durchlaufen, weitere 7 Kliniken haben die Zertifizierung beantragt, 34 erwägen eine Zertifizierung (■ Tab. 4.1). Erste Rückmeldungen aus den zertifizierten Kliniken ergaben, dass die Zertifizierung auch beeinflussender Faktor für junge Ärztinnen und Ärzte sowie Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten für die Bewerbung bzw. Annahme

einer ärztlichen Stelle ist. Auch dies verdeutlicht die Wichtigkeit von Zertifizierungen durch die wissenschaftliche Fachgesellschaft.

Nachwuchsförderung im Fach

- 5.1 **DGPPN-Initiativen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung – 66**
- 5.1.1 Ergebnisse der Umfrage zur Stellensituation in
psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken – 66
- 5.2 **Aktuelle Angebote der DGPPN-Nachwuchsförderung – 68**

5.1 DGPPN-Initiativen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Facharztweiterbildung hat die DGPPN im Jahr 2008 für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ein eigenes Weiterbildungsbuch erstellt. Da von den Ärztekammern inzwischen ein obligatorisches Logbuch verlangt wird, ist das Logbuch der Ärztekammern in das Weiterbildungsbuch der DGPPN vollständig integriert.

Seit Beginn 2009 widmet sich die DGPPN noch intensiver der Nachwuchsförderung und hat zahlreiche wichtige Initiativen auf den Weg gebracht (Abb. 5.1). In einem 4-Stufen-Masterplan in den nächsten Jahren sollen die einzelnen Zielgruppen der Aus- und Weiterbildung für die Facharztztätigkeit als Psychiater und Psychotherapeut angesprochen und gefördert werden. Im aktuellen Fokus stehen die Medizinstudierenden und Weiterbildungsassistenten. Die große Nachfrage der ausgeschriebenen Stipendien für Medizinstudierende zur kostenlosen Teilnahme an den DGPPN-Kongressen prägte nicht nur das Spektrum der Kongressteilnehmer, sondern vergrößerte auch das Interesse der Medizinstudierenden an unserem Fach. Mit zahlreichen besonderen Kongressveranstaltungen für Studierende und Weiterbildungsassistenten im Programm der Young Psychiatrists bietet die DGPPN dem Nachwuchs auf dem jährlichen Fachkongress spannende Inhalte und verschiedenste Kontaktmöglichkeiten zu Experten in Psychiatrie und Psychotherapie.

Darüber hinaus startete Ende 2009 ein neues Mentoringprogramm für Medizinstudierende, welches sich großer Beliebtheit erfreut. Es ermöglicht interessierten Medizinstudierenden praktische Einblicke in unser Fach sowie persönlichen Kontakt und Betreuung durch einen Fachmentor. Bislang beteiligen sich jeweils weit über 100 Studierende und Mentoren an dem Programm, Tendenz steigend.

Die DGPPN bietet Medizinstudierenden die Möglichkeit, die Arbeit der Fachgesellschaft bereits frühzeitig mitzuerleben. Durch die Teilnahme am DGPPN-Starterpaket erhalten Medizinstudierende attraktive Vorteile (u.a. regelmäßiger elektronischer Newsletter, freier Online-Zugang zur Zeitschrift *Der Nervenarzt*, freier Kongresseintritt).

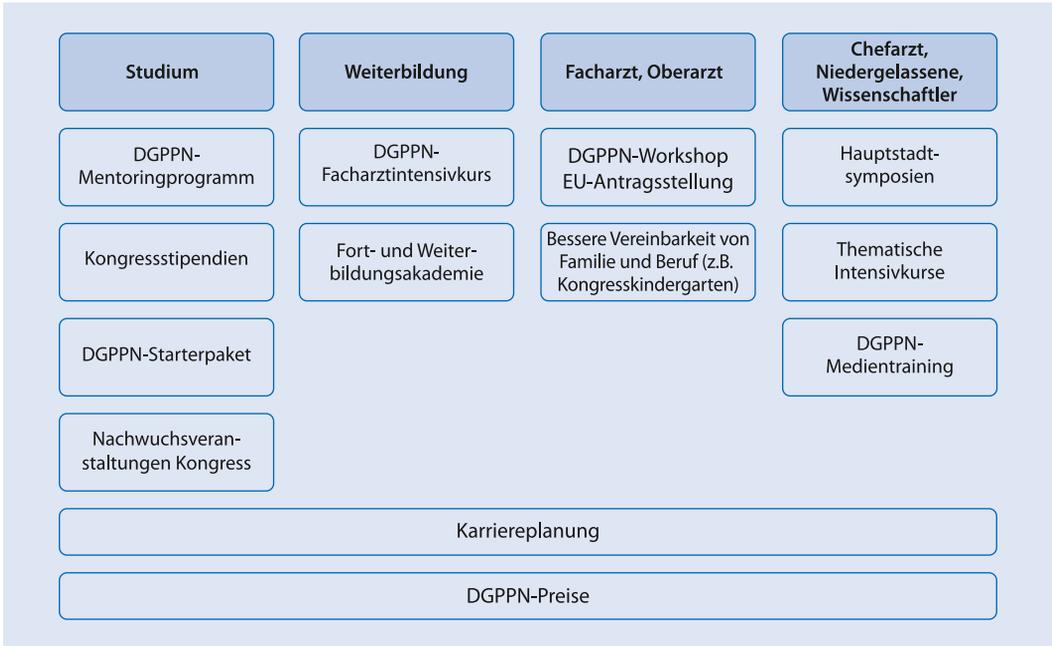
Auch die Forschungsförderung für innovative psychiatrisch-psychotherapeutische Projekte wird immer wichtiger. Die DGPPN weiß um die Bedeutung von Fördermittelansuchen für die Zukunft des Nachwuchses in unserem Fach. So findet seit Herbst 2010 zweimal jährlich ein DGPPN-Workshop zum DFG-Antragscoaching statt, in dem die psychiatrischen Fachkollegiaten der DFG wichtige Hinweise, Tipps und Beratung für individuelle DFG-Forschungsanträge gaben. Begleitend wurde dazu ein Leitfaden zum Antragsstellen erstellt.

5.1.1 Ergebnisse der Umfrage zur Stellsituation in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken

Derzeit besteht im Fach Psychiatrie und Psychotherapie wie in anderen medizinischen Fachgebieten trotz zunehmender Arztzahlen ein deutliches Ungleichgewicht zwischen offenen Arztstellen und Bewerbern. Um das Ausmaß des Defizits zu erfassen, hat sich die DGPPN als wissenschaftliche Fachgesellschaft im Frühjahr 2009 entschlossen, die Leiterinnen und Leiter der deutschen psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Universitätskliniken, Fachkrankenhäuser und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Besetzung ärztlicher Stellen in ihrem Bereich zu befragen. Ziel war es, konkrete Daten zur Besetzung ärztlicher Stellen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken zu erhalten. Außerdem sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Maßnahmen die Klinikleitungen zum Umgang mit unbesetzten Stellen ergreifen, was sie als Ursachen vermuten und welche Initiativen der wissenschaftlichen Fachgesellschaft hilfreich wären.

Von den 410 angeschriebenen psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Universitätskliniken, Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern beantworteten 241 (58,8%) die Anfrage. Diese verteilten sich auf die verschiedenen Klinikarten wie in Tab. 5.1 angegeben.

Es zeigten sich einige prägnante Trends: Der Mangel an Bewerbern ist in Abhängigkeit von den Kontextbedingungen der jeweiligen Klinik sehr unterschiedlich ausgeprägt. Von 2008 auf 2009 hat er deutlich zugenommen, er ist im Osten größer



■ **Abb. 5.1** Übersicht der Nachwuchsinitiativen der DGPPN

■ **Tab. 5.1** Anzahl der angeschriebenen und der teilnehmenden Kliniken nach Klinikart (Zahlen in Klammern geben den Anteil an der jeweiligen Gesamtzahl der angeschriebenen bzw. teilnehmenden Kliniken wieder)

	Alle	Universitätsklinik	Fachkrankenhaus	Abteilung	Keine Angaben
Angeschrieben	410	39 (9,5%)	184 (44,9%)	187 (45,6%)	–
Teilgenommen	241	27 (11,2%)	89 (36,9%)	118 (49,0%)	7 (3,0%)

als im Westen, in kleinen Kliniken größer als in größeren und bei Assistenzärzten größer als bei Fachärzten. Auch gibt es deutliche Unterschiede im Nachwuchsmangel nach Klinikart (■ Tab. 5.2). Der Mangel an Bewerbern wird wahrscheinlich erheblich maskiert durch Kompensationsmaßnahmen wie die Einstellung von Psychologen auf ärztliche Stellen. Es wird angenommen, dass neben dem allgemeinen Ärztemangel auch eine fachspezifische Komponente eine Rolle spielt: die überproportional wachsende Nachfrage nach psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistung.

Die Umfrage zeigt, dass es in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie derzeit erhebliche Schwierigkeiten gibt, offene Arztstellen zu besetzen. Das Ausmaß dieses Problems hängt stark von

den individuellen Gegebenheiten der jeweiligen Klinik ab. Die Antworten der Befragten deuten darauf hin, dass zumindest teilweise erfolgreich versucht wird, den Mangel durch die verstärkte Einstellung von Psychologen oder die Erweiterung von Zusatzangeboten für Bewerber zu kompensieren. Um das Angebot an Bewerbern zu vergrößern, halten die Befragten eine Verbesserung des Images der Psychiatrie für vordringlich, gefolgt von mehr Familienfreundlichkeit, weniger Bürokratie und ein mit anderen Fächern vergleichbares oder höheres Einkommen als bislang. Als wichtigste Maßnahmen seitens der Fachgesellschaft gelten die Werbung von Studierenden und die Profilschärfung des Faches (■ Abb. 5.2). Die vollständigen Ergebnisse

Tab. 5.2 Anteil nicht besetzter ärztlicher Stellen im Verhältnis zu den ausgewiesenen Stellen (in Prozent) nach Klinikart (WbA: Weiterbildungsassistenten, OA: Oberärzte, FA: Fachärzte)

	WbA		OA und FA	
	2008	2009	2008	2009
Alle	11,3	13,9	7,7	9,6
Fachkrankenhäuser	10,9	15,3	7,0	12,1
Abteilungen	12,8	15,7	9,6	9,9
Universitätskliniken	4,4	3,4	4,4	3,5

5

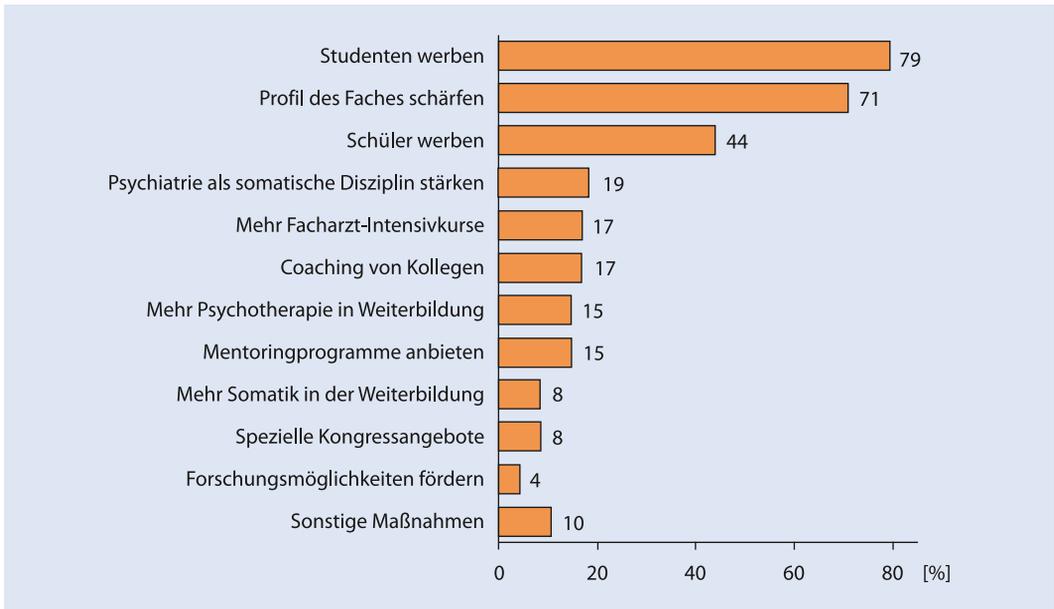


Abb. 5.2 Mögliche Maßnahmen der Fachgesellschaft zur Nachwuchsförderung

wurden im Nervenarzt publiziert (Grözinger et al. 2011).

Inzwischen scheint sich eine gewisse Trendwende ergeben zu haben, obschon belastbare Daten hierzu nicht vorliegen: Die Anzahl der offenen Stellen scheint zurückgegangen zu sein.

5.2 Aktuelle Angebote der DGPPN-Nachwuchsförderung

Neben den etablierten Formaten zur Nachwuchsförderung, der Fort- und Weiterbildungsakade-

mie auf dem jährlichen Fachkongress und dem DGPPN-Intensivkurs für die Facharztprüfung Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt die Fachgesellschaft aktuell eigene Konzepte, um sowohl eine Verbesserung der momentanen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte als auch die langfristige Steigerung der Attraktivität des Faches Psychiatrie und Psychotherapie zu erreichen. Nur so kann die Versorgung psychisch Kranker auch zukünftig bestmöglich gewährleistet und gleichzeitig unser Fach innerhalb der Medizin gestärkt werden. Die Initiativen richten sich an Schüler und Schülerinnen, Studierende sowie Weiterbildungsassis-

tenten und -assistentinnen. Unter anderem bietet die DGPPN zusammen mit dem Referat der Young Psychiatrists ein vielfältiges Nachwuchsprogramm auf den DGPPN-Jahreskongressen an.

DGPPN-Nachwuchspreise

Neben bewährten DGPPN-Preisen setzt die DGPPN einen besonderen Schwerpunkt auf die Nachwuchsförderung. Damit unterstützt die Fachgesellschaft innovative Forschungsarbeiten und Karrierewege im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Die Preise werden im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung, der Plenarvorträge und der Präsidentensymposien während des DGPPN-Jahreskongresses feierlich übergeben.

- DGPPN-Forschungsförderpreis: Imaging in Psychiatrie und Psychotherapie
 - Gestiftet von AstraZeneca
 - Dotierung: 25.000 €
 - Auszeichnung für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Erfahrungen mit Bildgebungsmethoden im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie
- DGPPN-Promotionspreis: Hans-Heimann-Preis
 - Gestiftet von Servier Deutschland
 - Dotierung: 3-mal 8.000 €
 - Auszeichnung für beste Dissertationen im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie
- DGPPN-Preis zur Erforschung von Depressivität bei psychischen Erkrankungen
 - Emanuela-Dalla-Vecchia-Preis
 - Gestiftet von Stiftung Depressionsforschung
 - Dotierung: 15.000 €
 - Förderung promovierter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler durch Unterstützung in einem weiteren Forschungsvorhaben zum Thema »Depressivität bei psychischen Erkrankungen«
- DGPPN-Förderpreis für Studierende zur Erforschung von psychischen Erkrankungen
 - Emanuela-Dalla-Vecchia-Preis
 - Gestiftet von Stiftung Depressionsforschung

- Dotierung: 5.000 €
- Auszeichnung für Studierende zur Unterstützung in ihrem Promotionsvorhaben und für die wissenschaftliche Laufbahn
- DGPPN-Preis für Empirische Forschung in der Forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2011
 - Dotierung: 2.500 €
 - Auszeichnung von herausragenden Forschungsarbeiten in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie

DGPPN-Workshop: DFG-Antragscoaching

Die DGPPN begleitet junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Weg zu einer erfolgreichen Drittmittelantragsstellung. Im DFG-Antragsworkshop geben erfahrene DGPPN-Gutachter Tipps und Tricks für das erfolgreiche Verfassen von Forschungsanträgen. Der Workshop findet seit Sommer 2010 zweimal jährlich statt und hat zum Ziel, die Anzahl der Förderanträge im Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu erhöhen.

Facharztintensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

Unter der Leitung von hochkarätigen Dozenten vermittelt der DGPPN-Facharztintensivkurs zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung aktuelles Wissen aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Der von den Young Psychiatrists initiierte und erarbeitete Intensivkurs fand Ende 2006 erstmals statt. Seither erfreut sich der Kurs großer Beliebtheit. Die mittlerweile zweimal im Jahr stattfindenden Repetitorien zu den einzelnen Schwerpunkten des Faches sind regelmäßig nach nur kurzer Zeit ausgebucht.

DGPPN-Kongressstipendien

Unter dem Motto »Nur die schnellsten Medizinstudierenden gewinnen« lobt die DGPPN jährlich Kongressstipendien für 500 Studierende der Humanmedizin aus. Das Stipendium ermöglicht die kostenlose Teilnahme am DGPPN-

Jahreskongress mit einem Tagungsprogramm von üblicherweise mehr als 500 Einzelveranstaltungen. Zudem gibt es spezielle Fachveranstaltungen für Studierende. 2009 und 2010 überstieg die Nachfrage der Kongressstipendien die Erwartungen bei weitem.

DGPPN-Mentoringprogramm

Studierende der Humanmedizin jeden Fachsemesters haben die Möglichkeit, durch persönlichen Kontakt und Begleitung eines Mentors/ einer Mentorin erste Einblicke in das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu erhalten. Zahlreiche Assistenz-, Ober- und Chefärzte sowie Praxisinhaber haben sich bereits in unserer Mentorendatenbank registriert. Die Teilnahme ist für Mentees selbstverständlich kostenlos. Die Anmeldung erfolgt unkompliziert über die DGPPN-Website. Das Programm wird vom Referat der Young Psychiatrists der DGPPN koordiniert.

DGPPN-Starterpaket für Medizinstudierende

Die DGPPN bietet seit Mai 2010 an Psychiatrie und Psychotherapie interessierten Medizinstudierenden die Möglichkeit, die Arbeit der Fachgesellschaft bereits frühzeitig hautnah mitzuerleben. Durch Teilnahme am DGPPN-Starterpaket können Studierende frühzeitig Kontakt zum Bereich Psychiatrie und Psychotherapie aufnehmen. Auf die Studierenden warten zudem zahlreiche Vorteile, wie beispielsweise der kostenlose Online-Zugang zur Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* oder der kostenlose Eintritt zum jeweiligen DGPPN-Jahreskongress.

DGPPN-Schülerkongress

Mit ihrem Schülerkongress ergänzt die DGPPN die schulische Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen. Im Rahmen der Veranstaltung präsentieren Berliner Schüler die von ihnen vorbereiteten Arbeiten zu ausgewählten Themen. Experten führen durch die Veranstaltung und treten mit den Schülern in einen Dialog. Die Veranstaltung wird von der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung unterstützt.

DGPPN-Lehrerveranstaltung

Im Rahmen des Kongresses veranstaltet die DGPPN in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) seit vielen Jahren ein Forum, in dem Lehrer mit Fachärzten bestimmte aktuelle Themen diskutieren können. Auch dieses dient der Aufklärungsarbeit und Prävention psychischer Erkrankungen im Kindesalter.

Best-Practice-Beispiel: Projekttag für Abiturienten

Das Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg geht mit gutem Beispiel voran und engagiert sich für den medizinischen Nachwuchs. Ein Projekttag zur beruflichen Orientierung für Abiturienten soll Schülern der 12. Klasse, die ein Studium der Medizin, Psychologie oder Sozialpädagogik in Betracht ziehen, Einblicke in das Tätigkeitsfeld Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vermitteln.

Die DGPPN: Vertreterin von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland

- 6.1 Wissenschaft und Forschung – 72
- 6.2 Gesundheitspolitische Aufgaben und Forderungen – 74
- 6.3 Historische Verantwortung – 75
- 6.4 DGPPN-Kongress – 76
- 6.5 Gesellschaftspolitische Verantwortung – 77
- 6.6 Organisationsstruktur der DGPPN – 78

Die DGPPN ist eine medizinische Fachgesellschaft. Sie wurde 1842 als »Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten« gegründet und ist heute mit über 6000 Mitgliedern die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Alleine in den beiden Jahren 2009 und 2010 erhöhte sich die Mitgliederzahl um 29%.

Die DGPPN ist eine lebendige Fachgesellschaft: Viele Mitglieder engagieren sich ehrenamtlich – sei es im Vorstand oder in den Fachreferaten. Mit starker Unterstützung ihrer langjährigen, treuen und der stetig neu hinzukommenden Mitglieder vertritt die Fachgesellschaft das Fach nach innen und nach außen. Dies bedeutet sowohl die Unterstützung der wissenschaftspolitischen Belange in Psychiatrie und Psychotherapie als auch die Interessenvertretung des Faches gegenüber anderen Fachgesellschaften sowie der Politik (■ Tab. 6.1).

Die DGPPN nimmt ihre wissenschafts- und gesundheitspolitischen Aufgaben ebenso wie die gesellschaftspolitische Verantwortung sehr ernst. Grundlage dieser Arbeit ist die Vision einer Gesellschaft, in der Patienten mit psychischen Erkrankungen mit den optimalen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten behandelt werden. Für alle Patienten soll jederzeit und an jedem Ort die optimale, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe verfügbar sein. Damit einhergehend ist die weiterführende Entstigmatisierung ein wichtiges Ziel. Die World Psychiatric Association hat hierzu unter Mitwirkung der DGPPN einen Maßnahmenkatalog entwickelt, den es nun umzusetzen gilt (Sartorius et al. 2010). Zu ihren Aufgaben zählen:

- Erforschung der Grundlagen von psychischen Erkrankungen sowie die Verbesserung von Diagnostik und Therapie
- Prävention psychischer Erkrankungen
- Erhalt und Ausbau der vorhandenen Versorgungsstrukturen
- Unterstützung von Betroffenen und ihren Angehörigen
- Förderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Profilierung des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie
- Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien und wissenschaftlichen Stellungnahmen
- Beratung von Politik und Gesellschaft sowie Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Unterstützung der Mitglieder der Fachgesellschaft

6.1 Wissenschaft und Forschung

Leitbild der Fachgesellschaft ist es, Wissenschaft und Forschung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie optimal zu unterstützen und voranzubringen. Psychiatrisch-psychotherapeutische Forschung profitiert nicht nur durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlichster Fächer, sondern auch durch die Vernetzung über Ländergrenzen hinweg. Die DGPPN setzt sich mit Nachdruck für die Intensivierung von wissenschaftlichen Kontakten und gemeinsame Interessen für die Verbesserung der Erforschung psychischer Erkrankungen in Deutschland und über die Ländergrenzen hinweg ein. Bedeutende Studienergebnisse internationaler Forschergruppen zeigen nicht zuletzt, wie notwendig wissenschaftlicher Austausch, internationale Zusammenarbeit und forschungspolitisches Engagement, insbesondere im Fach Psychiatrie und Psychotherapie, sind.

Die internationale Ausrichtung des Faches und das Mitgestalten des europäischen Forschungsraums sind unabdingbar. Durch erfahrene Vertreter in internationalen Gremien wie der World Psychiatric Association (WPA) oder der European Psychiatric Association (EPA) soll eine angemessene Balance zwischen internationaler Kooperation und Wettbewerb um die besten Ideen in der europäischen Versorgungs- und forschungspolitisch etabliert werden. Die DGPPN unterhält zudem grenzüberschreitende Kooperationen zu anderen nationalen Fachgesellschaften im Ausland. So arbeitet sie beispielsweise im Bereich der Nachwuchsförderung eng mit der Österreichischen Fachgesellschaft

■ **Tab. 6.1** Fachgesellschaft DGPPN

Interessenvertretung	Wissenschaft und Forschung	Gesundheitspolitik
Unterstützung der Mitglieder unserer Fachgesellschaft	Förderung der Erforschung von Grundlagen psychischer Erkrankungen	Beratung von Politik und Gesellschaft
Profilierung des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie	Verbesserung der Diagnostik und Therapie	Förderung der Prävention psychischer Erkrankungen
Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen	Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung	Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten
Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen		Erstellen von evidenzbasierten Leitlinien
		Veröffentlichen von wissenschaftlichen Stellungnahmen

für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychiatrie (SGPP) zusammen.

Partnerschaft mit Aserbaidschan

In Aserbaidschan, einem Land etwas größer als Österreich und zwischen Russland, Armenien, Georgien, Türkei und Iran gelegen, gibt es 9 psychiatrische Krankenhäuser und 11 ambulante Einrichtungen (bis auf Privatpraxen ansonsten keine ambulante Versorgung) für die 9 Mio. Einwohner. Die dort tätigen Ärzte – es gibt ca. 5 Psychiater pro 100.000 Einwohner – werden in der einzigen medizinischen Universität des Landes in Baku ausgebildet, wohingegen das weitere Personal meist keine spezielle Ausbildung hat. Psychotherapie wird im Land nicht praktiziert. Als Überlegungen in der DGPPN anstanden, ob und wo es ein Land gibt, welches man durch eine Kooperation unterstützen kann, fiel die Wahl mit Hilfe der WHO schnell auf die ehemals sowjetische Teilrepublik.

Im Jahr 2010 hat die DGPPN nun eine langfristig angelegte Partnerschaft mit Psychiatern in Aserbaidschan begonnen. Hintergrund der Partnerschaft ist die derzeit nicht optimale Situation psychisch Kranker in einem von star-

kem Umbruch geprägten Land. Hier wollen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützen.

In Aserbaidschan gibt es seit 1922 eine Nationale Psychiatrische Gesellschaft sowie inzwischen einen dem Gesundheitsminister unterstellten Chefpsychiater, der auch einziger Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie im Lande ist. In dem Land stößt man auf veraltete, jedoch sehr im Umbruch befindliche Institutionen; geeignete ambulante und stationäre Unterbringung, ausreichendes Essen und Heizung werden nun angeboten. Die Schlafsäle der Kliniken sind überfüllt, es gibt zu wenig Personal und die Therapie der Patienten entspricht nicht den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Stigmatisierung von psychisch Kranken ist sehr hoch, insbesondere von Patientinnen. Besonders schwierig ist die Situation für psychisch Kranke im Maßregelvollzug. Es zeigte sich, dass besonders im Bereich der Psychotherapie starke Defizite vorliegen. Ebenso problematisch ist der Umstand, dass das Pflegepersonal oft keine Ausbildung oder Spezialisierung für das Fach hat und die Facharztausbildung zu reformieren ist.

Viele psychiatrische Kliniken werden gegenwärtig umfangreich und aufwändig

baulich saniert. Aserbaidshon erweist sich als ein zur Modernität strebender Staat, dem durch Erdöl- und Erdgasvorkommen der Wandel in finanzieller Hinsicht durchaus möglich und in der Hauptstadt Baku schon eindeutig sichtbar ist.

Es herrscht eine Mentalität der Erneuerung und Umstrukturierung vor, die für die Kooperation essenziell ist. So konnten in den letzten Jahren bereits in Zusammenarbeit mit der WHO klare Ziele für eine Verbesserung des psychiatrischen Systems definiert werden. Dringend notwendig und verbesserungswürdig sind:

- Fort- und Weiterbildung der Psychiaterinnen und Psychiater
- Verbesserung der studentischen Lehre
- Etablierung von Psychotherapie
- Ausbildung von Pflegepersonal und von Hausärzten

Mit Unterstützung der WHO, die in Baku ein Regionalbüro unterhält, haben wir ein 5-Punkte-Programm erarbeitet, welches folgende Elemente im Rahmen der Fort- und Weiterbildung beinhaltet:

- Kurse und bilateraler Austausch (zeitlich befristet)
- Studentische Ausbildung intensivieren
- Forschungsausbildung durch Austausch
- Hausärzte schulen
- Pflegepersonal ausbilden

Als DGPPN-Vorstand möchten wir nun die deutschen Psychiaterinnen und Psychiater auffordern, diese Partnerschaft mit Aserbaidshon persönlich zu unterstützen. Die notwendige Beratung, Vermittlung und Koordination wird von Seiten der DGPPN gewährleistet. Daneben gibt es die Möglichkeit, insbesondere über spezielle Programme des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) oder das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanzielle Unterstützung für Aufenthalte und Reisen sowie für fachliche Kooperationen zu erhalten. Auf dem DGPPN – Kongressen waren auf unsere Einladung hin jeweils 10-20 aserbaidshonische Kolleginnen und Kollegen zugegen.

Neben der Förderung des wissenschaftlichen Austausches hat die DGPPN in den letzten Jahren bestehende Qualitätsstandards für die Arbeit im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie stetig erweitert und neue gesetzt. Dazu gehören u. a. die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen, verschiedene DGPPN-Zertifizierungen für einzelne Fachärzte und für Kliniken sowie ein umfassendes CME-zertifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot.

6.2 Gesundheitspolitische Aufgaben und Forderungen

Die Gesundheitspolitik in Deutschland steht heute mehr denn je im Fokus der Bevölkerung, der Interessenvertreter und der politischen Gestaltungs- und Entscheidungsorgane. Eine Vielzahl von Akteuren ist Teil des Gesundheitssystems und bestimmt oder beeinflusst die gesundheitspolitischen Entscheidungen. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sind auch die entsprechenden Ministerien der Länder wichtige Entscheidungsträger und Kontaktpartner für die DGPPN. Ebenso stehen die Krankenkassen bzw. Kostenträger in engem Kontakt mit den Leistungserbringern wie Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Pflegeeinrichtungen. Die Interessenvertretung der Ärzte in Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt zum einen über die Selbstverwaltung der Ärzteschaft sowie über die fachspezifischen Berufsverbände, die beide ihrerseits Mitglied der DGPPN sind. Nicht zuletzt steht die DGPPN im engen Kontakt zu den außeruniversitären Forschungseinrichtungen.

Umso wichtiger ist ein intensives Engagement der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, um die Erfordernisse für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung von psychischen Erkrankungen zu verdeutlichen und sich aktiv für die dafür notwendigen Veränderungen einzusetzen. Hier ist sowohl die Interessensvertretung aller psychiatrisch tätigen Fachärzte als auch das Engagement für die Bedürfnisse psychisch kranker Patientinnen und Patienten in ärztlicher Behandlung wichtig.

Aktuelle Themen wie die Entwicklung des neuen Entgeltsystems zur Abrechnung psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen im klinischen Bereich oder auch die aus der Reformierung des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetzes) entstehenden ärztlichen Konsequenzen sind nur zwei aktuelle Beispiele, bei denen die Fachgesellschaft sich aktiv für die Belange der Psychiater einsetzt. In zahlreichen Veröffentlichungen zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen bezieht die DGPPN Stellung, sucht die Verständigung mit der Politik und weiteren gesundheitspolitischen Akteuren und bietet ihre fachliche Beratung an (siehe www.dgppn.de).

Regelmäßig veranstaltet die Fachgesellschaft Hauptstadtsymposien zu aktuellen gesundheitspolitisch relevanten Themen und lädt Vertreter der Politik und Medizin zum Gespräch ein. Nicht zuletzt steht die Fachgesellschaft im stetigen Austausch und Kooperationen mit anderen medizinischen und akademischen Fachgesellschaften. Dies alles gilt es, weiter auszubauen.

6.3 Historische Verantwortung

Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung

»Die DGPPN ist sich ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte der psychisch Kranken bewusst, die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankentötungen und Zwangssterilisierungen erwachsen.« (siehe § 1 der Satzung der DGPPN, beschlossen am 26.11.2009).

In der Vergangenheit wurde in unserer Gesellschaft nur in geringem und nicht systematischem Ausmaß die Rolle der psychiatrischen Fachgesellschaften in der Zeit der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft diskutiert und problematisiert. Dieses Wissen um unsere Vorläuferorganisationen ist sehr gering, verschleiert und nimmt zu Opfern und Tätern kaum Stellung.

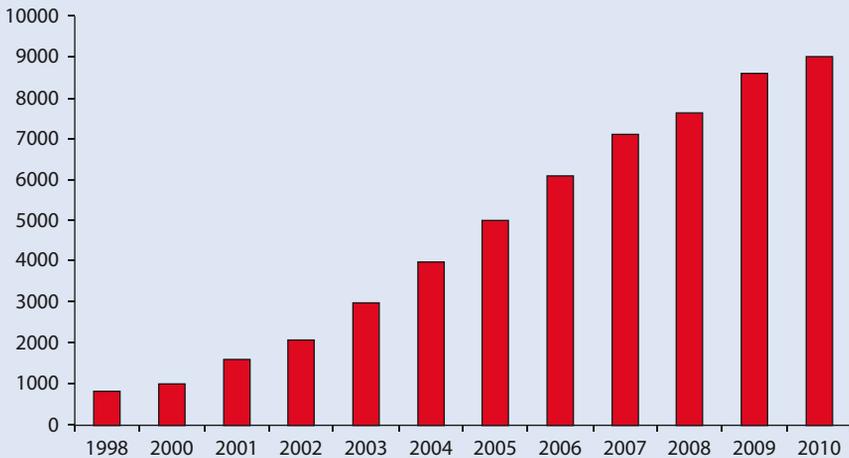
Als Konsequenz des Diskussionsprozesses im DGPPN-Vorstand wurde zu Beginn des Jahres 2010

eine mit vier namhaften, internationalen Medizin- und Wissenschaftshistorikern besetzte »Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der DGPPN« berufen. Diese besteht aus Prof. Dr. Volker Roelcke (Gießen, Vorsitz), Prof. Dr. Carola Sachse (Wien), Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach (Hamburg) und Prof. Dr. Paul Weindling (Oxford). Die Kommission stellte sich und ihre Arbeit erstmals im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2010 den Mitgliedern vor.

Im Auftrag und mit Finanzierung der DGPPN hatte die Kommission 2010 ein Forschungsprojekt zur Geschichte der Gesellschaft bzw. ihrer Vorläuferorganisationen ausgeschrieben; sie wird den Prozess der wissenschaftlichen Arbeiten beratend begleiten. Ziel des Vorhabens ist die Klärung, inwieweit die Vorläuferorganisationen der DGPPN und ihre Repräsentanten bei dem sog. Euthanasieprogramm, bei der Zwangssterilisation psychisch Kranker, bei der Vertreibung von jüdischen und politisch missliebigen Psychiatern sowie an weiteren Verbrechen des nationalsozialistischen Regimes beteiligt waren. Das Projekt soll die für eine angemessene Auseinandersetzung mit der Vergangenheit notwendigen historischen Kenntnisse ermitteln und der Öffentlichkeit in Form von Publikationen zugänglich machen.

In der Gestaltung dieser Aufgabe ist die Kommission im Verhältnis zu den Organen der DGPPN völlig unabhängig und nicht weisungsgebunden. Der Forschungsauftrag wurde von der Kommission an Prof. Dr. Hans-Walter Schmuhl (Bielefeld) und Frau Prof. Dr. Rakefet Zalashik (Israel/USA) vergeben. Die Auseinandersetzungen mit der eigenen Vergangenheit beginnen mit der Zeit des »Dritten Reichs«. Sie sollen nach Abschluss des gegenwärtigen Forschungsauftrages auf die Zeit nach 1945 ausgeweitet werden, um die Auswirkungen der Zeit des Nationalsozialismus auf die Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland in Ost und West festzustellen.

Eine Reihe von Veranstaltungen während des DGPPN-Kongresses 2010 war den Opfern der Menschenrechtsverletzungen im Bereich der Psychiatrie gewidmet: den jüdischen und sozialistisch engagierten Psychiatern, die in die Emigration gezwungen wurden, sowie den psychisch und somatisch kranken Patienten, die während der na-



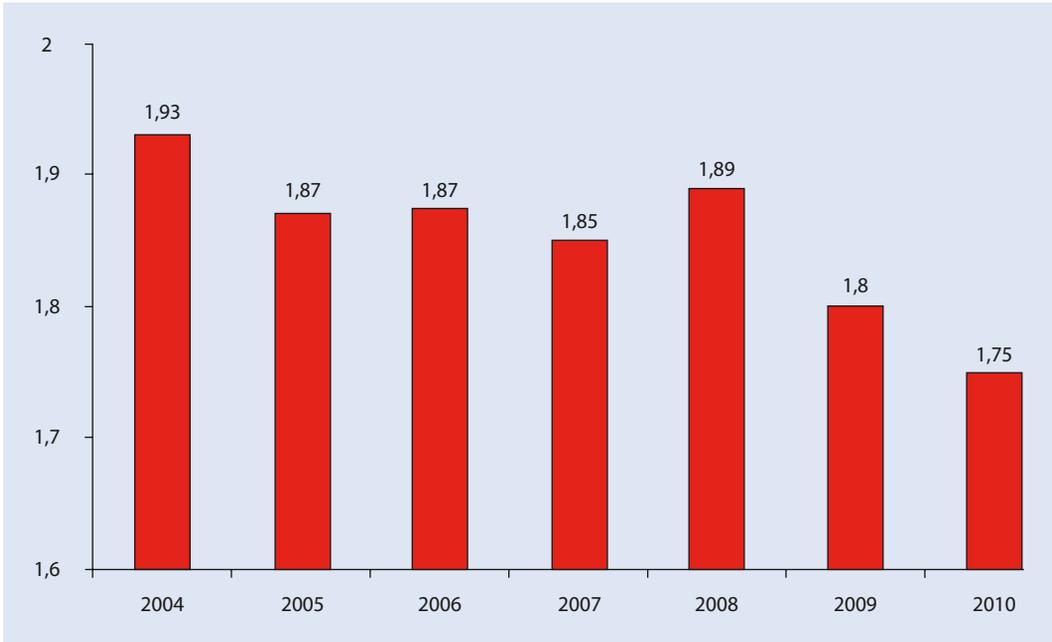
■ **Abb. 6.1** Entwicklung der Teilnehmerzahlen des DGPPN-Kongresses von 1998-2010 (hinzu kommen außerdem noch Schüler, Studenten, Lehrer und Aussteller)

tionalsozialistischen Gewaltherrschaft unsägliches Leid ertragen mussten. Im Zentrum des Kongresses 2010 stand eine zentrale Gedenkveranstaltung gemeinsam mit Angehörigen von Opfern, in der der Präsident der DGPPN und mit ihm etwa 3.000 heutige Psychiaterinnen und Psychiater der Opfer von Zwangsemigration, Zwangssterilisierung, Zwangsforschung und Patiententötungen gedacht haben (Schneider 2011). Auch hat er die Opfer und ihre Angehörigen um Verzeihung gebeten für das Leid und das Unrecht, das ihnen in der Zeit des Nationalsozialismus im Namen der deutschen Psychiatrie und von deutschen Psychiaterinnen und Psychiatern angetan wurde und für das viel zu lange Schweigen, Verharmlosen und Verdrängen der deutschen Psychiatrie in der Zeit danach. Die Reden anlässlich der Gedenkveranstaltung am 26.11.2010, die Aufzeichnung der Gedenkveranstaltung sowie weitere Beiträge zum Thema »Psychiatrie im Nationalsozialismus« sind auf der Homepage der DGPPN abrufbar. Des Weiteren dokumentiert die Publikation »Psychiatrie im Nationalsozialismus – Gedenken und Verantwortung« die Reden sowie Fotos der Gedenkveranstaltung (Schneider, 2011). Eine Spendenaktion der Deutschen Ärzteschaft, initiiert von der DGPPN wurde im November 2011 begonnen, um eine Wanderausstellung zur Thematik aufzubauen.

6.4 DGPPN-Kongress

Mit dem jährlichen DGPPN-Kongress hat sich in den letzten Jahren zunehmend ein attraktiver und viel genutzter Treffpunkt nationaler und internationaler Fachärzte, Psychologen und weiterer Akademiker entwickelt, die im Fach Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie in den Neurowissenschaften und den angrenzenden Disziplinen tätig sind. Das Gesicht des Fachkongresses hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt: Dabei war das kontinuierliche Wachstum sowohl Motor als auch Folge der Veränderungen.

Mit einem breiten wissenschaftlichen Kongressprogramm und einem speziellen International Track unterstützt die DGPPN wissenschaftliche Kooperationen und Austausch mit Fachexperten anderer Länder. Der International Track schafft die Voraussetzungen dafür, dass nichtdeutschsprachige Kolleginnen und Kollegen aus den Nachbarländern teilnehmen und sich beteiligen können. Mit über 10.000 Teilnehmern im Jahr 2010 (■ Abb. 6.1), davon ein zunehmender Anteil aus dem Ausland, entwickelt sich der Kongress zum zentralen Magneten im Fach Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Europa. Mit prominenten Plenarvorträgen, Präsidenten- und Hauptsymposien sowie besonderen Veranstaltungen thematisiert



■ **Abb. 6.2** Evaluation der Referenten DGPPN-Kongresse 2004–2010 (Schulnotensystem, 1 = sehr gut, 6 = sehr schlecht)

der Kongress die wichtigsten Themen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung und Versorgung.

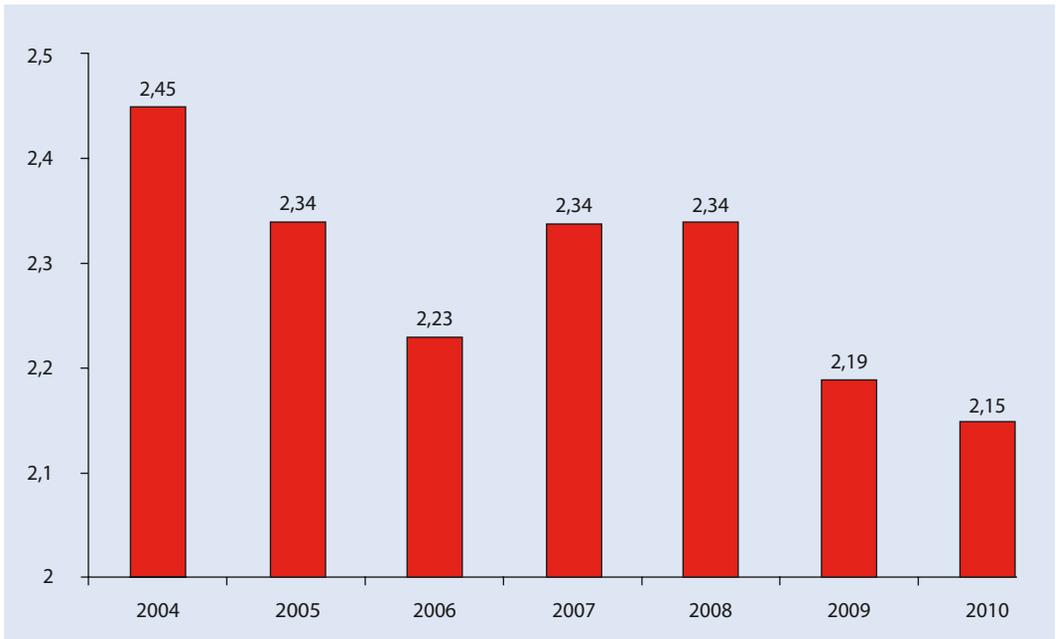
Die Vielfalt und Aktualität der Themen und die Möglichkeit zum kollegialen Austausch sind dabei ebenso wachsender Anziehungspunkt wie die DGPPN-Fort- und Weiterbildungsakademie, berufspolitische Dialoge und die exzellente Organisationsstruktur des Kongresses (■ Abb. 6.2, ■ Abb. 6.3).

6.5 Gesellschaftspolitische Verantwortung

Im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen trägt unser Fach stärker als andere auch eine Verantwortung innerhalb der Gesellschaft. Die Akzeptanz von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren zunehmend und spürbar verbessert. Nicht zuletzt die wachsende gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen führte zu einer stärkeren Wahrnehmung durch Politik, Kostenträger und Öffentlichkeit.

Dennoch sind auch heute noch Vorurteile und Diskriminierungen Teil des Alltags. So scheinen psychische Belastungen am Arbeitsplatz zuzunehmen, erhalten aber nicht die Aufmerksamkeit, die den Patienten zusteht.

Insbesondere der Bereich Sport hat im Jahr 2009 mit dem Tod durch Suizid von Robert Enke große Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Dieses Schicksal hat die deutsche Öffentlichkeit in einem unerwarteten Ausmaß beschäftigt. Dadurch ist Thema geworden, was vorher nicht Thema war oder nicht sein durfte: psychische Erkrankungen bei Spitzensportlern. Auch die körperlich Fittesten unserer Gesellschaft können natürlich von psychischen Erkrankungen betroffen sein und dürfen dafür nicht benachteiligt werden. Zur Unterstützung von Untersuchungen auf diesem Gebiet, für Aufklärungsarbeit und Prophylaxe wurde auf Initiative des Deutschen Fußballbundes die Robert-Enke-Stiftung gegründet. Die DGPPN wird die Stiftung dabei entsprechend ihrer Expertise wissenschaftlich beraten. Zudem wurde mit Unterstützung der Stiftung ein Referat Sportpsychiatrie der DGPPN gegründet, welches sehr erfolgreich Qualifikationsangebote den DGPPN-Mitgliedern anbietet.



▣ **Abb. 6.3** Bewertung der Praxisrelevanz der DGPPN-Kongresse 2004–2010 (Schulnotensystem, 1 = sehr gut, 6 = sehr schlecht)

Diese Entwicklungen zeigen, wie wichtig die Fachgesellschaft als Ansprechpartner, Interessenvertreter und Stimme im Bereich psychischer Erkrankungen ist und dass sie den Kongress für solche Aktivitäten nutzen kann. Es gilt, diese Stimme zu stärken und Fachinteressen fokussiert und wirksam zu vertreten.

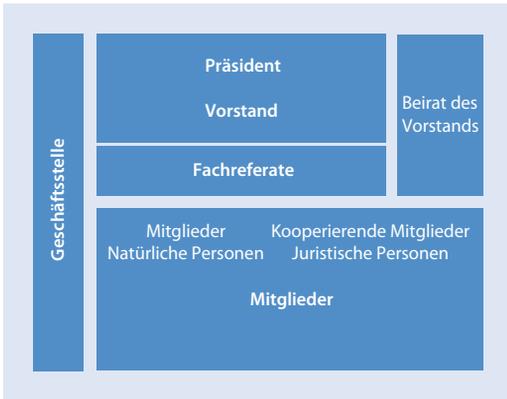
6.6 Organisationsstruktur der DGPPN

Die DGPPN besteht aus mehreren Gremien: Dem Vorstand mit dem Präsidenten, dem Beirat, den Fachreferaten und der Mitgliederversammlung (▣ Abb. 6.4).

Der Vorstand – bestehend aus dem Präsidenten, seinem Vorgänger (Past President), seinem Nachfolger (President Elect), dem Schriftführer, dem Kassensführer und weiteren Vorstandsmitgliedern – vertritt die Interessen der Mitglieder. Der Vorstand ist für die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft verantwortlich und wird von der Mitgliederversammlung für eine Amtszeit von

zwei Jahren gewählt. Ein Gremium aus den früheren Präsidenten der DGPPN (Beirat) berät den Vorstand in ethischen und grundsatzpolitischen Fragen. Die Fachreferate spiegeln die Vielfalt des Themengebiets Psychiatrie und Psychotherapie wider. Sie sind das Herzstück der Gesellschaft. Derzeit arbeiten 23 Referate dem Vorstand zu. Ihre wesentliche Aufgabe ist es, Positionen zu spezifischen Themen zu erarbeiten. Darüber hinaus sind die Referate auch eine geeignete Plattform, um sich auszutauschen und zu vernetzen.

Die DGPPN-Geschäftsstelle ist zentrale Anlauf- und Servicestelle – sowohl für die DGPPN-Mitglieder als auch für alle, die sich für die Fachgesellschaft interessieren: Ärzte und Wissenschaftler im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, Vertreter der Politik, Selbstverwaltung der Ärzteschaft, den Medien u.a. Die Geschäftsstelle in Berlin wurde 2005 eingerichtet. Sie unterstützt die wissenschaftliche Arbeit des Vorstands und bietet zahlreiche Services für Mitglieder – von der Mitgliederverwaltung, der Veranstaltungsplanung bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit. Dazu gehören u. a. ein neuer, strukturell und inhaltlich überarbeiteter Internet-



■ **Abb. 6.4** Organisationsstruktur der DGPPN

auftritt als auch der zweiwöchentliche Newsletter und die Mitteilungsseiten des Nervenarztes (»Gelbe Seiten«), die alle Mitglieder regelmäßig über aktuelle Themen informieren.

Zentral ist inzwischen die Homepage der DGPPN geworden: www.dgppn.de. Hier sind im öffentlich zugänglichen Bereich alle notwendigen Informationen hinterlegt, Kontaktdaten, Stellungnahmen und die Geschichte der DGPPN dargestellt. Durch die 2010 erfolgte Zusammenführung der Verbandsseiten mit den Kongressseiten wurde die Homepage noch attraktiver.

Daneben sind in einem internen Bereich spezielle Informationen für die einzelnen Mitglieder hinterlegt; der Zugang erfolgt mit einem individuellen Passwort.

Neu ist der englische Internetauftritt der Gesellschaft (über www.dgppn.de), der kontinuierlich ausgebaut wird.

Zukunftsfach Psychiatrie – Herausforderungen und Ziele für 2020

- 7.1 Ziele für das Fach im Jahr 2020 – 82**
 - 7.1.1 Profilschärfung des Faches – 83
 - 7.1.2 Psychiater – zentrale Ansprechpartner für alle psychischen Erkrankungen – 83
 - 7.1.3 Weiterentwicklung des Fachgebietes und des Berufsbildes des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie – 84
 - 7.1.4 Forschungsförderung – 85
 - 7.1.5 Nachwuchsförderung – 88
 - 7.1.6 Strukturen der Zukunft – 89
- 7.2 Ziele für die Fachgesellschaft 2020 – 90**
- 7.3 Verantwortung der Politik – 91**

Die wichtigsten Herausforderungen an das Zukunftsfach Psychiatrie sind:

- Optimierung der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen
- Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und der sie versorgenden Beschäftigten und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Sicherstellung einer evidenzbasierten und flächendeckenden psychiatrischen Versorgung
- Förderung des klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchses

Dies bedeutet, dass der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen durch qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung Rechnung getragen werden muss. Die Gesamtzahl der Ärzte im Fach Psychiatrie und Psychotherapie nimmt in den letzten 15 Jahren kontinuierlich zu. Mit einem konstanten Zufluss von 600 Facharztanerkennungen/Jahr und dem jährlichen Ausscheiden von Psychiatern, insbesondere durch Pensionierung, verzeichnet das Fach einen Netto-Zuwachs von 380 Fachärzten/Jahr (+ 4,5%). Unter Voraussetzung der Konstanz des Zuflusses, Abflusses und Netto-Wachstums würde es im Jahr 2020 bei keinen sonstigen Veränderungen ca. 11.200 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie geben. Damit wächst das Fach zwar schneller als andere Fachrichtungen, jedoch verlangsamt sich der Zuwachs. Dies ist vor allem der älter werdenden Ärzteschaft bei nicht ansteigendem Zufluss von jungen Ärzten zuzuordnen.

Daher muss auch das Fach sich zwei wesentlichen Faktoren stellen, die bereits heute die umfassende Versorgung psychisch Kranker gefährden:

1. Ursachen des allgemeinen Ärztemangels
2. Wachsende Nachfrage nach Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen

Um beiden Faktoren Rechnung zu tragen, gilt es, die Psychiatrie innerhalb der Medizin zu stärken, die psychiatrische Forschung zu intensivieren sowie die Versorgungsstrukturen zu verbessern. Zugleich bietet dies enorme Möglichkeiten für die Weiterentwicklung unseres Faches. Kein anderes medizinisches Fach hat ein solch hohes Potenzial in brennenden Forschungsfragen und der Wei-

terentwicklung von Diagnose und Therapie. Der Vorstand der DGPPN hat sich in einem intensiven Diskurs über die Ziele für das Fach sowie die Fachgesellschaft verständigt und Kernziele für das Fach und die Fachgesellschaft für 2020 festgelegt, die im Folgenden erläutert und zur Diskussion gestellt werden sollen.

7.1 Ziele für das Fach im Jahr 2020

- Psychische Erkrankungen sind somatischen Erkrankungen gleichgestellt.
- Diskriminierung und Stigmatisierung von Patienten, Angehörigen und Behandlern gibt es nicht mehr.
- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sind untrennbar miteinander verbunden, es gibt einen Facharzt.
- Das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie erfährt weitere Differenzierungen in Bereiche wie Neuropsychiatrie, spezielle Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin, Sozialpsychiatrie, Präventionsmedizin und Forensische Psychiatrie.
- Die öffentlichen Drittmittel zur Erforschung psychischer Erkrankungen entsprechen jenen von Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen.
- Die Psychiatrie verfügt über evidenzbasierte Lösungsansätze für medizinische und psychosoziale Problembereiche, die mit Demografie, Migration und Änderung der Arbeitswelt verbunden sind.
- Es gibt ein einheitliches und verbindliches Berichtswesen aus Routinedaten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich.
- Das Fachgebiet hat keine Nachwuchsprobleme.
- Forschung und Krankenversorgung sind streng evidenzbasiert und qualitätsgesichert.
- Die evidenzbasierte psychiatrische Behandlung stützt sich im Wesentlichen auf industrieunabhängige Studien.
- Die Honorierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich ist adäquat.
- Es gibt neue, wirksamere Therapien im Bereich aller verfügbaren Therapieformen.

7.1.1 Profilschärfung des Faches

Gleichstellung des Faches mit somatischen Fächern

Noch immer halten sich die Vorbehalte der Öffentlichkeit und auch von Studierenden gegenüber der Psychiatrie. Angst vor den Patienten oder auch, als Psychiater sei man verrückt, sind nur zwei der zahlreichen Voreingenommenheiten, mit denen unser Fach konfrontiert ist. Auch manche Missachtung durch Fachkollegen baut auf der Annahme, Psychiater seien klinisch weltfremd. Dabei muss gerade der Psychiater sowohl die somatischen als auch die psychischen Symptome in ihrem psychosozialen Kontext erkennen und diagnostisch einordnen können. Die Erfahrung zeigt, dass Aufklärung Vorurteile abbauen und Studierende für die Wahl des Faches Psychiatrie begeistern kann. Die Vorteile liegen auf der Hand: Ein sehr abwechslungsreiches, spannendes Arbeitsfeld mit einer Kombination aus den Bereichen Pharmakotherapie, Neuropsychiatrie, Innerer Medizin, Psychotherapie und höchst interessanten Forschungsbereichen eröffnet ein sehr breites Spektrum. Psychiatrie ist ein zukunftsträchtiges Gebiet, und es gilt, uns noch stärker als bisher im Feld der medizinischen Fächer souverän zu behaupten. Dazu gehört auch, die Einheit des Faches Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik herauszustellen.

Auflösung der Befangenheiten gegenüber psychisch Kranken in der Gesellschaft

Die Stigmatisierung der Psychiatrie und psychisch kranker Patienten in der Gesellschaft ist in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen. Nicht zuletzt die wachsenden Behandlungsfälle mit psychiatrischer Diagnose lassen darauf schließen, dass mehr und mehr Menschen offener mit psychischen Erkrankungen umgehen. Dennoch sind die Erfolge der Antistigmatisierungsarbeit immer noch nicht ausreichend. Ziel muss eine breite Akzeptanz und Integration von Patienten mit psychischen Erkrankungen wie bei jeder anderen Erkrankung auch sein. Das von der DGPPN initiierte Aktionsbündnis »Seelische Gesundheit« setzt sich hier mit Nachdruck für diese Ziele ein und bündelt

derzeit über 60 Bündnispartner, die sich in diesem Arbeitsfeld engagieren.

Die Einbeziehung der »Nutzer« (Patienten, Klienten, Betroffene, Kunden - in Deutschland hat sich eine Vielzahl nicht deckungsgleicher Begriffe eingebürgert, im angelsächsischen Sprachraum ist inzwischen »Service-User« geläufig) in die Versorgungsplanung, die Psychiatriepolitik und Entscheidungen bei der Forschungsförderung ist dabei ein weiterer logischer Schritt. Derartige Ansätze sind in Deutschland bisher erst rudimentär vorhanden und noch vielfach ungewohnt. Die inzwischen etablierte Praxis in Großbritannien und in den USA zeigt jedoch eindeutig, dass die Einbeziehung von Nutzern in weitaus größerem Maße möglich ist als dies bisher in Deutschland üblich ist und von allen Seiten als positiv empfunden wird. Dazu gehören auch gezielte Qualifikationsangebote für diesen Personenkreis. Erste derartige Projekte sind inzwischen auch in Deutschland entstanden. Bei der Entwicklung der DGPPN-Behandlungsleitlinien ist die Einbeziehung von Vertretern der Betroffenen inzwischen selbstverständlicher Standard.

7.1.2 Psychiater – zentrale Ansprechpartner für alle psychischen Erkrankungen

Die Behandlung psychisch Kranker wird derzeit von einer Vielzahl von Akteuren bestritten. Weder Patient noch Politik oder Öffentlichkeit wissen oftmals, an wen sie sich wenden sollen bei Fragen zu psychischen Problemen oder schweren Erkrankungen. Der Hausarzt wird auch in Zukunft wichtiger Ansprechpartner im Erstkontakt sein, um psychische Erkrankungen bei Patienten zu erkennen und die weitere Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu veranlassen. Dennoch ist es sehr wichtig, die besondere Fachexpertise unserer Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie herauszustellen.

Es darf nicht einen Arzt für leichte psychische Erkrankungen geben und einen für schwere Fälle. Insbesondere die Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie zeigt hier besorgniserregende Entwicklungen. Seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes hat sich die Versorgung im Bereich

Psychotherapie deutlich zugunsten der psychologischen Psychotherapie entwickelt. Die ärztliche Stellsituation in der Psychiatrie hingegen verschlechtert sich zunehmend. Immer mehr Stellen werden laut DGPPN-Umfrage von 2009 mit Psychologen besetzt, da es zu wenig Bewerber aus dem Bereich der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. ärztlichen Psychotherapeuten gibt. Es gilt, z. B. durch integrierte Versorgungsmodelle, ein Netz aufzubauen, welches die Behandlung durch einen Psychiater mit einschließt und ihn zum zentralen Ansprechpartner für psychische Erkrankungen macht.

Die zunehmende Übernahme der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch Psychologen brachte auch eine Verschiebung der Honorierungsschwerpunkte zu Ungunsten psychiatrischer Leistungen mit sich. Derartige Ungleichgewichte müssen korrigiert werden. Zur Optimierung der »berufsständischen« Vertretung der Psychiatrie im Kanon der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Leistungserbringung ist eine Stärkung der ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (StäKo) für unser Fach von besonderer Wichtigkeit. In diesem Zusammenhang soll die bereits gute Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer in Fragen der ärztlichen Psychotherapie weiter intensiviert werden.

7.1.3 Weiterentwicklung des Fachgebietes und des Berufsbildes des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie

Derzeit gibt es verschiedene Optionen der Weiterentwicklung des Berufsbildes des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, die intensiv diskutiert werden. Zum einen sind dies eine stärkere Spezialisierung innerhalb des Faches nach einer Grundausbildung von 3 Jahren, daneben – und damit verbunden – die Einführung eines psychiatrischen Hausarztes (»common trunk«) mit der Etablierung weiterer eigenständiger Fachgebiete.

Generalist versus Spezialist in Wissenschaft und Forschung

Klassische Lehrstühle für Psychiatrie und Psychotherapie (immer häufiger auch inklusive Psychoso-

matik) an den deutschen Universitäten haben das Fach in »Forschung und Lehre« in seiner vollen Breite zu vertreten. Die skizzierte Spezialisierung in der methodischen Schwerpunktbildung in der Forschung (grundlagennahe Neurowissenschaft, translationale und klinische Forschung, Versorgungsforschung, Psychotherapieforschung) stellt diesen Anspruch ebenso infrage wie die in Versorgungskliniken und Abteilungen weitgehend zur Regel gewordene klinische Spezialisierung nach den Bereichen Allgemeine Psychiatrie, Suchtpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Psychosomatik; daneben auch Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Wissenschaftliche Spezialisierungen werden für den Nachwuchs in der Psychiatrie zunehmend zu einer notwendigen Bedingung.

Erfolgreiche wissenschaftliche Spezialisierungen erfordern den Kontext einer methodisch und technologisch etablierten und sich fortentwickelnden Forschungslandschaft. Daher wäre es unklug, an einem Standort in konkurrenzfähiger Form alle Kompetenzen für den Gesamtbereich der wissenschaftlichen und klinischen Psychiatrie anzustreben. Nur durch Schwerpunktbildung ist eine langfristige Leistungsfähigkeit gegeben.

Parallel dazu findet eine zunehmende klinische Differenzierung anhand von Diagnosegruppen statt, die z. B. in der Etablierung von Lehrstühlen im Bereich der Sucht- oder der Gerontopsychiatrie seinen Ausdruck findet. Im Bereich der Psychosomatik finden sich hierfür Korrelate wie die Psychoonkologie oder die Psychokardiologie. Hieraus ergibt sich zwangsläufig die Frage, ob eine Person wissenschaftlich den Spagat zwischen Neuro- und Sozialwissenschaften bzw. das Spektrum zwischen Suchterkrankungen und Erkrankungen des höheren Lebensalters, der Forensischen Psychiatrie wie der Allgemeinen Psychiatrie sinnvoll abdecken kann. Im Folgenden sind Lösungswege dargestellt.

Institutionelle Konsequenzen an den Universitätsklinik

Der Einstieg in ein Zentren- oder Departmentssystem wäre eine denkbare Lösung, z. B. mit der Schaffung von Professuren mit eigenen Abteilungen (bettenführend oder auch nicht) für unterschiedliche Inhalte innerhalb der Psychiatrie an

einem Standort. Die Formen interner Differenzierung können vielfältig sein. Das klassische Modell der Universitätspsychiatrie in den Niederlanden hat z. B. in den vergangenen Jahrzehnten zu international sichtbaren Erfolgen in der wissenschaftlichen Psychiatrie geführt: Die Dreiteilung in einen biologischen, in einen psychotherapeutischen und schließlich einen sozialpsychiatrischen Schwerpunkt hat die wissenschaftliche Attraktivität des Faches nachweislich gestärkt. Auch in Deutschland werden an einigen Standorten solche Konstruktionen erfolgreich betrieben. Beispielgebend könnten auch die Erfahrungen der internistischen oder der chirurgischen Fächer an den Universitäten sein.

An manchen grundlagenstarken Standorten werden z. B. unter dem Titel »Neuroimaging« oder »Molekulare Psychiatrie« kliniknah grundlagenwissenschaftliche Strukturen präklinisch und translational zur Erforschung psychischer Erkrankungen angelegt. Ziel dabei muss die vielzitierte Translation neuer Erkenntnisse in die klinische Realität sein. In der Neurologie vollzieht sich dieselbe Entwicklung, sogar in verstärktem Umfang. Zusätzlich ist für die Psychiatrie zu fordern, dass es zu Schwerpunktbildungen in klinischer und epidemiologischer Versorgungsforschung kommt. Vermehrt werden auch in der Psychiatrie nichtklinisch arbeitende Wissenschaftler für methodisch anspruchsvolle Forschung benötigt. Dabei muss qualifizierten Wissenschaftlern, die nicht in der Patientenversorgung, aber im Kontext psychiatrischer Forschung arbeiten, eine entsprechende stellenmäßige Profilierung geboten werden, was meist zur Gründung eigenständiger Lehrstühle bzw. Institute führt.

Einen anderen möglichen Weg stellen Kooperationsmodelle mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen dar (z. B. mit der Helmholtz-Gemeinschaft), die zurzeit bereits an mehreren Orten bestehen.

Thematische Schwerpunktbildung innerhalb eines Zentrums

Fakultäten konkurrieren untereinander; folglich schaffen sie sich unterschiedliche Profile. Diese werden intrafakultär durch Synergien und Ko-

operationen getragen, was zu standortspezifischen Schwerpunkten führt. Einzelne Fächer – auch die Psychiatrie – müssen ihre wissenschaftlichen Kompetenzen dabei entsprechend dem Fakultätsschwerpunkt spezialisieren, um innerhalb der Fakultäten das notwendige Gewicht zu haben. Fokussierung auf eine Gruppe von Erkrankungen und/oder spezifische Methoden (z. B. Bildgebung, Genetik, Psychopharmakologie, Psychotherapie, Versorgungsforschung) mit Etablierung von zusätzlichen W₁-, W₂- und W₃-Schwerpunktprofessuren resultieren aus solchen erfolgreichen Entwicklungen. Nur eine derartige Fokussierung wird es erlauben, eine ausreichende Exzellenz zu schaffen, die die Einwerbung substanzieller Drittmittel ermöglicht und fähig für große Verbundprojekte macht. Dies wiederum würde zu den erforderlichen Schwerpunktbildungen führen, die ihrerseits eine nicht nur nationale, sondern auch internationale Sichtbarkeit ermöglichen.

In diesen Fragen lohnt ein Blick über die Grenzen, da insbesondere in Ländern wie Großbritannien oder Skandinavien neue Versorgungsmodelle für psychisch Kranke etabliert wurden, die auch für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland möglicherweise neue Chancen und Herausforderungen mit sich brächten. Dies ist zu prüfen. Psychiatrische Versorgungsforschung muss stärker auch solche internationalen Aspekte berücksichtigen und ggf. hilfreiche Anregungen aus dem Blick über den nationalen Tellerrand entwickeln.

7.1.4 Forschungsförderung

Die drängenden Fragen psychiatrischer Forschung erfordern eine Infrastruktur, die umfassende Forschungsprojekte ermöglicht und fördert. Auch wenn der Anteil öffentlicher Fördergelder für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahren gestiegen ist, reicht die bisherige Förderung nicht aus, um die anstehenden Herausforderungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen, insbesondere altersbedingter psychischer Erkrankungen, zu bestehen.

Lokale Schwerpunktbildung und standortübergreifende Vernetzung

Forschungsförderung zielt national und international zunehmend auf »Leuchttürme« und Exzellenz. Daher wird eine lokale Schwerpunktbildung unerlässlich sein. Aber auch die einzelnen Standorte verfügen nur in Ausnahmefällen (z. B. MPI, ZI) über genügend Ressourcen, Strukturen und Mittel für ein alleinstehendes Exzellenzprofil. Die manchmal favorisierte Alternative zentralisierter medizinischer Forschung und Forschungsförderung in nationalen außeruniversitären Instituten (z. B. NIMH in USA) würde in Deutschland die gewachsenen Strukturen ignorieren. Außeruniversitäre psychiatrische Forschung sollte in Deutschland stattdessen komplementär aufgebaut sein und auf spezifische Themen fokussiert sein.

Alternative Modelle zur Zentralisierung von klinischen Forschungsvorhaben haben sich in den letzten Jahren in Deutschland entwickelt: Die vor 10 Jahren vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierten Kompetenznetze zu spezifischen Krankheiten stellen ein Erfolgsmodell für die kooperative Verknüpfung von verschiedenen Zentren zum selben Thema in international sichtbaren Netzwerken dar; die psychiatrische Forschung hat von dieser Initiative sehr profitiert, diese Förderinitiative hat strukturelle Effekte induziert, die es weiter zu entwickeln gilt. Mangelhaft ist allerdings die Nachhaltigkeit dieser Effekte. Folglich sind Initiativen zu begrüßen, die die zeitliche Begrenzung der bisherigen erfolgreichen Projektförderung »Kompetenznetz« aufheben und in einer langfristigen Projektförderung fortschreiben (wie z. B. in der neuen Generation krankheitsbezogener Kompetenznetze). Diese neuere Fördermaßnahme muss in Zukunft auch psychische Volkskrankheiten aufgreifen, was bislang nicht geschah (außer Demenzen).

Außeruniversitäre Forschungseinrichtungen

Patientenbezogene Forschung war in der Medizin in Deutschland bisher vorwiegend eine Domäne der Universitätsmedizin. Klinische Forschung an Universitäten ist auf externe Fördergelder angewiesen, die überwiegend über das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in wechsel-

den Instrumenten (v. a. medizinische Kompetenznetze und Programm »Klinische Studien«) oder die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) in zeitlich befristeter Projektförderung erfolgt. Außeruniversitäre Forschungseinrichtungen haben dagegen den Vorteil, als Institutionen großzügig ausgestattet zu sein und prinzipiell dauerhaft gefördert zu werden: Damit werden etwa Langzeitprojekte, wie z. B. die in der Medizin wichtigen Kohortenstudien, möglich, die in befristeter Projektförderung sehr erschwert sind. Andererseits ist Patientenversorgung an außeruniversitären Einrichtungen in der Trägerschaft des Bundes (z. B. Helmholtz-Institute) aufgrund verfassungsrechtlicher Regelungen erschwert. Ein komplementärer Synergismus zwischen beiden Strukturen (universitär und außeruniversitär) ist daher anzustreben.

Psychiatrische Forschung in Deutschland wird schon seit langem auch an zwei außeruniversitären Instituten prioritär betrieben (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim -ZI-, Max-Planck Institut für Psychiatrie München -MPI-), die über wesentlich mehr wissenschaftliche Ressourcen und Mittel als universitäre Standorte verfügen. Entsprechend sind die erbrachten Forschungsleistungen auch besonders ausstrahlend. Beide Institute sind eng mit Universitäten verknüpft.

Besonders beachtenswert ist eine Neuentwicklung, die Chancen für eine strukturelle Stärkung der klinischen Forschung an medizinischen Fakultäten eröffnet: Im Koalitionsvertrag 2009 wurde die Gründung von sog. Gesundheitsforschungszentren für alle Volkserkrankungen vorgesehen. Diese sollen in die Helmholtz-Gemeinschaft integriert werden. Das erste Forschungsinstitut dieser Art ist das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), mit dem Hauptstandort Bonn und derzeit 5 weiteren Partnerstandorten an Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Die universitäre klinische Demenzforschung in Psychiatrie und Neurologie an einzelnen Standorten wird dabei synergistisch in eine translationale Forschungskette eingebunden. Hieraus ergeben sich langfristig sehr erfolgversprechend Perspektiven für die klinische Forschung und Perspektiven auf einer institutionellen Grundlage. »Gleiche Augenhöhe« und enge Kooperation mit der Hochschulmedizin sind dabei gefordert.

Für andere »Volkskrankheiten« sind mittlerweile weitere 5 Gesundheitsforschungszentren mit jeweils mehreren Partnerstandorten gegründet worden. Trotz ihrer hohen Relevanz ist für psychische Störungen (jenseits der Demenzen) derzeit kein solches Zentrum vorgesehen. Die DGPPN kritisiert diese Entscheidung.

Brückenstrukturen zwischen beiden Partnern haben sich ebenso im Rahmen der Exzellenzinitiative des Bundes und der Länder gebildet (z. B. zwischen dem Forschungszentrum Jülich in der Helmholtz Gemeinschaft und der RWTH Aachen; JARA-BRAIN). Auch dieses Modell hat sich als Erfolgsmodell erwiesen, langfristig Forschungsleistungen zu steigern und internationale Ausstrahlung der klinischen Forschung zu stärken.

Es zeichnet sich ab, dass damit ein Netz universitärer Versorgungs- und Forschungseinrichtungen über verfassungskonforme Mechanismen mit einem Helmholtz-Zentrum assoziiert werden. Die Einrichtung solcher krankheitsbezogener Zentren garantiert vor allem, dass dauerhaft Forschungsmittel des Bundes für eine spezifische Krankheitsgruppe zur Verfügung gestellt werden, was derzeit für psychische Krankheiten (jenseits der Demenzen) nicht der Fall ist (MPI und ZI werden bisher nur mittelbar oder indirekt über Bundesmittel finanziert).

Versorgung: Optimale Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen

Angesichts der gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Entwicklungen im Bereich psychischer Erkrankungen sind fachübergreifende und evidenzbasierte Behandlungsstandards eine vordringliche Aufgabe der Medizin. Um das wissenschaftlich-medizinische Wissen in Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen nachhaltig zu verbessern, wirkt die DGPPN kontinuierlich an der Entwicklung dieser Leitlinien mit.

Eine optimale Diagnostik und Therapie beim Auftreten psychischer Erkrankungen muss zeitnah, flächendeckend und mit möglichst niedrigen Zugangshürden etabliert sein. Zudem ist eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fach-

richtungen besonders, aber nicht nur, bei älteren psychisch Erkrankten für eine hohe Versorgungsqualität essenziell. Bei der medizinischen Versorgung komorbider somatischer Erkrankungen bei psychisch Kranken müssen die besonderen Risiken die in diesem Kontext bestehen, Beachtung finden (Hewer und Schneider 2012). Sie muss sich dabei auch an den gesellschaftlichen Veränderungen orientieren. In den letzten Jahren ist v. a. die Zahl der Demenzerkrankungen um ein Vielfaches gestiegen. Angesichts des weiter voranschreitenden demografischen Wandels und der verbesserten Gesundheitsversorgung ist eine wachsende Anzahl älterer Menschen und damit verbunden eine stetig wachsende Zahl von Patienten mit demenziellen Erkrankungen zu erwarten. Auch die Zahl der depressiven Erkrankungen wächst stetig. Es ist noch unklar, ob dies einer verbesserten Erkennung der Depression durch die behandelnden Ärzte, einer echten Zunahme der Inzidenz der Depression in der Bevölkerung oder einer höheren Akzeptanz der Diagnose »Depression« bzw. psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zuzuschreiben ist. Zunehmende psychosoziale Belastungsfaktoren, insbesondere in der Arbeitswelt, dürften hierbei aber ebenso eine wichtige Rolle spielen.

Der ärztlichen Psychotherapie kommt hier eine besonders wichtige Rolle zu. Sie ist nicht aus der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft wegzudenken. Ihre Stärken müssen in öffentlichen Diskussionen noch stärker herausgestellt werden. Zudem ist ein gerechteres Vergütungssystem ärztlicher Psychotherapie gemäß ihrem Stellenwert an der psychotherapeutischen Versorgung dringend notwendig. Die Berufsgruppe der Psychiater und Nervenärzte behandelt mit 72% die meisten der psychisch Kranken. Jedoch erhält sie nur ein Viertel der Gesamtausgaben (Melchinger 2008a), was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass sich ihre psychotherapeutischen Leistungen im bestehenden Entgeltsystem mit der etablierten Richtlinienpsychotherapie nicht hinreichend abbilden lassen. Der DGPPN geht es hierbei nicht um eine Spaltung der an der Psychotherapieversorgung tätigen Berufsgruppen, vielmehr ist eine bessere Vernetzung nötig, um Patienten mit psychischen Erkrankungen optimal zu behandeln und zu versorgen.

7.1.5 Nachwuchsförderung

Die derzeitigen bedrohlichen Entwicklungen des allgemeinen Ärztemangels werden uns auch in den nächsten Jahren intensiv beschäftigen. Der Nachwuchs in der Psychiatrie steht im Spannungsfeld zwischen klinischen Anforderungen und wissenschaftlicher Qualifikation. Die Fortentwicklung wissenschaftlicher Methoden erfordert in der Regel eine Zusatzausbildung zur klinischen Weiterbildung des Nachwuchses in der Psychiatrie und Psychotherapie. Geschieht dieses nicht, so fällt es dem jungen Arzt oder der Ärztin sehr schwer, mit dem wissenschaftlichen Fortschritt mitzuhalten und qualitativ hochwertige Wissenschaft zu generieren. Gelingt dies dennoch, so geschieht es häufiger auf Kosten einer qualifizierten klinischen Ausbildung und letztendlich signifikant reduzierter Präsenz in der Patientenversorgung. Dementsprechend erscheinen die klassischen Modelle einer integrierten und parallelen Ausbildung im wissenschaftlichen wie im klinischen Bereich in einer Universitäts- oder Forschungsklinik nicht mehr flächendeckend umsetzbar zu sein. Die heute geforderte starke Methodenkompetenz eines »Medizinwissenschaftlers« ist meist nur noch in zeitlich abgetrennter Form an einem grundlagenwissenschaftlichen oder technologisch ausgewiesenen Institut möglich.

Für die Ausgewogenheit der klinischen Weiterbildung sollte der Anteil der psychotherapeutischen Ausbildung intensiviert und die Möglichkeit zur Kooperation mit den körpermedizinischen Disziplinen, insbesondere auch im Hinblick auf die Diagnostik, Bildgebung und Elektrophysiologie, ausgebaut werden.

Grundsätzlich bedarf es langfristiger Werbe- und Förderprogramme, um den Nachwuchs für das Fach zu begeistern und ihn zu halten. Diese Maßnahmen und Programme müssen auf mehreren Ebenen ansetzen: Frühzeitig während des Studiums, der Förderung von Ausbildung in Wissenschaft und Forschung sowie den Inhalten der Weiterbildungszeit.

Wissenschaftliche Ausbildung vor dem Einstieg in die Klinik

Ärztinnen oder Ärzte, die wissenschaftlich, z. B. durch die Absolvierung eines der gegenwärtig neu

eingerrichteten MD/PhD-Programme oder eines Graduiertenkollegs qualifiziert worden sind, werden für die klinische Ausbildung im Bereich der Psychiatrie gewonnen. Hierzu muss die Psychiatrie an solchen Studiengängen partizipieren, um das Interesse der Absolventen zu gewinnen. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang auch eine enge Vernetzung mit den in der Vorklinik etablierten Grundlagenwissenschaften, wo aufgrund reduzierter Stellenausstattung Nachwuchs ist, der Entwicklungschancen sucht. Auch hier muss versucht werden, sich z. B. in der gemeinsamen Lehre zu engagieren oder Forschungsprojekte zu initiieren, um die Psychiatrie als wissenschaftliches Fach für solche Personen attraktiv zu gestalten. Die Beantragung von weiteren interdisziplinären und möglichst internationalen Graduiertenkollegs bei der DFG ist ein richtiger Ansatz.

Wissenschaftliche Ausbildung als Modul der Gesamtausbildung

Ärztinnen oder Ärzte, die sich in den ersten Jahren ihrer klinischen Tätigkeit bewährt und darüber hinaus gezeigt haben, dass sie selbstständig wissenschaftlich arbeiten können, sollten alternativ im Rahmen von fakultätsinternen oder externen Stipendienprogrammen die Möglichkeit erhalten, sich wissenschaftlich zu qualifizieren. Das Erlernen spezifischer Techniken in den Neurowissenschaften, wie auch im Bereich der Geistes- und Sozialwissenschaften, soll dem Nachwuchs die Möglichkeit geben, eigenständig qualitativ hochwertige Wissenschaft durchzuführen. Heute wird dieser Kompetenzerwerb häufig in einem Auslandsaufenthalt erworben. Inländische Angebote sollten aber wegen des sehr stark wachsenden Bedarfs zunehmend entwickelt werden.

Auch die Etablierung von Studien- und Ausbildungsgängen, in denen eine Doppelqualifikation als Arzt und Wissenschaftler (Clinician Scientist) ermöglicht wird, ist an vielen Orten anzustreben. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welchen Schwerpunkt solche Studiengänge bedienen sollten. Die besondere Möglichkeit von psychiatrischen Universitätskliniken liegt in der Verfügbarkeit von Wissenschaftsmethodik auf der einen Seite und dem Zugang zu Patienten auf der anderen Seite. Dementsprechend besteht an dieser Schnittstelle die einzigartige Möglichkeit, klinische und transla-

tionale Forschung auf höchstem Niveau durchzuführen. Insofern sollten solche Studiengänge auch zur Qualifikation im Bereich klinischer Studien weiterentwickelt werden.

Beispiele für erfolgreiche Spezialisierung innerhalb des Medizinstudiums gibt es für einige Modellstudiengänge mit mehreren Semestern umfassenden Qualifikationsprofilen und neben dem Staatsexamen zusätzlichem Abschluss.

Forschung

Wichtigste Grundvoraussetzung für die konkurrenzfähige universitäre, medizinische Forschung ist die Qualifikation der zukünftigen Forscher und Kliniker. Es darf angenommen werden, dass gut qualifizierte Forscher bei einer angemessenen Grundausstattung exzellente Forschung leisten können, vorausgesetzt, die Strukturen für Projekt- und Nachwuchsförderung sind attraktiv, effizient und zukunftsorientiert. Bei vielen internationalen Forschungsstandorten setzt man auf gute Köpfe, die angemessen ausgestattet und somit angehalten sind, Drittmittel einzuwerben. Hierfür ist u. a. ein interdisziplinärer Kontext und Zugang zu innovativen technologischen Methoden nötig. Es muss der Ehrgeiz der akademischen Psychiatrie sein, solche Strukturen der Nachwuchsförderung auch in Deutschland an einzelnen Knotenpunkten zu etablieren und Motivation für solche Entwicklungschancen unter jungen Wissenschaftlern und Ärzten zu schaffen.

Weiterbildungsordnung

Dringend notwendig sind auch Änderungen in der ärztlichen Weiterbildungsordnung für unser Fach: Dazu gehören die Aufhebung der überholten Trennung von primären und sekundären (durch »körperliche« Erkrankungen verursachten) psychischen Erkrankungen und die Umbenennung und Umstrukturierung der Psychosomatischen Grundversorgung in eine Grundversorgung psychischer Erkrankungen. Inwieweit – bei gegenseitiger Aufrechterhaltung – das Pflichtweiterbildungsjahr Neurologie notwendig ist, wird die weitere Entwicklung der Diskussion der Weiterbildungsordnung zeigen. Aber auch die Gleichwertigkeit zur Neurologie-Weiterbildung bei bildgebenden Verfahren, die Ergänzung psychosomatischer Inhalte

im Konsiliar- und Liaisondienst sowie die Dokumentation des störungsspezifischen Therapieanteils an psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen müssen verstärkt Teil des Curriculums der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie werden. Ebenso ist die Förderung der weiterbildenden Strukturen in vertragsärztlichen Praxen zu verstärken, insbesondere sind qualitätsgesicherte Weiterbildungsmodule zu etablieren.

Die DGPPN hat sich hier intensiv in den Reformierungsprozess 2009 der Bundesärztekammer zur Musterweiterbildungsordnung eingebracht und Teilerfolge erzielt. Hauptziel muss es sein, die enge Verschränkung zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik auch in der Weiterbildungsordnung abzubilden.

7.1.6 Strukturen der Zukunft

Das zentrale Anliegen in der Fortentwicklung des Faches müssen Aufbau bzw. Erhalt der übergreifenden Kompetenz für psychische Krankheiten in Versorgung und Forschung sein. Innerhalb dieses Rahmens erfordert die Zunahme von Wissen und Möglichkeiten interne Differenzierungen und Spezialisierungen in klinischer Praxis und Wissenschaft. Dabei bestehen für die akademische Psychiatrie verschiedene komplementäre Strategien interner Differenzierung. Fokussierung, entweder auf Methoden (insbesondere neurowissenschaftlicher, klinisch pharmakologischer, psychotherapeutischer Schwerpunkt, Schwerpunkt Versorgungsforschung/Public Health) oder auf Störungsgruppen (Psychosen, affektive Störungen, Suchterkrankungen, Demenzen, Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie/Psychosomatik usw.). Die starke Relevanz von Methodenkompetenzen erfordert die enge Kooperation und Einbindung nichtärztlicher Wissenschaftler mit der jeweiligen Direktorin bzw. dem Direktor der Klinik. Das frühere »Ideal«, alle Komponenten des wissenschaftlichen Faches an einem Standort simultan und mit Qualität abzudecken, wird nicht mehr zukunftsträchtig sein können.

7.2 Ziele für die Fachgesellschaft 2020

- Die DGPPN repräsentiert auch als Dachgesellschaft die deutsche Psychiatrie.
- Die DGPPN ist eine wichtige gesellschaftspolitische Stimme in gesundheits- und forschungspolitischen Fragen.
- Die DGPPN hat 10.000 Mitglieder.
- Die DGPPN ist Garant für Qualitätssicherung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung.
- Die Mitglieder der DGPPN engagieren sich in großem Umfang in den Referaten der DGPPN.
- Die DGPPN wird getragen von Forschern, Klinikern und Niedergelassenen.
- Die DGPPN ist international ein gefragter Akteur.
- Der DGPPN-Kongress hat nicht nur national, sondern auch international eine Spitzenstellung.

Die DGPPN unterhält bereits heute enge Kooperationen mit verwandten Fachgesellschaften. Es wird zunehmend wichtiger, unser Fach gegenüber Politik und der Öffentlichkeit geschlossen zu vertreten. Ziel für 2020 ist es daher, dass die DGPPN in gesundheits- und wissenschaftspolitischen Belangen unser Fach mit einer Stimme nach außen vertritt. Als Dachgesellschaft aller medizinischen P-Fächer wird uns dies am besten gelingen. Eine enge Vernetzung intern wie extern sowie eine starke Kommunikation innerhalb der Fachgesellschaft ist hierfür von großer Relevanz. Daher ist ein aktives Engagement unserer Mitglieder in der DGPPN sehr wichtig. Nur mit einer starken Fachgesellschaft wird es uns gelingen, die Belange psychiatrisch-psychotherapeutischer Forschung und Versorgung optimal zu vertreten.

Die DGPPN ist auch weiterhin wichtiger Impulsgeber für eine kontinuierliche Diskussion um wichtige wissenschaftliche Fragen des Faches. Aufgabe ist es zum einen, die Weiterentwicklung des Faches optimal zu unterstützen und voranzubringen. Auch gilt es, die akademische Psychiatrie so zu positionieren, dass diese gegenüber den anderen medizinischen Fächern souverän eigene Belange und Interessen durchsetzen kann. Hierzu gehört auch die substanzielle Partizipation an nationaler und internationaler Forschungsförderung.

Der jährliche Fachkongress der DGPPN ist bereits heute zentraler Treffpunkt nationaler und internationaler Wissenschaftler und Forscher im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Spitzenstellung gilt es weiter auszubauen, sodass der Kongress der wichtigste und stärkste wissenschaftliche Fachkongress der Psychiatrie in Europa ist.

Auch strebt die Fachgesellschaft eine Vernetzung der gemeinsamen Interessen auf europäischer Ebene an. Dazu soll ein Gremium der nationalen Fachgesellschaften zur internationalen Interessensvertretung des Faches in Brüssel gegründet werden. Ziel ist es, mit einer gemeinsamen Stimme in Europa noch deutlicher Position gegenüber europäischen Institutionen, Drittmitteleinrichtungen oder anderen Verbänden zu beziehen. Eine enge Verflechtung mit der EPA, bislang einer Gesellschaft von Einzelmitgliedern, ist aus Sicht der DGPPN anzustreben.

Gründung einer Wissenschaftsakademie der DGPPN

Die DGPPN sollte, ggf. mit anderen Verbänden, gemeinsam eine Wissenschaftsakademie etablieren. Diese sollte aus den besten Wissenschaftlern ihres Gebietes bestehen (inkl. ausgewählter ausländischer Mitglieder) und regelmäßige interne und externe Veranstaltungen anbieten. Die Akademie sollte folgende Ziele verfolgen:

- Schaffung einer überdauernden Plattform für den wissenschaftlichen und klinischen Nachwuchs für Inhalte von übergreifender Relevanz und Zusammenführung der unvermeidbaren Spezialisierungen
- Stärkung der Corporate Identity im Fach Psychiatrie und Psychotherapie
- Sichtbares Aufgreifen von frühzeitig psychiatrierelevanten wissenschaftlichen und fachlichen Themen von weitreichender gesundheitspolitischer bzw. öffentlicher Bedeutung und Etablierung von Gesprächsforen dafür

Veranstaltungsformate sind dabei beispielsweise:

- Diskussions-/Dialogforen zu aktuellen wissenschaftlichen Themen, die für eine allgemeine Öffentlichkeit interessant sind

- Thematisch oder methodisch orientierte Workshops für den wissenschaftlichen Nachwuchs
- Fortbildungsangebote außerhalb des DGPPN-Kongresses

Die kooperierenden wissenschaftlichen Gesellschaften der DGPPN (und ggf. wissenschaftliche psychiatrische Gesellschaften des Auslands) sollten zur Mitarbeit eingeladen werden.

Vertretung der fachbezogenen gesundheitspolitischen Belange

Eine bedeutende Aufgabe kommt der Fachgesellschaft in der Vertretung der fachbezogenen Interessen gegenüber der Politik zu. Das Gesundheitssystem in Deutschland durchläuft derzeit einen schnellen Wandel. Umso wichtiger ist es, exzellente Forschung und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten. Hierzu gehört eine stärkere Forschungsförderung durch Bund und Länder ebenso wie eine bessere Honorierung. Die vorgeschlagene Wissenschaftsakademie sollte durch die Öffentlichkeitsarbeit in die Richtung beworben werden, dass das Fach Psychiatrie und Psychotherapie durchaus in der Lage ist, sowohl sozialmedizinische als auch neurobiologische Themen wissenschaftlich auf höchstem Niveau abzudecken. Hierzu bildet sie die geeigneten Wissenschaftler aus und verfügt über Strukturen, die die Durchführung international kompetitiver Wissenschaft in Deutschland ermöglichen. Mit dieser Expertise kann und sollte die DGPPN erster Ansprechpartner und Berater der Entscheidungsträger in der Politik bei allen Fragen zu psychischen Erkrankungen sein.

7.3 Verantwortung der Politik

Die wachsende gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen zeigt, dass auch die Politik handeln muss. Die Verteilung der Ressourcen erfolgt nach wie vor ungleich, gemessen an den Bedürfnissen. Die Vergabe öffentlicher Fördergelder für unser Fach muss dringend erhöht werden. Nur eine flächendeckende sektorenübergreifende Versorgung kann die Versorgungsgaps verringern.

Der Erhalt der Psychiatrischen Institutsambulanz und die Überwindung der Schnittstellen ambulant-stationär sind hierfür ebenso notwendig wie ein faires Entgeltsystem.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen im vertragsärztlichen Bereich werden nach wie vor nicht angemessen vergütet. Im stationären wie ambulanten Sektor stehen noch immer Psychiater in den Gehälterlisten am unteren Ende der Skala für Mediziner.

Die wachsende Prävalenz psychischer Störungen bei Gefangenen und insbesondere auch Sicherungsverwahrten stellt eine besondere Anforderung an die Politik. Die notwendig gewordenen Neuregelungen der Gesetze zu Maßregelvollzug, Sicherungsverwahrung sowie Therapieunterbringung betreffen die forensische Psychiatrie im besonderen Maße. Eine Einbeziehung von Experten unseres Faches in die Gesetzesreformierungen ist daher unabdingbar.

Auch in der Antistigmatisierungsarbeit bedarf es weiterer Initiativen. Die DGPPN hat mit dem von ihr im Jahr 2007 ins Leben gerufenen Aktionsbündnis »Seelische Gesundheit« eine Schnittstelle etabliert, welche die Initiativen der Antistigmaarbeit bundesweit bündelt und mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Forschungsfragen der gesellschaftlichen Stellung von Patienten mit psychischen Erkrankungen untersucht. Jedoch reicht dies nicht aus. Nach wie vor verhindert die gesellschaftliche und politische Haltung, psychische Erkrankungen zu marginalisieren und zu stigmatisieren, eine entscheidende Verbesserung der Versorgungssituation. Neben tragfähigen, ausreichend finanzierten Versorgungskonzepten bedarf es gezielter Aufklärung der Bevölkerung und der Gesundheitspolitik, um das Unwissen über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Therapien zu verringern.

Zusammenfassend ist die Politik aufgefordert,

- die Grundlagen-, Anwendungs- und Versorgungsforschung im Bereich psychischer Erkrankungen zu intensivieren,
- die Behandlungsressourcen für psychische Störungen auszubauen und finanziell zu stärken,
- Zuweisungsmodelle zu verbessern, damit die Betroffenen schneller eine adäquate Therapie erhalten und

- die Frühintervention bei Jugendlichen zu verstärken, damit Erkrankungen nicht chronifizieren sowie
- die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen voranzutreiben.

Literatur



- Albani C, Glaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010a) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten, Teil 1 Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55: 503–514
- Albani C, Glaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010b) Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten, Teil 2 Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56: 51–60
- Anthony WA (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16: 11–23
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden (2007) AOLG: Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2010) Arbeitshilfen für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch Kranker und Behinderter Menschen. http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Barmer GEK (2011). Gesundheitswesen aktuell 2011. <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/110831-PK-GWA-2011/Digitale-Pressemappe-GWA-2011,property=Data.pdf>. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Bartels SJ (2004) Caring for the whole person: integrated health for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *J Am Geriatr Soc* 52: 249–257
- Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Voderholzer HU (Hrsg) (2005) Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003–2004. Springer, Berlin Heidelberg
- Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum
- Bohus M (2012) Psychosomatik – quo vadis? *Die Psychiatrie* 1: 40–45
- Bühning P (2003) Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Bedarf steigt mit dem Fortschritt. *Deutsch Ärztebl* 100: A2700–A2702
- Bundesärztekammer (1995–2011) Ärzttestatistik der Bundesärztekammer (Jahrgang 1994–2010). Resource document. Bundesärztekammer. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3>. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2010) Vorhabenübersicht 2010. (Angaben der Website entnommen). <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/341.php>. Zugegriffen: 14. Dez. 2010
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2011a) Gesetz zur Neuordnung der Sicherungsverwahrung. *Nervenarzt* 82: 379–390
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2011b) Neuregelung der Sicherungsverwahrung. *Nervenarzt* 82: 1497–1504
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2011c) Empfehlungen zur Vermeidung von Interessenkonflikten für Vorstandsmitglieder der DEPPN. *Nervenarzt* 82: 932–936
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010a) Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker: Rechtsgutachten und Stellungnahme. *Nervenarzt* 81: 638–639
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010b) Stand der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 81: 639–645
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010c) Entgeltentwicklung in Psychiatrie und Psychosomatik. *Nervenarzt* 81: 1140–1141
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010d) Integrierte Versorgung für Psychiatrie und Psychotherapie flächendeckend umsetzen – Kommerzielle Interessen abwehren. *Nervenarzt* 81: 1400–1401
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2002) Offener Brief zum Entwurf eines Ausschusses der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) vom 23.04.2002 »Ambulante psychosomatische Rehabilitation« an die Bundesministerin für Gesundheit, den Bundesminister für Arbeit und Soziales und die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2002/stn-2002-07-08-bar-offener-brief2.pdf. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (1997) Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer, Berlin Heidelberg
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2010) Rentenzugang 2009. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, XXI, Bd 178. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Flintrop J (2009) Psychische Erkrankungen weiter auf dem Vormarsch. *Deutsch Ärztebl* 106: 99
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online-Tabellen erstellt unter <http://www.gbe-bund.de>. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Grözinger M, Amlacher J, Schneider F (2011) Die Besetzung ärztlicher Stellen an psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. *Nervenarzt*. 82: 1460–1468
- Grözinger M, Olzen D, Metzmacher A, Podoll K, Schneider F (2011) Patientenverfügungsgesetz: Konsequenzen für die Behandlung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 82: 57–66

- Gründer G, Benkert O (2012) Konzeption und Grundlagen einer funktionalen Psychopharmakotherapie. In: Gründer G, Benkert O (Hrsg) *Handbuch der Psychopharmakotherapie*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg
- Harris CE, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Brit J Psychiat* 173: 11–53
- Hewer W, Schneider F (2011) Somatische Morbidität psychisch Kranker. In: Schneider F (Hrsg) *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg
- Howard K, Orlinsky D, Lueger R. Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. *Brit J Psychiat* 1994; 165:4–8
- IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (2010) Die Behandlung neuro-psychiatrischer Erkrankungen: Vergütung ärztlicher Leistungen und Versorgungssituation, unveröffentlicht
- IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (2007) Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Gutachten für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN), den Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) und den Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP). Recourse dokument. BVDP. http://www.bv-psychiater.de/main/show_artikel.php?id=818. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Jäckel D, Hoffmann H, Weig W (2010) *Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen psychischen Störungen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Jacobi F, Wittchen H-U, Holting C, Hofler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34: 597–611
- Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ et al. (1999) Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades. *Arch Gen Psychiatry* 56: 848–853
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008–2010) Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. [http://www.kbv.de \(unter »Mediathek«, »Grunddaten«\)](http://www.kbv.de (unter »Mediathek«, »Grunddaten«)). Zugegriffen 31. Jan. 2012
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52(12): 1048–1060
- Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E et al. (2009) Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 66: 713–720
- Loi S, Chiu E (2011) Medical comorbidity in psychogeriatric patients. *Curr Opin Psychiatry* 24: 355–358
- Lutz W. Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59(7): 745–750
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E (2008) Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study. *Nervenarzt* 79: 577–586
- Mathers CD, Loncar D (2006) Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results. *Public Library Sci Med* 3 (11): e442
- Melchinger H (2011) Richtlinienpsychotherapie im Alter - Anspruch und Wirklichkeit. *NeuroTransmitter* 10: 16–22
- Melchinger H (2008a) Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerung dringend geboten. *Deutsch Ärztebl* 105: A2457–A2460
- Melchinger H (2008b) Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion_ssl_neu/upload/kbv_gutachten_%28endfassung_%29.pdf. 31. Jan. 2012
- Melchinger H, Rössler W, Machleidt W (2006) Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 77: 73–80
- Roth BL, Sheffler DJ, Kroeze WK (2004) Magic shotguns versus magic bullets: selectively non-selective drugs for mood disorders and schizophrenia. *Nature Rev Drug Discov* 3: 353–335
- Rübenach SP (2007) Todesursache Suizid. *Wirtschaft und Statistik* 10: 960–971
- Saha S, Chant D, McGrath J (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia. Is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 64: 1123–1131
- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J, Baumann AE, Gureje O, Jorge MR, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A (2010) WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists World. *Psychiatry* 3: 131–144
- Schneider F (2011) *Psychiatrie im Nationalsozialismus – Gedanken und Verantwortung*. Springer, Berlin, Heidelberg
- Spießl H, Binder H, Cording C, Klein HE, Hajak G (2006) *Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck*. *Deutsch Ärztebl* 103: A2549–A2552
- Statistisches Bundesamt (2010) Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. *Statistik Rechtspflege Strafvollzug*. Fachserie 10 Reihe 4.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2011) *Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2010*. Fachserie 12, Reihe 4. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009a) *Gesundheit. Diagnose-daten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008*. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2009b) Krankenhauslandschaft im Umbruch. Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 7: 641–659
- Statistisches Bundesamt (1992–2010, Erscheinungsfolge: jährlich) Grunddaten der Krankenhäuser, Jahrgänge 1990–2009. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Weber-Papen S, Schneider F (2012) Unterbringung. In: Schneider F (Hrsg) Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (2003) Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/EKT.pdf>. Zugegriffen: 31. Jan. 2012
- Wissenschaftliches Institut der AOK WIdO (2011) Fehlzeitenreport 2011: Führung und Gesundheit. Springer, Berlin Heidelberg
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21: 655–679
- WMA Declaration of Helsinki/Seoul (2008) Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. Zugegriffen: 31. Jan. 2012