

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Leben mit psychisch Kranken Recovery für Angehörige



Kollektive Folgen von
Traumata: Wunden der
Gesellschaft

→ Seite 12

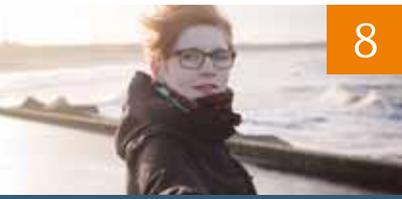
Aktuelle Versorgungss-
lage: G-BA-Chef Josef
Hecken im Gespräch

→ Seite 16

Der Mensch im
Mittelpunkt:
DGPPN Kongress

→ Seite 22

DIE THEMEN DIESER AUSGABE



8

**LEBEN MIT PSYCHISCH KRANKEN
RECOVERY FÜR ANGEHÖRIGE**

16

**UNTER VIER AUGEN
DGPPN-PRÄSIDENTIN IRIS HAUTH
IM GESPRÄCH MIT
G-BA-CHEF JOSEF HECKEN**



22

**DGPPN KONGRESS 2015:
DER MENSCH IM MITTELPUNKT**



34

**„WAS IST DAS, WAS IN UNS
LÜGT, MORDET, STIEHLT?“**

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

| | |
|---|---|
| Regionale Unterschiede in der Versorgung | 2 |
| Prävention: neuer Gesetzesentwurf | 3 |
| Neues Sprechstundenkonzept der DGPPN | 4 |
| Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie | 6 |
| Traumatisierte Flüchtlinge: Versorgungsdefizite | 7 |

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

| | |
|--|----|
| Recovery für Angehörige | 8 |
| Kollektive Traumata: Wunden der Gesellschaft | 12 |

UNTER VIER AUGEN

| | |
|--|----|
| Dr. Iris Hauth im Gespräch mit G-BA-Chef Prof. Josef Hecken | 16 |
|--|----|

DGPPN KONGRESS

| | |
|---|----|
| Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken | 22 |
|---|----|

WISSENSCHAFT

| | |
|---|----|
| Alkohol- und Tabakabhängigkeit: neue Behandlungsleitlinien | 26 |
|---|----|

PSYCHE IN MEDIEN

| | |
|--|----|
| Buchrezension: Der Fall Mollath – Vom Versagen der Justiz und Psychiatrie | 28 |
|--|----|

INSIDE DGPPN

| | |
|---|----|
| Referate aktuell: Wenn Helfer Hilfe brauchen | 29 |
| Drei Vorstandsmitglieder im Profil | 30 |

ZUKUNFT

| | |
|---|----|
| Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie | 32 |
|---|----|

VON GESTERN FÜR HEUTE

| | |
|-------------------------------------|----|
| Genese der forensischen Psychiatrie | 34 |
|-------------------------------------|----|

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

| | |
|-------------------------|----|
| Klinische Ethikberatung | 38 |
|-------------------------|----|

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772 0

Fax: 030.2404 772 29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsidentin

Dr. med. Iris Hauth

(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin

Charlottenburg

REDAKTION

J. Beutler, lic. phil.

Dipl.-Psych. G. Gerlinger M. A.

AUFLAGE

8500 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

März 2015

LAYOUT UND SATZ

Timm Knoerr

SCHLUSSKORREKTUR

Wortkultur | Dr. Ana Kugli

DRUCK

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,
Berlin

ABBILDUNGEN

AKG-IMAGES: S. 14 (Ludwig Meidner-Archiv, Jüdisches Museum der Stadt a. M.); BPK: S. 36, Inhaltsv. unteres Bild, S. 37 (Staatsbibliothek zu Berlin / Dietmar Katz); CLAUDIA BURGER: S. 16–21, 24–25; CORBIS IMAGES: S. 25 (Stefan Kunert/Westend61); FOTOLIA: S. 28 (rcx); HOLGER GROSS: Inhaltsv. mittleres Bild und S. 22; ISTOCK: S.5 (kickimages); Ludwig Meidner-Archiv, Jüdisches Museum der Stadt Frankfurt a. M.: S. 13; LWL Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt: S. 33; PHOTOCASE: Titelseite (Rike), S. 3 (cydonna), Inhaltsv. oberes Bild und S. 9, (gennadi+), 27 (smeyli); PICTURE ALLIANCE: S. 2 (Eibner-Pressfoto), 5 (dpa), 6 (Godong), 7 (dpa), 34 (dpa), 35 (akg-images), 38 (dpa), 40 (dpa); THINKSTOCK: S. 29 (iStock, Alex Schmidt), S. 32 (Huntstock), S. 41, letzte Seite (iStock titanium-desire)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Psychische Erkrankungen haben nicht nur für die Betroffenen, sondern immer auch für Angehörige und Freunde schwerwiegende Folgen. Von ihnen wird erwartet, dass sie stark sind und helfen. Dabei stoßen sie oft sehr schnell an die eigenen Belastungsgrenzen. Was es bedeutet, mit einem psychisch erkrankten Menschen zu leben, davon berichtet in dieser Ausgabe von *Psyche im Fokus* die Soziologin und Autorin Janine Berg-Peer. → [Seite 8](#)

Sehr oft brechen psychische Erkrankungen über die Betroffenen und ihre Angehörigen ganz unvermittelt herein. Damit sie in dieser Situation den Halt finden, den sie so dringend nötig haben, brauchen wir zuallererst ein Versorgungssystem, das den Menschen in den Mittelpunkt rückt. Als neue Präsidentin der DGPPN ist es mir ein besonderes Anliegen, dafür die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen: Jeder psychisch erkrankte Mensch muss überall in Deutschland sicher sein können, dass seine Erkrankung richtig erkannt und behandelt wird. Dass dies heute noch nicht der Fall ist, scheint inzwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen klar zu sein: Zu lange sind die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin, zu kompliziert gestaltet sich vielerorts die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer. Die Problematik ist klar, doch wie sehen die richtigen Maßnahmen aus? Darüber habe ich ausführlich mit Prof. Josef Hecken, dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, diskutiert. → [Seite 16](#)



Daneben enthält *Psyche im Fokus* viele weitere lesenswerte Artikel:

- Erschütternde Erlebnisse wie Kriege können nicht nur einzelne Menschen, sondern ganze Kollektive und Gesellschaften traumatisieren. Doch wie bewältigen Gemeinschaften traumatische Erlebnisse? Wie lange können Gesellschaften traumatisiert bleiben? → [Seite 12](#): „Wunden der Gesellschaft“
- Mitte des 18. Jahrhunderts zeichnete sich in der Wissenschaft ein Trend ab, sich verstärkt kriminalanthropologischen Themen zu widmen. Im Zuge dieser Entwicklung etablierte sich die Psychiatrie als medizinische Hilfswissenschaft der Forensik. → [Seite 34](#): „Zur Genese der forensischen Psychiatrie“
- Strukturen der klinischen Ethikberatung gibt es heute bereits an vielen deutschen Krankenhäusern. In der Psychiatrie hat diese Entwicklung hingegen bislang kaum stattgefunden. Dabei kann die klinische Ethikberatung auf vielfältige Weise zur Verbesserung der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen beitragen. → [Seite 38](#): „Ethik in der Praxis“

Viel Freude bei der Lektüre der aktuellen Ausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihre

Iris Hauth

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN

KRANKENKASSEN-REPORTS

REGIONALE UNTERSCHIEDE IN DER VERSORGUNG

Psychische Erkrankungen gehören mittlerweile zu den Hauptursachen von Krankschreibungen bei Deutschlands Beschäftigten. Nach aktuellen Erhebungen entfielen 2014 knapp 17 % aller Ausfalltage auf Depressionen, Angststörungen und andere psychische Leiden. Deshalb müssen sie noch stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung rücken.

Vergleichende regionale Analysen zur Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung sowie der Verteilung von Versorgungsstrukturen, Gesundheitsleistungen und deren Nutzung gibt es in Deutschland erst seit jüngster Zeit. Dabei stellen sie eine wichtige Ressource für die Versorgungsforschung dar. Insbesondere mit dem Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ist eine öffentliche Quelle verfügbar, mit der sich untersuchen lässt, inwieweit regionale Variationen existieren und ob sich Hinweise auf Über-, Unter- oder Fehlversorgung und deren Ursachen identifizieren lassen. Bislang wurde dies allerdings nur für manche somatischen Indikationen genutzt. Eine bundesweite Analyse zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist noch in Entwicklung begriffen.

VERDICHTUNG IN DEN STÄDTEN

In der bislang ersten deutschen Untersuchung zu kleinräumigen Variationen von diagnostizierten depressiven Erkrankungen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte wurden anhand der Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten große regionale Variationen aufgezeigt. Die Rate schwankte zwischen 5 und 17 %. Das Verteilungsmuster wies eine deutliche Verdichtung in den Kernstädten sowie tendenziell höhere Anteile an diagnostizierten depressiven Erkrankungen in den westlichen Bundesländern nach. Bereits im vergangenen Jahr zeigte der Faktencheck Depression der Bertelsmann-Stiftung ebenfalls große Unterschiede in der deut-



Psychische Erkrankungen stehen heute auf Platz zwei bei den Krankschreibungen.

lichen Versorgungslandschaft auf. In jüngster Zeit führen Krankenkassen vermehrt regionale Analysen ihrer Daten durch, wie etwa im Anfang des Jahres erschienenen „Depressionsatlas“ der Techniker Krankenkasse.

Um die Unterschiede in Versorgungsdichte, Diagnosehäufigkeiten und Behandlungsmaßnahmen zu erklären, sollten allerdings standardisierte epidemiologische Studien herangezogen werden, die von lokalen Diagnosegewohnheiten und systembedingter Kodierpraxis unabhängig sind. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass die in den administrativen Statistiken anfallenden Diagnosen aus der klinischen Praxis gerade im Bereich psychischer Störungen mit Schwierigkeiten behaftet sind. Neben regionalen Schwankungen der Prävalenz könnten zudem auch Unterschiede in der Verteilung von relevanten Risikofaktoren berücksichtigt werden. Ein wichtiger Aspekt liegt auch in den regional variierenden Versorgungsstrukturen. Werden in einer Region mit einer höheren Dichte an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychothera-

pie mehr depressive Erkrankungen diagnostiziert, kann dies bedeuten, dass die Diagnostik hier valider erfolgt und die tatsächliche Prävalenz in dieser Region besser abgebildet wird.

NEUE VERSORGUNGSANSÄTZE UNVERZICHTBAR

Die aktuellen Reporte machen deutlich, dass psychische Erkrankungen zu den schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen gehören und deshalb noch stärker in den Fokus von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung rücken müssen. Unverzichtbar ist aus Sicht der DGPPN die Entwicklung und Implementierung von sektorenübergreifenden und strukturierten Versorgungsansätzen wie der „Akutprechstunde“ oder Disease-Management-Programme. Jeder an psychischen Störungen erkrankte Mensch sollte überall in Deutschland sicher sein können, dass seine Erkrankung richtig erkannt und behandelt wird. Anhand der neuen Erkenntnismöglichkeiten durch regionale Analysen könnte hierfür zukünftig eine evidenzbasierte Bedarfsplanung als bislang stattfinden.

PRÄVENTIONSGESETZ

PSYCHISCHE GESUNDHEIT ERHÄLT MEHR GEWICHT

Nach mehreren gescheiterten Anläufen soll in Deutschland 2016 endlich ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Kraft treten. Der Gesetzesentwurf, über welchen der Bundesrat aktuell berät, eröffnet neue Chancen in Bezug auf die Prävention psychischer Erkrankungen.

Mit dem Präventionsgesetz will die Bundesregierung Krankheitslast verringern, indem Krankheiten früh erkannt werden oder gar nicht erst entstehen. Ziel ist es, die gesundheitliche Eigenkompetenz und -verantwortung zu stärken. Dabei will das Gesetz die Grundlage dafür schaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und -bereich unterstützt werden. Mit den Gesundheitszielen „Depressionen verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“, „Gesund älter werden“, „Gesund aufwachsen“ und „Reduktion des Tabakkonsums“ stehen Kernbereiche im Zentrum, die für die psychische Gesundheit der Bevölkerung von erheblicher Bedeutung sind.

PRÄVENTIV- UND FRÜHERKENNUNGSZENTREN

Mit der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung wird das Präventionsgesetz erstmals den Weg zur gezielten Früherkennung und -behandlung psychischer Erkrankungen eröffnen: Um Betroffene in Frühstadien untersuchen, beraten und behandeln zu können, bedarf es aus Sicht der DGPPN jedoch eines Ausbaus der gemeindenahen Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig gilt es, Präventiv- und Früherkennungszentren als niederschwelliges und vorwiegend ambulant konzipiertes Angebot für psychische Erkrankungen zu etablieren. Der Einbezug der fachärztlichen Expertise ist dabei unverzichtbar. Deshalb ist es folgerichtig, dass das Gesetz Ärztinnen und Ärzten erlaubt, Personen in Risikostadien Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention zu empfehlen.

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Lebenswelt Arbeitsplatz erfährt im Gesetzesentwurf besondere Beachtung: Die Bundesregierung will die Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung verbessern und enger mit den Maßnahmen des Arbeitsschutzes verzahnen. Dieser Schritt ist dringend notwendig: Denn in diesem Bereich betreiben eine Vielzahl von Akteuren Prävention, sodass die Gefahr der Verantwortungsdiffusion besteht. Angesichts der hohen Ausfalltage und Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen bleibt zu hoffen, dass das Gesetz zu deutlich mehr Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit anregt.

Handlungsbedarf sieht die DGPPN zudem im Bereich der Evidenzbasierung der Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention. Hier bestehen Wissensdefizite. Intensive Forschung ist dringend notwendig, Aus- und Fortbildung sind auf evidenzbasierte Verfahren zu verpflichten. Deshalb müssen die medizinischen Fachgesellschaften am Prozess der vorgeschlagenen Zertifizierung durch den Spitzenverband der Krankenkassen beteiligt werden. Gemeinsames Ziel muss sein, Arbeit so zu gestalten, dass Menschen gesund ihre Tätigkeit bis ins hohe Alter ausüben können. Mit Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich 46 % der Bevölkerung (in angestellter Tätigkeit) erreichen. Mehr noch: Anders als bei öffentlichen Gesundheitskampagnen erlaubt dieser Weg, Unterschiede in den Anfor-

derungen, den Ressourcen, der Beanspruchung und den Beanspruchungsfolgen je nach Branche, Beruf, Alter, Geschlecht, Position, Arbeitszeit etc. zu berücksichtigen und gezielte Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.



Das Präventionsgesetz will die gesundheitliche Eigenkompetenz und -verantwortung stärken.

Zu Recht sieht das Präventionsgesetz vor, diese Ziele im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie umzusetzen. Die nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten. Aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung psychischer Erkrankungen ist es dringend notwendig, dass sich psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise in der Besetzung dieses Forums wiederfindet.

SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

NEUES SPRECHSTUNDENKONZEPT

Der Kabinettsentwurf für das Versorgungsstärkungsgesetz sieht eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie vor, um die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Insbesondere sollen spezielle „psychotherapeutische Sprechstunden“ den zeitnahen Zugang zum psychotherapeutischen Versorgungssystem gewährleisten. Die DGPPN schlägt dahingegen ein umfassenderes Sprechstundenkonzept vor, das die gesamte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick nimmt: die Akutsprechstunde für psychische und psychosomatische Erkrankungen.

Im Dezember 2014 veröffentlichte die Bundesregierung die Kabinettsvorlage des Versorgungsstärkungsgesetzes. Das Gesetz zielt u. a. darauf ab, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. So erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, die Psychotherapie-Richtlinien zu überar-



Dank der Akutsprechstunde sollen Patienten innerhalb von 14 Tagen einen Termin erhalten.

beiten. Das Einrichten von speziellen „psychotherapeutischen“ Sprechstunden, die Förderung von Gruppentherapie sowie Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens sollen zur Flexibilisierung des Therapieangebots und zu einem zeitnahen Zugang zur psych-

iatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beitragen. Aus Sicht der DGPPN gehen diese Vorschläge in die richtige Richtung, greifen jedoch zu kurz. Deshalb haben die Mitglieder der Fachgesellschaft mit einer Resolution darauf hingewiesen, dass sich eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung nur im Rahmen eines umfassenden Gesamtkonzeptes erzielen lässt, das auf strukturierten, sektorenübergreifenden Versorgungspfaden basiert. Dabei sollten bisher unterversorgte Patientengruppen – z. B. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychotischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder somatoformen Störungen – in besonderer Weise Berücksichtigung finden. Mit einem konkreten Vorschlag hat die DGPPN aufgezeigt, wie ein Sprechstundenmodell mit niedrigschwelligem Zugang und effizienter Steuerungsfunktion aussehen könnte.

BESSERE STEUERUNG

Für eine Verbesserung der Akutversorgung ist die effiziente und passgenaue Steuerung des Zugangs zu den unterschiedlichen Versorgungsangeboten unabdingbar. Eine Akutsprechstunde für psychische und psychosomatische Erkrankungen soll daher die Funktion der ergebnisoffenen Bedarfsklärung und Beratung über Zugangswege zu Versorgungsangeboten übernehmen. Im Folgenden die wichtigsten Punkte auf einen Blick:

- Auf der Grundlage einer ausführlichen Anamnese und Befunderhebung erfolgt eine erste diagnostische Einschätzung. Der Patient wird über die verschiedenen Versorgungsangebote informiert und beraten.
- Falls notwendig, kann die Sprechstunde mit einer Krisenintervention (psychosozial, psycho- und/oder pharmakotherapeutisch) verbunden werden.
- Termine müssen innerhalb von 14 Tagen nach Anfrage gewährleistet sein.
- Die Akutsprechstunde kann von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin sowie Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten angeboten werden, wenn sie entsprechende strukturelle Voraussetzungen erfüllen. So müssen die Leistungen persönlich durch den Arzt oder Therapeuten in der Praxis und antragsfrei erbracht werden; die telefonische persönliche Erreichbarkeit muss mindestens 10 Stunden pro Woche gewährleistet sein und die Erreichbarkeitszeiten müssen transparent kommuniziert werden. Es muss eine Praxisorganisation vorgehalten werden, die – wenn notwendig – eine somatische Abklärung und Erstellung von Konsiliarberichten im Rahmen der Sprechstunde ermöglicht.

- Wird in der Akutsprechstunde für psychische Erkrankungen ein weiterer diagnostischer und/oder therapeutischer Handlungsbedarf festgestellt, so wird der Patient den angezeigten Versorgungsangeboten zugeleitet.
- Soll in der Folge durch einen psychologischen Psychotherapeuten eine Richtlinientherapie eingeleitet werden, so muss vor deren Beginn zusätzlich eine ärztliche Konsultation verpflichtend erfolgen. Sie dient dazu, die Diagnostik um medizinische Aspekte zu komplettieren, eine somatische (Mit-)Verursachung differentialdiagnostisch zu klären und die Indikation für weitere Therapiebausteine (pharmakologische und psychosoziale Interventionen) zu prüfen und damit eine leitliniengerechte Therapie zu garantieren.
- Im Rahmen der ärztlichen Konsultation erfolgt auch die Differentialindikation für eine teil-/stationäre Behandlung, medizinische Rehabilitation, ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie. Krankenhauseinweisungen sollten entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gewöhnlich erst dann erfolgen, wenn leitliniengerecht alle Therapiebausteine einer multimodalen Behandlung genutzt wurden, aber nicht zum Erfolg führten.
- Da die ärztliche Konsultation fachgerecht durchgeführt werden muss, kann sie nur von einem Facharzt mit entsprechender Expertise (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, mit Zusatzbezeichnung fachgebundener Psychotherapie oder Allgemeinmedizin mit Expertise in psychosozialer und psychosomatischer Grundversorgung) vorgenommen werden.



Bisher unterversorgte Patientengruppen – z. B. Menschen mit psychotischen Störungen oder Suchterkrankungen – sollen in besonderer Weise Berücksichtigung finden.

FÖRDERUNG VON KURZZEIT- UND GRUPPENTHERAPIEN

Im Rahmen der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie soll sich auch die zeitliche Bemessung der Psychotherapie stärker am Patientenbedarf orientieren. Aus Sicht der DGPPN braucht es Kurzzeit- und Langzeittherapien, die Möglichkeit einer kurzzeitig intensiven Behandlung in Krisen, die Möglichkeit von psychotherapeutischen Gesprächen zur Stabilisierung des Erreichten und auch in Einzelfällen eine jahrelange niederfrequente psychotherapeutische Unterstützung. Denn kurze und flexibel am Patientenbedarf ausgerichtete psychotherapeutische Interventionen sind effektiv und für viele Patienten ausreichend. Da dies aber nicht für alle Patienten gilt, müssen bei entsprechender Indikation eine Langzeittherapie und ein Wechsel in eine antragspflichtige Psychotherapie ohne Wartezeit möglich sein.

Auch die Gruppentherapie stellt – u. a. aufgrund der Kosten- und Zeiteffizienz, aber auch der sehr guten Wirk-

samkeit vieler störungsspezifischer Programme – eine wirksame Behandlungsalternative dar. Eine höhere Wirksamkeit von Einzeltherapie gegenüber Gruppentherapie ist für viele Indikationen nicht belegt. Die DGPPN wird sich deshalb bei der anstehenden Novellierung der MWBO dafür einsetzen, dass die Gruppenpsychotherapie in den Weiterbildungsrichtlinien für die zukünftigen Psychiater und Psychotherapeuten verbindlich verankert wird.

ANTRAGS- UND GUTACHTERVERFAHREN VEREINFACHEN

Im derzeitigen Versorgungsgeschehen stellt das Gutachterverfahren bereits eine Maßnahme zur Qualitätssicherung dar, welches allerdings weiterzuentwickeln ist: Eine multimodale Diagnostik und Verlaufsbeurteilung, welche auch psychometrische Tests einbezieht, ist dabei unverzichtbar. Kurzzeittherapien (bis 25 Std.) sollten weiterhin antragspflichtig, aber nicht gutachterpflichtig sein.

SOZIOThERAPIE

WEITERHIN OPTIMIERUNGSBEDARF NACH NEUFASSUNG DER RICHTLINIE

Anfang des Jahres hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Neufassung der Richtlinie für Soziotherapie beschlossen. Die darin vorgesehene Erweiterung der Verordnungsmöglichkeiten und die Erhöhung der probatorischen Therapieeinheiten sind ein Schritt in die richtige Richtung. Damit die positiven Effekte der Soziotherapie bei noch mehr psychisch schwer kranken Menschen ankommen, sind jedoch weitere Verbesserungen angezeigt.

Psychisch schwer kranke Menschen sind häufig nicht in der Lage, medizinische und andere Unterstützungsleistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Doch mithilfe der Soziotherapie kann Betroffenen ein Weg zur Teilhabe am Leben geebnet werden. Sie stellt eine lebenspraktische Anleitung zur selbstständigen Nutzung ärztlich verordneter, sozialer und therapeutischer Angebote innerhalb der psychiatrischen Versorgung dar.



Durch Motivierungsarbeit hilft die Soziotherapie, psychosoziale Defizite abzubauen.

ANREGUNG ZUR SELBSTHILFE

Durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen hilft die Soziotherapie, psychosoziale Defizite abzubauen. Die Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die Soziotherapie will die gesunden Ressourcen

der Patienten aktivieren und sie zur Selbsthilfe anregen, d. h. sie in möglichst kurzer Zeit befähigen, von fremder Hilfe unabhängig zu werden. Die soziotherapeutische Betreuung ist kein eigenständiges psychotherapeutisches Konzept, sondern sie übernimmt eine

Brücken- und Verteilerfunktion im ambulanten Bereich, indem sie den Patienten an für ihn angemessene Angebote heranführt. Dabei geht es auch darum, dem Patienten ein Leben außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen zu ermöglichen und einen Klinikaufenthalt zu vermeiden oder zu verkürzen.

QUALIFIZIERUNG DER SOZIOThERAPEUTEN

Neben somatischen und psychotherapeutischen Interventionen stellen soziotherapeutische Behandlungsansätze im Rahmen von psychosozialen Interventionen eine wichtige Ergänzung in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen dar. Aus Sicht der DGPPN ist die vom G-BA verabschiedete Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie mit der vorgesehenen Erweiterung der Indikationen und Erhöhung der Therapieeinheiten ein wichtiges und positives Zeichen für diese Patientengruppe. Allerdings besteht weiterhin Optimierungsbedarf: Der administrative Antragsaufwand ist für die verschreibenden Fachärzte sehr hoch und müsste dringend minimiert werden, zudem sind die Abstimmungsprozesse der verschiedenen Leistungserbringer nicht eindeutig geregelt. Neben der vorgesehenen Berichtspflicht müsste gleichzeitig eine ausreichende Qualifizierung der Soziotherapeuten sichergestellt werden. Die Effektivität von soziotherapeutischen Leistungen basiert maßgeblich auf einem strukturierten Vorgehen. Deshalb müssen sie von Personen erbracht werden, die ihre Maßnahmen an evidenzbasierten Ansätzen ausrichten können.

WIE FUNKTIONIERT SOZIOThERAPIE?

Basis der Soziotherapie bildet das Gespräch über die Krankheit, die aktuelle soziale Situation, die Probleme und die Ängste des Patienten. Dazu gehört es insbesondere, die Betroffenen umfassend über ihre Erkrankung aufzuklären. Sie sollen lernen, Krankheitsanzeichen – etwa Frühsymptome einer wiederkehrenden psychotischen Episode – als solche zu erkennen und mit ihren Auswirkungen umzugehen. Darüber hinaus zählen folgende Punkte zu den wichtigsten Inhalten und Modulen eines soziotherapeutischen Behandlungsplans, die alle auf

die jeweilige Situation und Verfassung des Patienten abgestimmt werden:

- Beratung in Konflikt- und Krisensituationen
- Stärkung der Eigenkompetenz
- Motivierung zur Nutzung der ärztlichen Versorgung
- Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern
- Hilfestellung bei der Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche
- Vermittlung von Ergotherapie
- Förderung von sozialen Kontakten
- Motivierung zu Freizeitaktivitäten

TRAUMATISIERTE FLÜCHTLINGE

HILFSANGEBOTE RASCH AUSBAUEN

Die gegenwärtigen Kriege fordern unzählige Opfer. Zu den körperlichen Verletzungen kommen schwere psychische Wunden, die ganze Volksgruppen, Völker und Landstriche betreffen. Oft gelingt es den betroffenen Menschen auf Jahre nicht, sich aus den traumatischen Erinnerungen zu befreien.

Kriege und politische Unruhen zwingen immer mehr Frauen, Männer und Kinder, aus ihrer Heimat zu fliehen. Auch in Deutschland ist die Zahl der Asylanträge nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) weiterhin steigend. 2014 gingen mehr als 200.000 Asylanträge ein. Bei ihrer Ankunft in Deutschland befinden sich viele Flüchtlinge und Asylsuchende in einem schlechten gesundheitlichen Zustand.

ÜBERFORDERTE PSYCHE

Kriege bedeuten für die Psyche Extremstress. Todesangst, Gewalt, Verfolgung, Hass und Ausgrenzung hinterlassen nicht nur körperliche, sondern auch tiefe seelische Spuren. Die traumatischen Erfahrungen übersteigen die eigenen Bewältigungsmechanismen, ständig werden die betroffenen Menschen von den Schrecken des Krieges verfolgt. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depression, ein verzweifelter Griff nach der Droge und andere traumainduzierte Störungen sind immer dann die Folge, wenn die Sum-

me schrecklicher Erfahrungen das Bewältigbare übersteigt. Rund 40 % der Flüchtlinge und Asylsuchenden haben mehrfach traumatisierende Erfahrungen gemacht. Die Rate für PTBS ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zehnmal höher.

DEFIZITE IM VERSORGUNGSNETZ

Doch in Deutschland ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen nach wie vor unzureichend. So stellte der aktuelle Bericht der Bundesregierung zur Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland einen erheblichen Nachholbedarf im Gesundheitswesen fest. Zwar erhalten künftig traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende durch die von der Bundesregierung angekündigte Umsetzung der sogenannten Aufnahme-Richtlinie Anspruch auf psychotherapeutische Hilfe. Doch aus Sicht der DGPPN besteht weiter akuter Handlungsbedarf. Denn viele Einrichtungen, die eine professionelle medizinische, psychotherapeutische und psychoso-



Rund 40 % der Flüchtlinge haben mehrfach traumatisierende Erfahrungen gemacht.

ziale Behandlung und Beratung durchführen können, kämpfen mit Finanzierungsschwierigkeiten und sprachlichen Verständnisproblemen bei der Behandlung von Flüchtlingen. Gleichzeitig stellen hoch komplexe administrative Vorgaben große Hindernisse für eine Anpassung an die notwendige Versorgung der Betroffenen dar. Die Politik ist dringend aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um die Versorgungssituation in Deutschland rasch und nachhaltig zu verbessern.

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN

Um die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland zu verbessern, sind aus Sicht der DGPPN eine Reihe von Maßnahmen notwendig:

- Sicherstellung der interkulturellen Kompetenz
- Einbeziehung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und ein Einsatz von geschulten Sprach- und Kulturmittlern
- Unbürokratische gesetzliche Regelung der Kostenübernahme von Sprachmittlern
- Einführung von gestuften Behandlungsmodellen

Versorgung nachhaltig verbessern

Weitere Informationen finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen

LEBEN MIT PSYCHISCH KRANKEN

RECOVERY FÜR ANGEHÖRIGE

Viele Menschen mit einer psychischen Krankheit werden von ihren Angehörigen betreut. Eine Aufgabe, die sie schnell an eigene Belastungsgrenzen bringt und sie auch mit Schuld, Scham und Ausgrenzung konfrontiert. Doch auch Angehörige können von dem Konzept „Recovery“ profitieren. Ebenso wie die Betroffenen kann es ihnen gelingen, die Krankheit in ihre Biografie zu integrieren und dennoch ein sinnvolles und erfülltes Leben zu leben.

Autorin: Janine Berg-Peer

Zahllose Untersuchungen belegen, dass Angehörige psychisch Kranker erheblichen Belastungen ausgesetzt sind – Einschränkungen in der eigenen Freizeit etwa oder finanziellen Belastungen, weil die Betroffenen über zu wenig eigene Ressourcen verfügen und aufgrund ihrer Erkrankung unkontrolliert Geld ausgeben. Oftmals ist auch soziale Isolation die Folge, weil die Beanspruchung durch den Betroffenen, mangelnde Unterstützung, Erschöpfung und manches Mal auch Scham über die psychische Krankheit viele Angehörige davon abhält, ihre sozialen Kontakte zu pflegen. Nicht zuletzt sind viele Belastungen auch der Tatsache geschuldet, dass sowohl das psychiatrische als auch das sozialpsychiatrische System nicht immer ausreichende Hilfen anbieten können. Nach Jahren ist das Leben der Angehörigen von permanenten Sorgen, Angst vor Krisen, Scham und Schuldgefühlen, Hilflosigkeit, Ärger und Wut oder Frustration gekennzeichnet.

Eine 2014 von EUFAMI, dem europäischen Dachverband aller Angehörigenverbände, in Auftrag gegebene Untersuchung zeigt für Deutschland, dass mehrheitlich Frauen – rund 80 % der Befragten – für die Betroffenen zuständig sind. Der Betreuungsaufwand liegt bei 19 Stunden in der Woche. Als belastend empfanden die Befragten u. a. die Angst vor zu großer Abhängigkeit der Betroffenen und die Notwendigkeit, eigene Bedürfnisse immer den Bedürfnissen der Betroffenen unterordnen zu müssen. 45 % der Befragten sahen sich an ihrer Belastungsgrenze. Besonders groß war in Deutschland die Unzufriedenheit mit der Unterstützung durch Fachpersonal. Auch wenn es sich um keine repräsentative Untersuchung handelt, bestätigen diese Ergebnisse die Belastungen, die Angehörige in Gesprächen immer wieder benennen. Dabei wird deutlich, dass sich Angehörige mehr Unterstützung erwarten, weil sie sich selbst nicht in der Lage sehen, ihre Situation mit der Krankheit und den Betroffenen allein konstruktiv zu bewältigen.

VERWIRRTE GEFÜHLE

Wie kommt es zu dieser enormen Belastung und Überforderung? Eine psychische Erkrankung platzt wie eine Bombe in eine Familie, den Angehörigen wird der Boden unter den Füßen entzogen. Niemand weiß, wie er mit einem geliebten Menschen umgehen soll, der sich aufgrund seiner Erkrankung plötzlich lethargisch, fremd oder rücksichtslos verhält. Angehörige befinden sich in einem Ausnahmezustand, für den ihnen keine Verhaltensstrategien zur Verfügung stehen. Häufig hat dieser Ausnahmezustand unbemerkt bereits Jahre vorher eingesetzt. Kinder verhalten sich plötzlich ganz anders. Sie ziehen sich zurück, ihre Schulleistungen verschlechtern sich und sie werden von der Familie als rücksichtslos wahrgenommen. Eltern reagieren in solchen Situationen hilflos oder mit pädagogischen Maßnahmen, die nicht helfen. Geschwister leiden und die Beziehung zwischen den Eltern verschlechtert sich, weil es zu unterschiedlichen Auffassungen über die Ursachen des merkwürdigen Verhaltens und der darauf passenden Antworten kommt. Manche Eltern empfinden dann trotz des Schocks auch Erleichterung, wenn die Diagnose gestellt wird. Erleichterung, weil sie glauben, dass die Diagnose bedeutet, dass sie ihr Kind nicht falsch erzogen haben, sondern dass es krank ist. Erleichterung auch, weil sie – noch – erwarten, dass auf die Diagnose eine erprobte Therapie folgt, die wieder zur Gesundheit führen wird. Diese Erleichterung verwandelt sich bald in Ernüchterung, es folgt ein Schock dem anderen. In manchen Fällen gibt es keine Therapie, die wirklich heilen kann. Und auch die Ärzte müssen ausprobieren, was hilft. Kinder weigern sich, Hilfe anzunehmen und es gibt keine Möglichkeit, sie dazu zu zwingen. Es erfordert einen ungeheuren Aufwand für Eltern, sich im sozialpsychiatrischen Dschungel zurechtzufinden, in dem sie immer wieder auf durch Gesetze und Zuständigkeiten errichtete Mauern und/oder auch auf Ablehnung stoßen.

Nicht nur die Erkrankten befinden sich in einer emotionalen und kognitiven Verwirrung; diese Verwirrung greift auch auf Angehörige über. In so einer Situation sucht man Klarheit und Unterstützung, aber für Angehörige ist diese selten vorgesehen. Es ist gut, dass es Gesprächs- oder Psychosegruppen gibt, triadische Angebote und Psychoedukation, aber der Zugang ist nicht transparent und die Angebote sind nicht flächendeckend vorhanden. Zudem sind diese Angebote zumeist patientenorientiert: Die Krankheit wird erklärt und die Angehörigen erhalten Empfehlungen, wie sie sich auf die Betroffenen einstellen können. Doch nie geht es darum, wie Angehörige selbst mit ihren eigenen verwirrten Gefühlen umgehen können, wie sie trotz Angst, Scham oder Unsicherheit eine stabile, zugewandte Umwelt für den Erkrankten sein können – wie es von Fachleuten empfohlen wird.

EIN LEBEN IN ALARMBEREITSCHAFT

Weil sie keine Antwort auf ihre Fragen haben, machen Angehörige sich unentwegt Sorgen. Sie leben in einem Zustand permanenter Alarmbereitschaft, denken voller Schrecken an vergangene Krisen, leiden an der aktuellen Krise oder warten angstbesetzt auf die kommende. Nun verhindert keine Sorge eine Krise, aber Gefühle verschwinden auch nicht durch den Nachweis, dass sie nutzlos sind. Hinzu kommen Scham und Schuldgefühle. Scham, dass in der Familie so eine beschämende Krankheit existiert, Scham wegen der Auffälligkeiten der Betroffenen und manches Mal auch Scham, weil nicht nur Angst und Sorge, sondern auch Ärger oder Wut hochkommen. Schuldgefühle entstehen vor allem bei Müttern, weil es einen gesellschaftlichen Konsens darüber gibt, dass die Entwicklung des Kindes ausschließlich in ihren Händen liegt.

ZWISCHEN DEN FRONTEN

Eine weitere Belastung kann dadurch entstehen, dass sich die Angehörigen zwischen den Fronten befinden. Von Betroffenenverbänden wird ihnen vorgeworfen, mit Psychiatrie und Pharmakonzernen zu paktieren und die Rechte psychisch Kranker nicht anzuerkennen. Auch der Schulstreit zwischen Psychiatern kann zur Verwirrung beitragen. Von Sozialpsychiatern werden Angehörige vor biologischen Psychiatern gewarnt, die mit überhöhten Dosen von Psychopharmaka die Betroffenen nur ruhig stellen wollen. Von den biologischen Psychiatern wird ihnen die Notwendigkeit von Medikamenten eingeschärft. Angehörige strömen zu Tagungen, auf denen vor den verheerenden Folgen von Psychopharmaka gewarnt wird. Die gleichen Angehörigen geraten in Panik, wenn ihr Kind die Medikamente absetzt. Dieser Streit, den sie als Laien nicht beurteilen können, führt zu zusätzlicher Verwirrung. Wem sollen sie glauben?

INADÄQUATE COPINGSTRATEGIEN

Es erstaunt nicht, dass Angehörige in einer Situation von Verwirrung und Hilflosigkeit nicht immer adäquate Bewältigungsstrategien entwickeln. Ich habe selbst erfahren, wie schwierig es ist, zu einem Verhalten zu finden, das meiner Tochter hilft und gleichzeitig mir nicht schadet. Es gibt Angehörige, die fliehen. Sie können mit einer psychischen Krankheit nicht umgehen, sie wollen die Krankheit nicht wahrhaben, sie schämen



Die Krankheit seines Mitmenschen in das eigene Leben integrieren und dennoch seinen eigenen und erfüllten Weg gehen.

sich. Andere Angehörige opfern sich auf, sie ertragen alles, was ein Betroffener ihnen zumutet. Rücksichtsloses Verhalten, Weigerung, eine Therapie zu akzeptieren oder Geldforderungen – alles wird ausgehalten, weil die Angst zu groß ist, was passieren könnte, wenn sie das nicht tun. Es gibt Angehörige, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, ihr Kind zu retten: Sie nehmen ihrem Kind alles ab und lösen jedes Problem. Sie lesen jedes Buch zur Krankheit, kennen sich in Krankenhäusern, Geset-

zen und innovativen Konzepten der ambulanten Versorgung in Finnland aus. Sie werden zum Experten der Krankheit, mehr als der Betroffene selbst. Daneben gibt es Angehörige, die ihr Kind kontrollieren. Sie entscheiden, wo es wohnt, was es unternimmt und welche Tabletten es nimmt. Alle diese Strategien führen zu extremer Erschöpfung, ohne eine Garantie zu bieten, dass dieses Verhalten den Betroffenen nützt. Doch wir Angehörigen dürfen für dieses Verhalten nicht kritisiert werden. Diese Verhaltensweisen resultieren aus unserer Angst um das Kind, aus Unsicherheit, welches Verhalten richtig ist und was dem erkrankten Kind zugemutet werden darf. Vorwürfe gegenüber Müttern, die nicht loslassen wollen, helfen keinem Betroffenen, führen aber zu weiterer Verunsicherung und Verärgerung.

Auf der anderen Seite nützt es auch wenig, wenn wir Psychiatern vorwerfen, dass sie uns kaum Hilfe bieten. Psychiater sind dafür ausgebildet, Diagnosen zu stellen und Therapien festzulegen. Ihre Patienten sind die Betroffenen, nicht wir Angehörigen. Viele Eltern halten an ihrer Überzeugung fest,

RECOVERY FÜR ANGEHÖRIGE

Unsere Belastungen entstehen nicht nur durch die Krankheit und nicht einmal nur durch die Defizite des psychiatrischen Systems. Sie sind auch das Resultat unserer Einstellung zur Krankheit und der Art und Weise, wie wir damit umgehen. Wenn es uns gelingt, unsere Einstellung zu verändern, werden sich auch unsere Belastungen verringern.

Das Konzept „Recovery“ bedeutet für Betroffene eine veränderte Perspektive für den Umgang mit Krisen. Nicht mehr Heilung oder Chronifizierung stehen im Vordergrund, sondern Recovery wird als ein Prozess verstanden, in dem Betroffene selbst die Kontrolle über den Umgang mit ihren Symptomen erlangen. Sie konzentrieren sich nicht mehr nur auf die negativen persönlichen und sozialen Folgen ihrer Erkrankung, sondern werden ermutigt, in einem Prozess der Weiterentwicklung für sich Wege zu finden, wie sie mit und trotz ihrer Krisenanfälligkeit zu einem erfüllten Leben finden können. Man ak-

„IHR FINDET ES SCHWIERIG, EURE GEFÜHLE ZU VERÄNDERN? ABER WIR MÜSSEN DOCH AUCH STÄNDIG AN UNSEREN EMOTIONEN ARBEITEN. WIR SOLLEN LERNEN, WENIGER ANGST ZU HABEN, NICHT IMMER SO SCHNELL AUFGEREGT ZU SEIN ODER ETWAS GEGEN UNSERE TRAUERIGEN GEFÜHLE ZU TUN. GLAUBST DU, DASS DAS FÜR UNS EINFACH IST? DANN WERDET IHR DAS DOCH WOHL AUCH LERNEN KÖNNEN!“

So antwortete Henriette Peer, die Tochter der Autorin, auf den häufig gehörten Hinweis von Angehörigen, es sei so schwierig, sich keine Sorgen zu machen und gelassen zu reagieren.

dass sich alles zum Besseren wenden würde, wenn nur Betroffene und Psychiater sich änderten: Betroffene müssen einsehen, dass sie Tabletten nehmen oder ins Krankenhaus gehen. Psychiater sollten endlich mit uns reden. Es ist ein verständlicher Wunsch, dass sich andere Menschen ändern sollten. Doch dieser Wunsch wird sich nicht erfüllen. Die einzige Person, die wir ändern können, sind wir selbst.

Es ist richtig und wichtig, sich für die Verbesserung der Psychiatrie einzusetzen, es kann auch eine individuelle Bewältigungsstrategie sein. Es ist auch nachvollziehbar, wenn wir uns ein verändertes Verhalten und mehr Unterstützung erhoffen. Ich bin aber überzeugt davon, dass es für unser Leben und für das der Betroffenen ein Gewinn sein kann, wenn wir eine veränderte, eigene innere Haltung und trotz dieser schwierigen Situation einen Weg in ein gutes Leben für uns finden.

zeptiert Grenzen, entdeckt aber auch neue Möglichkeiten. Auch wir Angehörigen können von diesem Konzept profitieren. Auch wir müssen kein Leben voller Angst führen, mit dem Gefühl, der Krankheit des Kindes oder Partners hilflos ausgeliefert zu sein. Wir können ebenso wie die Betroffenen lernen, die Krankheit als Teil unseres Lebens zu akzeptieren, aber dennoch einen Weg für unsere eigenen Bedürfnisse und Wünsche finden.

Dazu gehört zunächst, dass wir die Erkrankung des Kindes nicht nur als Katastrophe oder gar persönliches Versagen ansehen. Wir können die Realität akzeptieren, dass unser Kind an einer Krankheit leidet, die wir gar nicht und die Kinder selbst auch nur begrenzt kontrollieren können. Auch bei Krankheitseinsicht kann es immer wieder zu Krisen kommen. Unsere Versuche, Risiken ausschalten zu wollen oder die Krankheit zu kontrollieren, führen selten zum Erfolg, setzen uns aber unter er-

heblichen Stress. Stattdessen können wir lernen, mit Unsicherheit zu leben. Es gibt Risiken, die niemand beeinflussen kann. Wenn wir lernen, mit Unsicherheit umzugehen, dann können wir auch loslassen. Loslassen bedeutet nicht, die Not des Kindes zu vergessen und es nicht mehr zu unterstützen. Loslassen heißt, dem Kind etwas zuzutrauen und ihm eigene Entscheidungen zuzubilligen. Ständige Sorgen verhindern keine Krise, können Angehörige aber in eine Depression führen. Außerdem übertragen sich unsere Sorgen auf die Erkrankten. Dabei brauchen sie unser Vertrauen in ihre Fähigkeit, mit ihrer Krankheit und ihrem Leben kompetent umzugehen. Es ist wichtig für uns Angehörige, mehr Gelassenheit zu entwickeln, Kontrolle aufzugeben und zu lernen, mit Unsicherheit umzugehen.

Zu mehr Gelassenheit gehört auch, dass wir unsere Einstellung gegenüber den Erkrankten ändern. Es ist verständlich, dass wir in einer Krise dem Betroffenen alles abnehmen oder ihm vorschreiben wollen, was er tun darf. In einer Krise kann es sein, dass der Betroffene selbst keine vernünftigen Entscheidungen treffen kann. Aber oft verpassen wir den Zeitpunkt, an dem der Erkrankte wieder „normal“ behandelt werden kann. Menschen mit psychischen Krisen sind nicht immer krank. Es kommt der Moment, in dem sie wieder selbst Entscheidungen fällen und auch die Konsequenzen ihres Verhaltens verstehen und tragen können.

SCHULDGEFÜHLE UND DISKRIMINIERUNG

Zum Recoveryprozess für Angehörige gehört es darüber hinaus, dass wir uns nicht immer als Opfer der Gesellschaft begreifen. Es gibt Menschen, die uns verantwortlich machen für die Krankheit unsere Kinder – aber müssen wir jedes Mal aufs Neue deshalb gekränkt sein? Auch Diskriminierung und Stigmatisierung existieren, aber statt diese ständig zu beklagen, können wir lernen, damit umzugehen. Auch die Betroffenen müssen das lernen. Gefühle werden uns nicht von anderen gemacht, wir sind selbst verantwortlich für unsere Gefühle. Ebenso wie die Betroffenen können Angehörige ihren Fokus verändern und sich nicht durch die Schwierigkeiten ihrer Situation lähmen lassen. Statt auf Diskriminierung zu achten, können wir uns über jeden kleinen Fortschritt unseres Kindes freuen. Vor allem können wir uns erlauben, auch an unsere Bedürfnisse und Möglichkeiten zu denken.

GRENZEN SETZEN

Wenn wir Menschen trotz psychischer Krisen als erwachsene Menschen und nicht vor allem als hilflose Kranke ansehen, wird es uns leichter fallen, Grenzen zu setzen. Wir müssen nicht jede Forderung erfüllen oder gar jede Rücksichtslosigkeit ertragen, selbst wenn sie krankheitsbedingt erfolgt. Eine psychische Krankheit ist keine Entschuldigung für schlechtes Benehmen. Wenn wir den Erkrankten ernst nehmen, dann sagen

wir ihm, wie sein Verhalten auf uns wirkt, was wir akzeptieren können und was nicht. Auch die Betroffenen selbst können Verantwortung dafür übernehmen, wie ihr Leben trotz Krankheit verläuft. Unsere Aufgabe als Angehörige ist es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, so weit wie möglich selbstständig zu werden. Sie dürfen nicht von uns abhängig werden. Wenn wir aus falsch verstandener Rücksicht oder aus Angst keine Grenzen setzen, dann nehmen wir den Betroffenen jede Chance, zu lernen und sich weiterzuentwickeln.

KEINE ANGST VOR KRISEN

Aus Angst sind viele Angehörige darauf fokussiert, Krisen zu vermeiden. Aber Krisen kommen mit und ohne Tabletten, mit und ohne Überforderung, mit und ohne unsere Angst und Sorge. Ständig an Krisen zu denken, verunsichert Betroffene und ängstigt Angehörige. Es ist besser zu lernen, wie man mit Krisen umgehen kann, als ängstlich auf eine neue Krise zu warten. Wir sollten darauf vertrauen, dass wir gemeinsam auch die nächste Krise bewältigen werden. Die Betroffenen zu schonen und uns zu überfordern, ist keine Lösung. Stattdessen sollten wir die Betroffenen ermutigen, sich etwas zuzutrauen. Nur wer etwas ausprobiert, erfährt, wo seine Möglichkeiten und Grenzen liegen. Eine psychische Krankheit nimmt dem Betroffenen viel Selbstbewusstsein. Wenn wir uns permanent Sorgen machen und sie schützen wollen, nehmen wir ihnen die Chance, wieder ein Gefühl für ihre eigenen Stärken aufzubauen. Statt einen nutzlosen Kampf um die Verhinderung von Rückfällen zu führen, können wir lernen, besser mit Rückfällen umzugehen.

Hier habe ich eine Bitte an Psychiater und Sozialarbeiter, die ihre Patienten mit dem gut gemeinten Rat ins Leben entlassen, nun käme es vor allem darauf an, eine Krise zu vermeiden: Damit wird aber nur Angst vor einer neuen Krise erzeugt, wie ich von meiner Tochter weiß. Krisen lassen sich nicht immer vermeiden. Vielmehr müssen die Patienten lernen, Frühwarnzeichen zu erkennen, und sie brauchen auch unser Vertrauen in ihre Fähigkeit, mit der nächsten Krise umzugehen. Dabei können Angehörige und Psychiater mit Gelassenheit und Zuwendung unterstützen.

JANINE BERG-PEER

Soziologin, Autorin, Coach, Angehörige

BApK – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

Deutsche Repräsentantin von EUFAMI, dem europäischen Dachverband der Angehörigenverbände

Autorin „Schizophrenie ist scheiße, Mama! –

Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter“,

Fischer Verlag, 2013

KOLLEKTIVE FOLGEN VON TRAUMATA

WUNDEN DER GESELLSCHAFT

Lange Zeit stand in der Traumaforschung das Individuum im Vordergrund: Doch in jüngster Zeit richtet sich der Blick auch immer stärker auf die kollektiven Folgen von Traumata. Wie bewältigen Gemeinschaften traumatische Erlebnisse? Wie lange können Gesellschaften traumatisiert bleiben?

Autoren: Andreas Maercker, Tobias Hecker, Andrea B. Horn

Jeder Mensch verfügt über eine natürliche Fähigkeit, belastende Erlebnisse zu verarbeiten und nach einer gewissen Zeit wieder zu seinem inneren Gleichgewicht zurückzufinden. Wenn das auslösende Geschehen jedoch zu erschütternd ist, kann es zu einer Überforderung der psychischen Schutzmechanismen kommen. Die Folgen solcher Traumata, z. B. die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), werden in der Psychiatrie weltweit erst seit den 90er-Jahren unter einheitlicher Begrifflichkeit auf systematische Art und Weise beschrieben und untersucht. Für diese internationale Entwicklung hatte nicht nur unmittelbar der Vietnamkrieg eine Katalysatorfunktion, sondern in einer Fernwirkung auch der Zweite Weltkrieg und die Verbrechen Nazideutschlands im Holocaust. Es war damals das gesellschaftliche Bewusstsein dafür erwacht, dass auch eine gesunde Psyche durch ein Übermaß an Schrecken und Gewalt krankheitswertig beschädigt werden kann. Zuvor hatte es darüber 80 Jahre lang Kontroversen in der Psychiatrie gegeben. Nach der Anerkennung der PTBS als Störungsbild standen in der Praxis und Forschung über lange Zeit die Traumafolgen des Erwachsenenalters im Vordergrund. Spezifische Symptommuster für Kinder wurden später beschrieben, doch bis heute fehlen systematisches Wissen und eindeutig beschriebene Symptomprofile für ältere Menschen. Dabei fehlt es nicht an traumatisierten Populationen älterer Menschen, angefangen von den US-Vietnamveteranen über die in Israel und anderswo lebenden Überlebenden des Holocausts bis hin zu den Betroffenen von Kriegen und Diktaturen und den alt gewordenen Opfern von sexuellem Missbrauch.

Viele dieser traumatischen Erfahrungen haben ganze Gesellschaften oder zumindest große Gruppen der Gesellschaft geteilt. Traumatisierung findet immer im sozialen Kontext statt und ist selten nur ein „Problem“ des Betroffenen. In einer globalen Auseinandersetzung mit Traumata müssen wir unseren Blick also nicht nur auf die individuellen, sondern auch auf die kollektiven Folgen richten: Wie bewältigen Gemeinschaften traumatische Erlebnisse? Wie langanhaltend können Gesellschaften traumatisiert sein und welche Folgen hat dies? Gibt es „historische Traumata“, die möglicherweise über Generationen

wirken? Jüngste Forschungen zu „Teufelskreisen der Gewalt“ in verschiedenen Gesellschaften geben erste Belege für solche kollektiven Folgen und Langzeitwirkungen [1] und legen dabei eine Betrachtung des Betroffenen in seinem sozialen Kontext über die Lebensspanne nahe.

ZUR BEFUNDLAGE DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG ÜBER DIE LEBENSSPANNE

Die PTBS ist eine häufige psychische Erkrankung bei älteren Menschen. Doch die bisherigen Untersuchungen liefern noch ein uneinheitliches Bild: In den Studien zeigen sich unterschiedlich hohe Prävalenzen von erlebten traumatischen Lebensereignissen im Alter. Allerdings fand sich in speziellen Risikogruppen älterer Patienten (z. B. Soldaten des Zweiten Weltkriegs oder Überlebende des Holocausts) wiederholt eine andauernde und beeinträchtigende PTBS-Symptomatik. Eine aktuelle Studie wies eine PTBS-Prävalenz von 4 % bei über 1000 zufällig ausgewählten Deutschen zwischen 60 und 85 Jahren nach [2].

Der Verlauf und die Schwere der PTBS-Symptomatik hängen bei älteren Menschen auch davon ab, wann sie das traumatische Ereignis erlebt haben. Daher wird in der Forschung in der Regel zwischen zwei Kategorien unterschieden: Die erste Kategorie schließt ältere Menschen ein, die schon vor Jahrzehnten traumatisiert wurden, z. B. während des Zweiten Weltkriegs oder des Holocausts – also im historischen Kontext kollektiv erfahrene Traumata – oder als Opfer von sexuellen oder körperlichen Missbrauchs in der Kindheit. Die zweite Kategorie bezieht sich auf ältere Menschen, die erst kürzlich ein traumatisches Ereignis erlebt haben, z. B. als Opfer eines Überfalls, eines Unfalls oder einer Naturkatastrophe. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass ältere Menschen, die in ihrer Kindheit oder Jugend traumatisiert wurden, höhere PTBS-Raten aufweisen als ältere Menschen, die erst kürzlich ein traumatisches Ereignis erlebt haben. Verglichen mit jüngeren traumatisierten Populationen weisen ältere Menschen, die im Verlauf ihres Lebens traumatisiert wurden, entsprechend oftmals niedrigere PTBS-Prävalenzraten auf. Die Befunde zu PTBS-Langzeitverläu-

fen aufgrund von frühen Traumatisierungserfahrungen sind bisher nur bedingt aussagekräftig. Obwohl eine allgemeine Abnahme der PTBS-Symptomatik in verschiedenen Studien beobachtet wurde, zeigte sich gleichzeitig eine Veränderung der Ausprägung der Symptomcluster. Während Intrusionen (das Aufdrängen von traumabezogenen Erinnerungen) und Hyperarousal (Überregung) abnehmen, scheint es zu einer Zunahme von Vermeidungsverhalten zu kommen [3]. Darüber hinaus treten im Alter PTBS und andere Traumafolgestörungen häufig zusammen mit Somatisierungs- und somatoformen (Schmerz-)Störungen auf. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Folgen individueller und kollektiver Traumata nicht einfach „auswachsen“. Traumatische Erlebnisse, auch wenn sie kollektiv geteilt wurden, haben häufig Folgen für die psychische Gesundheit über die ganze Lebensspanne hinweg. Dabei ist zu unterstreichen, dass es auch Schutzmechanismen geben kann, die vor langwierigen Folgen zu schützen scheinen – auch diese können individueller und gesellschaftlicher Natur sein, wie Studien zur wahrgenommenen sozialen Anerkennung von Traumaopfern zeigen [4].

AUF DEM WEG ZUR UNTERSUCHUNG KOLLEKTIVER TRAUMAFOLGEN

Der Psychologe Steven Pinker hat jüngst ein umfassendes psychohistorisches Werk vorgelegt [5], in dem er das Ausmaß der individuellen und kollektiven Gewaltwirkungen in der Menschheitsgeschichte untersucht. Seine lesenswerte Darstellung mündet zwar in der optimistischen Aussage, dass Gewalt im Laufe der Geschichte stetig abgenommen hat und dass dies Platz für einige neue, positive psychische Eigenschaften schaffen konnte; aber er beschreibt ebenfalls ausführlich die nicht zu besiegenden „Gewaltdämonen“, die Gesellschaften immer wieder beherrschen. Pinkers globaler Ansatz ist allerdings von Historikern und Sozialwissenschaftlern kritisiert worden, u. a. weil ihnen viele Aussagen zu allgemein sind und konkrete Belege für Wirkungsketten fehlen.



Erschütternde Erlebnisse wie Kriege oder Naturkatastrophen können nicht nur einzelne Menschen, sondern ganze Gesellschaften traumatisieren. Hier: Ludwig Meidners „Apokalyptische Landschaft“ (1912).

Belastbare empirische Befunde zu kollektiven und Langzeitwirkungen sind allerdings aus methodischen Gründen schwierig zu erhalten. Im „sozial-interpersonellen Modell der Traumafolgen“ [6] wurde versucht, bekannten Methoden und Befunden einen konzeptionellen Rahmen zu geben, der einen über die individuellen Veränderungen des Gedächtnisses („Traumagedächtnis“) und die biopsychischen Regulationsdefizite hinausgehenden Blick ermöglicht. Dabei werden Traumafolgen nicht als rein individuelle Phänomene gesehen, sondern aus einer Perspektive, welche die interpersonelle Ebene in den direkten zwischenmenschlichen Begegnungen des Betroffenen ebenso wie den weiteren gesellschaftlichen Kontext einbezieht. Bekannte traumabezogene Phänomene innerhalb des Individuums wie Scham, Schuld, Wut und Rache – sogenannte soziale Affekte – sind ohne die Einbeziehung einer sozialen Dimension kaum denkbar und haben große Relevanz für kollektive Folgen. Ein Beispiel hierfür ist der sogenannte Kreislauf der Gewalt, demzufolge Gewalterfahrungen die Wahrscheinlichkeit für Gewaltausübung von Seiten der Opfer erhöhen. So hängen etwa traumatische Erfahrungen im Krieg mit erhöhter häuslicher und familiärer Gewalt zusammen. Im zwischenmenschlichen Bereich spielt die Angst vor Stigmatisierung, die Tabuisierung durch die Gesellschaft und der Mangel an Empathie eine Rolle, wie Belege aus der PTBS-Forschung und der Sozialpsychologie zeigen. Wenn der betroffene Mensch sich in seiner

sozialen Umgebung nicht oder eingeschränkt mitteilen kann, weil negative soziale Folgen oder gar ein Ausschluss aus der Gemeinschaft drohen, hat das umfassende Folgen für die soziale Wirklichkeit von Traumaüberlebenden wie auch für den Umgang mit kollektiven Traumata in der Gesellschaft. Auf gesellschaftlicher Ebene spielen dabei Erinnerungskulturen eine wichtige Rolle, die Existenz von Wahrheits- und Versöhnungskommissionen und – auf einer anderen Ebene – der in traumatisierten Gesellschaften zu beobachtende Wandel von Wertorientierungen. Erinnerungskulturen eröffnen einen Raum für das in Wortefassen und Mitteilen des Erlebten, was eine Integration des Geschehenen erst ermöglicht, das zu einem Teil der persönlichen und kollektiven Biografie geworden ist.



Wie bewältigen Gemeinschaften traumatische Erlebnisse?
Hier: Ludwig Meidners „Dresden-Blasewitz“.

Alle genannten, bisher meist vereinzelt und unverbunden untersuchten Phänomene kollektiver Traumawirkungen sind auch für die deutschsprachigen Länder relevant. Dies legt eine kürzlich erschienene Analyse von Wertorientierungen im Zusammenhang mit Kriegstoten und PTBS-Prävalenzen in Europa nahe [7]. Dieser lagen Daten aus den 2000er-Jahren des European Social Survey für Wertorientierungen und der European Study on Disorders of the Brain für PTBS-Prävalenzen zugrunde. Die von Historikern erarbeiteten Kriegstotenzahlen bezogen sich in fast allen Ländern auf den Zweiten Weltkrieg, d. h. auf ein Ereignis, das ca. 60 Jahre zurückliegt und das nur von den älteren Personen direkt erlebt worden war. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Länderunterschiede in PTBS-Prävalenzen über diesen Zeitraum immer noch bedeutsame Zusammenhänge mit der Anzahl der Kriegstoten aufweist und dass moderne Wertorientierungen in den Ländern häufiger vorhanden sind, die geringere PTBS-Raten haben. Wenn man für Kontrollzwecke dies unter Berücksichtigung der nationalen Raten von Kriminalitäts-, Naturkatastrophen- und Unfallopfern untersucht, fand sich dieser Effekt nicht. Was sind moderne Wertorientierungen? Es sind Orientierung auf Leistung, Selbstbestim-

mung, Stimulation und Hedonismus. Damit wird empirisch gezeigt, dass die modernen Werte als wesentliche Phänomene der westlichen Wohlstandsgesellschaft besonders ausgeprägt in den Ländern mit den geringsten PTBS-Raten und der niedrigsten Anzahl von Kriegstoten auftreten. Angemerkt sei, dass der entgegengesetzte Effekt für traditionelle Werte (z. B. Orientierung auf Sicherheit, Konformität, Gutmütigkeit) unterhalb der Signifikanzschwelle blieb. Hier ist noch weitere Forschung nötig.

WAS WISSEN WIR ÜBER GRUPPEN MIT KOLLEKTIVER TRAUMATISIERUNG IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM?

In den letzten Jahren wurden einige bemerkenswerte Betroffenengruppen untersucht: zivile Opfer des Zweiten Weltkriegs in Deutschland und Österreich, ehemalige politische Inhaftierte der DDR, Opfer klerikalen Missbrauchs in Österreich und frühere „Verdingkinder“ aus der Schweiz [8,9]. Hier wirkten spezifische historische Trauma-Konstellationen, die im heutigen Mitteleuropa überwunden scheinen, welche die heute 60-jährigen und Ältere jedoch stark geprägt haben können.

Die Studien an ehemaligen politischen Gefangenen der DDR zeigten beispielsweise, dass viele von ihnen auch nach der politischen Wende ihr engeres soziales Umfeld nicht über den Fakt ihrer Haft und die schlimmsten Erlebnisse informiert hatten, was zu einem großen Teil mit ihrem Schamempfinden zusammenhing. Andererseits hatten viele von ihnen anhaltende Rached Gedanken und -fantasien, die wiederum zur Chronifizierung ihrer PTBS beitrugen.

Eine laufende Serie von Studien in der Schweiz beschäftigt sich mit früheren sogenannten „Verdingkindern“. Das waren durch Behörden entrechtete Kinder, die an Bauern vermittelt wurden, von denen sie als günstige Arbeitskräfte meist ausgenutzt, misshandelt und missbraucht wurden. Die Verdingkinder, meist Waisen- oder Scheidungskinder, wurden so bis in die späten 60er-Jahre des vorigen Jahrhunderts von den Behörden den Eltern weggenommen und Interessierten öffentlich feilgeboten. Ausführliche biografische Interviews und psychosoziale Untersuchungen von 140 ehemaligen Verdingkindern, die jetzt im Durchschnitt 75 Jahre waren, zeigten eine Reihe von traumabedingten Entwicklungshandicaps über die gesamte Lebensspanne auf und zwar in affektiven, kognitiven, motivationalen und sozialen Funktionsbereichen [10].

Die Häufigkeit depressiver Störungen ist bei dieser Population im Vergleich zu Gesunden stärker erhöht als die der PTBS per se. Kognitive Altersdefizite sind bei den massiv in der Kindheit Traumatisierten signifikant häufiger als in den Vergleichsgruppen. Diese querschnittliche Teilstudie wurde mit Standardinstrumenten der Demenzmessung durchgeführt, wobei entdeckt wurde, dass auch die Demenzhäufigkeit mit der Traumatisierung korreliert. Der motivationale Bereich wurde besonders eingehend untersucht, nicht zuletzt, weil dieser die Verbindung zu Wertorientierungen und zum Wirken in der Gemeinschaft herstellt. Hier fanden sich differenzielle Befunde, denn nicht alle motivationalen Fähigkeiten hingen mit der früheren Traumatisierung zusammen. Die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, also der Versuchung einer unmittelbaren Belohnung zugunsten einer größeren, späteren Belohnung zu widerstehen, war allerdings herabgesetzt, was für verminderte selbstregulatorische Fähigkeiten spricht.

WELCHE ASPEKTE SIND AKTUELL GEGENSTAND DER FORSCHUNG?

Der kurze Überblick über neuere Ergebnisse zu individuellen und kollektiven Traumafolgen schließt mit einem Ausblick auf weitere spannende Aspekte. So rückt in jüngster Zeit das Thema der transgenerationalen Traumatisierung immer stärker in den Fokus der Forschung: Werden Traumafolgen von Eltern an die kommenden Generationen weitergegeben und welche Folgen hat das? Gleichzeitig haben Epigenetikforschungen sowohl zu Kindheitstraumafolgen als auch zu epigenetischen Folgen für die zweite Generation viel Aufmerksamkeit bekommen. Die ehemaligen Verdingkinder wurden hierfür ebenfalls untersucht – die älteste Kohorte in der Epigenetikforschung bisher – und die noch abschließend analysierten Ergebnisse scheinen wiederum relevant für die Gerontopsychiatrie und -psychologie zu sein. Nicht fehlen darf auch der Hinweis auf das bemerkenswerte Kontrastphänomen zu den Traumafolgen: die Resilienz oder psychische Widerstandsfähigkeit. Neben all den bei

den Betroffenen festzustellenden Beschädigungen, weisen diese eindrucksvolle Manifestationen eine jeweils ganz persönliche oder auch gemeinschaftliche „Überlebenskunst“ auf. Auch hier zeigt sich: Eine reine Konzentration auf individuelle Symptome und biologische Marker ohne die Berücksichtigung des sozialen Kontextes und seiner Bedeutung im Guten wie im Schlechten greift zu kurz – sowohl für die weitere Erforschung des Phänomens als auch für den Umgang mit betroffenen Patienten im Gesundheitssystem.

PROF. DR. DR. ANDREAS MAERCKER
Ordinarius, Leiter der Fachrichtung

DR. TOBIAS HECKER
Postdoktorand

DR. ANDREA B. HORN
Oberassistentin, Arbeitsgruppenleiterin

Alle: Universität Zürich, Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention, Zürich, Schweiz

LITERATUR

1. Elbert T, Rockstroh B, Kolassa I-T et al (2006) The influence of organized violence and terror on brain and mind: A co-constructive perspective. In PB Baltes, PA Reuter-Lorenz & F Rösler, Lifespan development and the brain. The perspective of biocultural co-constructivism (pp. 326-349). Cambridge University Press, Cambridge.
2. Glaesmer H, Kaiser M, Brähler E et al (2012) Post-traumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatization in the elderly – a German community-based study. *Aging Ment Health* 16:403-412.
3. Böttche M, Kuwert P, Knaevelsrud C (2012) Posttraumatic stress disorder in older adults. *Int J Geriatric Psych* 27:230-239
4. Forstmeier S, Kuwert P, Spitzer C et al (2009) Posttraumatic Growth, Social Acknowledgment as Survivors, and Sense of Coherence in Former German Child Soldiers of World War II. *Am J Geriatric Psych*, 17:1030-1039.
5. Pinker S (2011) Gewalt – eine neue Geschichte der Menschheit. S. Fischer, Frankfurt a. M.
6. Maercker A, Horn AB (2013) A socio-interpersonal perspective on PTSD. *Clin Psy Psychoth* 20: 465-481
7. Burri A, Maercker A (2014). Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Research Notes* 7:407
8. Beer K, Weissflog G (2011). Weiterleben nach politischer Haft in der DDR: gesundheitliche und soziale Folgen. V&R unipress, Göttingen
9. Lueger-Schuster B, Weindl D, Kantor V et al (2014) Resilience and mental health in adult survivors of child abuse associated with the institution of the Austrian Catholic Church. *J Trauma Stress*, 27: 568-575
10. Furrer M, Heiniger K, Huonker et al (2014) Fürsorge und Zwang: Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 1850-1980. Schwabe, Basel

DGPPN-HAUPTSTADTSYMPOSIUM

Traumatischer Stress und die Folgen: Herausforderung von psychischen Traumafolgestörungen an die Versorgung

Renommierte Experten diskutieren über die individuellen und kollektiven Folgen von traumatischem Stress und suchen nach Antworten auf die Herausforderungen, die sich daraus für die Versorgung ergeben.

18.03.2015 | 13.00–17.00 Uhr
Auditorium Friedrichstraße
Friedrichstraße 180 | 10117 Berlin
Eintritt frei, CME-zertifiziert



Psychische Erkrankungen: Versorgung stärken

Die Präsidentin der DGPPN Dr. Iris Hauth im Gespräch mit Prof. Josef Hecken,
dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses

„IM BEREICH DER BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN SIND WIR MIT EINER ERHEBLICHEN FEHLVERSORGUNG KONFRONTIERT.“

PROF. JOSEF HECKEN

Inzwischen scheint es allen Akteuren im Gesundheitswesen klar zu sein: Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss dringend verbessert werden. Zu lange sind die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin, zu kompliziert gestaltet sich vielerorts die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer. Die Stoßrichtung ist klar, doch wie sehen die richtigen Maßnahmen aus? Die neue Präsidentin der DGPPN Dr. Iris Hauth spricht mit Prof. Josef Hecken, dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, über die Fehlversorgung im Bereich psychischer Erkrankungen, Ansätze für eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und Personal als ausschlaggebendes Kriterium für eine qualitätsvolle Behandlung psychisch kranker Menschen.

Hauth: Herr Hecken, die Politik delegiert immer mehr Aufgaben an den G-BA. Begrüßen Sie diese Entwicklung?

Hecken: Ja sicherlich, wobei hierbei auch die Frage nach der Praktikabilität von Entscheidungsprozessen eine Rolle spielt: Wo lassen sich zunehmend komplexere Versorgungsentscheidungen am adäquatesten und sachnächsten treffen? Der G-BA hat den Vorteil, nicht in das politische Tagesgeschäft involviert zu sein und auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz entscheiden zu können. Stellen Sie sich vor, ein Politiker müsste mitten im Wahlkampf über den Zusatznutzen eines massiv beworbenen Diabetesproduktes entscheiden, das von einem pharmazeutischen Unternehmen hergestellt wird, das vielleicht auch der größte Arbeitgeber in der Region ist. Könnte er in einer solchen Situation rein sachlich entscheiden? Die Alternative wäre vielleicht die Beauftragung einer Bundesbehörde. Doch auch diese wäre ja unmittelbar an die Politik gekoppelt. Deshalb ist der G-BA als Spitze der gemeinsamen Selbstverwaltung aus meiner Sicht das beste Entscheidungsgremium – und das hat auch die Politik erkannt. Ich bin mir aber durchaus bewusst, dass der Gesetzgeber dem G-BA durch eine einfache Gesetzesänderung quasi über Nacht alle Aufgaben entziehen könnte.

Hauth: Wie zieht der G-BA bei seinen Entscheidungen eigentlich Experten mit ein? Als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist diese Frage für uns zentral.

Hecken: Die Einholung von Expertenmeinungen ist beim G-BA ein strukturiertes Verfahren – über das Instrument der Stellungnahmen und der Einbeziehung der zu Stellungnahmen berechtigten Organisationen. Dieses strukturierte Verfahren ist unerlässlich, da unsere Entscheidungen gerichtsfest sein müssen. Die unkoordinierte Einbeziehung von Expertise außerhalb des strukturierten Stellungnahmeverfahrens schließt sich daher aus. Das bedeutet aber nicht, dass Expertenmeinungen nicht berücksichtigt würden, die Einbringung der Meinungen erfolgt allerdings nach einem für alle transparenten Verfahren. So wird beispielsweise zu Beginn eines Methodenbewertungsverfahrens dieses öffentlich angekündigt, um damit Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Fachverbänden und anderen Institutionen die Möglichkeit zu geben, ihre Einschätzungen abzugeben. Zudem lassen sich die Trägerorganisationen und auch die Patientenvertretung häufig bereits im Beratungsverfahren von Experten aus Fachgesellschaften wissenschaftlich unterstützen.

Hauth: Viele der Entscheidungen, die der G-BA trifft, haben direkte Auswirkungen auf die Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Doch gerade die aktuelle Versorgungslage bereitet der DGPPN Sorgen. Gewiss, wir haben in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte erlebt, etwa in der Arzneimittel- oder Psychotherapie. Trotzdem werden heute viele psychische Störungen noch immer nicht leitliniengerecht behandelt. Hinzu kommt, dass psychisch erkrankte Menschen lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und – gerade in der ambulanten Versorgung – oftmals nur mit Mühe einen Therapieplatz erhalten. Ist das nicht alarmierend? Wo sehen Sie Handlungsbedarf?

Psychisch erkrankte Menschen müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen und erhalten – gerade in der ambulanten Versorgung – oftmals nur mit Mühe einen Therapieplatz.

Hecken: Nach meiner Einschätzung sind wir im Bereich der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit einer erheblichen Fehlversorgung konfrontiert. Auf der einen Seite ist Überversorgung festzustellen, andere Patienten hingegen werden nicht leitliniengerecht behandelt, weil der gewähl-

„LETZTLICH GEHT ES DARUM, DIE VERSCHIEDENEN THERAPIEANGEBOTE RICHTIG ZU STEUERN: WER BRAUCHT WANN WELCHE UND WIE VIEL THERAPIE?“

DR. IRIS HAUTH

te Versorgungspfad für ihre spezifische Erkrankungssituation nicht der richtige ist. Zudem müssen Menschen, die dringend eine psychiatrische oder psychotherapeutische Intervention brauchen, teilweise lange auf einen Termin warten und erhalten eine notwendige Versorgung entweder zu spät oder vielleicht gar nicht. Wir brauchen ein System, das mit den richtigen Anreizen sicherstellt, dass die verschiedenen Leistungs-

wesentlich erfolversprechender als etwa die Einführung von degressiven Vergütungen. Letztere würde insbesondere diejenigen Therapeuten bestrafen, die behandlungsintensive Patienten annehmen – und das kann nicht das Ziel sein.

Hauth: Tatsächlich sind ja Kurzzeittherapien für bestimmte Störungsbilder genauso evident wie Langzeittherapien. Eine Entbürokratisierung würde den Patienten nur zugutekommen.

Hecken: Ja, aber nicht ohne ein Kontrollinstrument vorzusehen, das nach einer bestimmten Anzahl von Therapieeinheiten greift. Es ist wichtig, dass wir die Behandler zu einer kritischen Selbstreflexion animieren: Wurde für den Patienten tatsächlich der richtige Therapieansatz gewählt? Vielleicht stellt sich ja bei einer Nachprüfung heraus, dass eine andere Therapieform zielführender gewesen wäre.

Hauth: Wie können wir erreichen, dass Patientengruppen von der Psychotherapie nicht weiter ausgeschlossen bleiben? Menschen mit Suchterkrankungen, bipolaren Störungen und beginnenden Demenzen haben aktuell kaum eine Chance, eine Psychotherapie zu erhalten. Patienten mit psychotischen Erkrankungen benötigen flexiblere Psychotherapieangebote. Für sie reicht in manchen Fällen eine stützende Therapiesitzung pro Quartal, dafür diese über viele Jahre hinweg.

Für den Patienten ist entscheidend, dass er Zugang zu den für ihn und seine spezielle Erkrankung optimalen Therapien bekommt.

Hecken: Hier möchte ich zunächst festhalten: Schon heute zählen sowohl Suchterkrankungen als auch psychotische, darunter auch bipolare Störungen zu den von der Psychotherapie-Richtlinie umfassten Indikationen. Wenn es Hinweise auf einen neuen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt, werden einzelne Indikationen überprüft und gegebenenfalls verändert, wie jüngst der § 22 Absatz 2 Nummer 4 der Richtlinie: „Schizophrenie und affektive psychotische Störungen“. Wir werden uns insbesondere der Frage widmen, wie der Zugang zur Therapie und deren Durchführung angepasst an die Schwere einer Erkrankung optimiert werden kann.



Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

erbringer strukturiert und koordiniert zusammenarbeiten und kommunizieren. Wir müssen gewährleisten, dass die Patienten innerhalb kurzer Zeit Zugang zum Versorgungssystem erhalten, insbesondere bei akutem Behandlungsbedarf. Und wir müssen die vorhandenen Kapazitäten besser nutzen. Wir stehen vor großen Herausforderungen, die sich nicht allein über das Instrument der Bedarfsplanung oder durch die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie lösen lassen.

Hauth: Stichwort Psychotherapie-Richtlinie: Der G-BA arbeitet ja an einer Neufassung. In welche Richtung gehen die Überlegungen?

Hecken: Auch hier gilt es, Fehlanreize zu vermeiden. Es muss beispielsweise darum gehen, die Inanspruchnahme von Gruppentherapien zu vereinfachen, die Zusammenarbeit der Psychotherapeuten zu stärken und Genehmigungsverfahren zu beschleunigen. Auch im Bereich der Kurzzeittherapie müssen wir einfachere Verfahren schaffen. Solche Modelle halte ich für

Hauth: Letztlich geht es darum, die verschiedenen Therapieangebote richtig zu steuern: Wer braucht wann welche und wie viel Therapie? Die DGPPN hat ein Konzept entwickelt, das genau hier ansetzt: Eine Akutsprechstunde für psychische Erkrankungen soll die Funktion der ergebnisoffenen Bedarfserklärung und Beratung über Zugangswege und Versorgungsangebote übernehmen. Braucht der Patient Medikation? Ist Psychotherapie angezeigt? Oder beides? Reicht eine kurzfristige Krisenintervention? Helfen psychosoziale Interventionen weiter? Auf der Grundlage einer ausführlichen Anamnese erfolgt eine erste diagnostische Einschätzung und der Patient wird über die verschiedenen Versorgungsangebote informiert.

Hecken: Der Vorschlag der DGPPN reiht sich nach meiner Auffassung in ähnlich gelagerte Überlegungen anderer Akteure ein, etwa derjenigen des GKV-Spitzenverbands und der KBV-Vertragswerkstatt. Für den Patienten ist entscheidend, dass er Zugang zu den für ihn und seine spezielle Erkrankung optimalen Therapien bekommt. Dazu müssen wir die an der Versorgung beteiligten Akteure mit einem System von Anreizen zur Zusammenarbeit motivieren. Wir brauchen eine strukturierte Behandlung des Patienten, in der die unterschiedlichen Professionen in einem organisierten Verfahren miteinander kommunizieren, um die richtige Behandlung sicherzustellen. Patienten müssen innerhalb relativ kurzer Zeit Zugang zu einer Erstanamnese haben, aus der anschließend – und das ist entscheidend – die richtigen Konsequenzen folgen: Wenn ein akuter Behandlungsbedarf attestiert wird, muss sichergestellt werden, dass dieser in die entsprechende Versorgungsstruktur mündet. Dabei gilt es zu klären, wer bei welchen Diagnosen die koordinierende Funktion übernimmt, um die Behandlung zu strukturieren. Dass dies für Diskussionen sorgen wird, ist klar.

Bei den PIA handelt es sich auch aus meiner Sicht um einen sehr guten niedrighwelligen Ansatz mit einem multimodularen und multiprofessionellen Angebot.

Hauth: Resultat sollte dabei die Überwindung der Sektorengrenzen in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen sein. Dabei gilt es auch zu klären, welche Patienten welchen Bedarf haben. Lässt sich Bedarf überhaupt festlegen?

Hecken: Der G-BA wird auf Basis der verfügbaren Evidenz bestimmte Behandlungscluster abgrenzen und definieren. Im Herbst werden dem G-BA Ergebnisse zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen vorliegen. Auf dieser Basis werden wir auch über Bedarf diskutieren. Doch letztlich werden die Lösungen weiter greifen müssen. Der Gesetzgeber wird im Versorgungstärkungsgesetz bestimmte Rahmenbedin-

gungen setzen und Definitionen vornehmen müssen – oder diese an die Selbstverwaltung delegieren. Dabei brauchen wir das Rad nicht neu zu erfinden. Es existieren von verschiedenen Akteuren bereits Vorschläge, welche Diagnosen von wem behandelt werden könnten. Um diese Frage zu beantworten, müssen wir aber wissen, wer momentan welche Leistung erbringt. Beispielsweise hat es mich sehr überrascht, dass in einem System, in dem die Verwendung beinahe jeder Mullbinde und jedes Pflasters dokumentiert wird, das Leistungsgeschehen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) völlig intransparent ist, da sie in den meisten Fällen mit Pauschalvergütungsvereinbarungen ausgestattet sind. Selbst die Kassen, die normalerweise das Abrechnungsgeschehen sehr akribisch beobachten, wissen häufig nicht, welche Patienten in den PIA behandelt werden.

Hauth: Die PIA in Bayern verfügen über ein sehr differenziertes Dokumentationssystem, einige andere Bundesländer auch. Leider bestehen jedoch in jedem Bundesland andere Bestimmungen. Vom Gesetzgeber haben die PIA den Auftrag, schwer und chronisch erkrankte Menschen durch ein multiprofessionelles Team zu behandeln – mit dem Ziel niederschwellig zu sein, stationäre Aufnahmen zu vermeiden und Verweildauern zu verkürzen. Dies entlastet den stationären Bereich und reduziert dort die Kosten.



Prof. Josef Hecken

Hecken: Bei den PIA handelt es sich auch aus meiner Sicht um einen sehr guten niedrighwelligen Ansatz mit einem multimodularen und multiprofessionellen Angebot. Dort sollten aber diejenigen Patienten behandelt werden, die im ambulanten Bereich nicht unterkommen. Es gibt allerdings auch Einrichtungen, die vorwiegend im Bereich der Regelversorgung arbeiten. Deshalb liegt dem G-BA daran, PIA in ihrem Angebot schärfer von der Regelversorgung abzugrenzen. Dafür benötigen wir einen Überblick über das Leistungsgeschehen: Gibt es

dort möglicherweise noch freie Kapazitäten? Wie viele schwer und leicht erkrankte Patienten werden behandelt? Wir haben die Anrechnung einer PIA auf einen halben Sitz vor allem vorgenommen, weil wir Druck erzeugen wollten, das Leistungsge-schehen endlich transparent zu machen. Es geht uns also darum, Behandlungskapazitäten da zu schaffen, wo sie schwer chronisch kranke Patienten benötigen, und stationäre Strukturen dort zu entlasten, wo sie durch leicht oder mittelschwer erkrankte Patienten überlastet sind. Wir müssen hin zu einer ad-äquat strukturierten Versorgungskaskade.

Hauth: Aus meiner Sicht lässt sich eine qualitätsvolle Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Zukunft nur dann aufrechterhalten und weiterentwickeln, wenn es gelingt, zwischen allen an der Versorgung tätigen Anbietern eine strukturierte Kooperation zu etablieren. Deshalb möchten wir einen strukturierten Versorgungspfad entwickeln, der – von wenig bis komplexen Bedarf im SGB V Bereich – Leistungen, Indikationen und Schnittstellen festlegt. Da die Patienten im Mittelpunkt unserer Überlegungen stehen, ist dabei auch das Thema Qualität äußerst wichtig. Die DGPPN hatte schon vor mehreren Jahren versucht, Indikatoren für Prozessqualität aus den Leitlinien abzuleiten. Manche Faktoren, die für den Patienten sehr wichtig sind, wie z. B. Lebensqualität, werden in der Regel



jedoch in Leitlinien nicht abgebildet. Im Rahmen des Psych-Entgelt-Gesetzes gingen Aufträge an den G-BA, Qualität zu definieren. Wie würden Sie die Versorgungsqualität im Bereich der psychischen Erkrankungen verstehen: als Struktur-, Ergebnis- oder als Prozessqualität?

Optimierung bedeutet hierbei ausdrücklich nicht, dass es billiger werden muss, sondern besser.

Hecken: Wie Sie schon sagten, ist es im Bereich der psychischen Erkrankungen sehr schwierig, Ergebnisqualität zu mes-

sen. Aus diesem Grund legen wir unseren Schwerpunkt auf die Strukturqualität, welche wiederum untrennbar mit einer entsprechenden Personalausstattung der Kliniken verbunden ist. Strukturqualität wäre hier also weniger die technische und apparative Ausstattung einer Einrichtung als die Personalausstattung, die für eine leitliniengerechte Behandlung benötigt wird: Welche Qualitätsvorgaben, welche Ausbildungsvorgaben werden für bestimmte Situationen als Personalschlüssel gestellt? Die G-BA-Beratungen dazu werden fristgerecht abgeschlossen und in Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem erforderlichen therapeutischen Personal münden. Und wenn auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz bestimmte Empfehlungen hinsichtlich einer Mindestpersonalausstattung ausgesprochen werden, dann hat dies ein hohes Maß an Verbindlichkeit für die Kliniken.

Hauth: In den letzten 30 Jahren hat sich nach Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) die Qualität in der stationären Versorgung psychisch Kranker enorm verbessert. Leider ist die Psych-PV jedoch immer mehr unterhöhlt worden. Einerseits, weil die Finanzierung nicht nachgekommen ist. Andererseits ist der medizinische Fortschritt nicht ausreichend berücksichtigt, z. B. die Entwicklungen hinsichtlich Psychotherapie und psychosozialen Interventionen. Unsere Task Force „Strukturqualität“ beschäftigt sich deshalb insbesondere mit zwei Aspekten: Wie groß ist die Lücke zwischen den Vorgaben der Psych-PV und der Versorgungsrealität heute schon und wie müssten die Personalstandards auf Grundlage der heute geltenden Leitlinien aussehen? Für unsere Fachgesellschaft ist es äußerst wichtig, dass die Entwicklung bezüglich neuer Methoden in Diagnostik und Behandlung seit Bestehen der Psych-PV in den Personalvorgaben abgebildet ist. Dies ist kein leichtes Unterfangen, weil selbst die Leitlinien hierzu wenige Angaben machen und es international wenig Literatur zum Thema Personalstandards gibt.

Hecken: Hier sehe ich möglicherweise ein Betätigungsfeld für den geplanten Innovationsfonds. Evidenzrecherchen könnten aus dem Bereich Versorgungsforschung des Innovationsfonds finanziert werden. Beispielsweise müsste man sich vergleichbare Personalschlüssel aus anderen Staaten anschauen. Auch könnte ich mir gut vorstellen, dass ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept zur Koordination und Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer in einem Modellprojekt in einem KV-Bezirk über den Innovationsfonds erprobt und evaluiert wird. Voraussetzung ist ein Projektantrag, aus dem der Nutzen des Optimierungsansatzes für den Patienten schlüssig dargestellt wird. Optimierung bedeutet hierbei ausdrücklich nicht, dass es billiger werden muss, sondern besser.

Hauth: Wie Sie wissen, soll im stationären Bereich das neue Psych-Entgeltsystem eingeführt werden. Dies hat zu viel Kri-

tik und vielen Protesten geführt. Unter anderem deshalb, weil es falsche Anreize setzt. Alternativ zeigen die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, wie sich die Behandlung im Krankenhaus flexibler zwischen stationär, teilstationär und ambulante Leistungen anbieten lässt. Modellprojekte sind aber nur dann sinnvoll, wenn sie wissenschaftlich evaluiert werden und damit eine Chance erhalten, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Besteht eine Möglichkeit, diese Modellprojekte mit Mitteln des Innovationsfonds zu evaluieren?

Es ist unser Anliegen, nicht nur auf eine kurzfristige Symptomreduktion, sondern auf die Teilhabe und Inklusion an Privat- und Berufsleben hinzuwirken.

Hecken: Ein Projektantrag beim Innovationsausschuss lohnt sich immer, auch deshalb, weil ich gar nicht abschätzen kann, ob wir im ersten Jahr überhaupt eine Antragsflut erleben werden. Gleichzeitig haben wir nur begrenzte Mittel zur Verfügung und müssen eine Priorisierung vornehmen. Denn auch in anderen Versorgungsbereichen stehen wir vor großen Herausforderungen – z. B. bei der Behandlung von Patienten mit Krebs, rheumatoider Arthritis oder Diabetes. Für mich sind folgende Ziele prioritär: Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, Verbesserung der fachärztlichen medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Im Bereich der Arzneimittelsicherheit sollten wir aus meiner Sicht versuchen, bei den vielen Modellen, die es zur Messung von Lebensqualität gibt, ein für uns hilfreiches und praktikables Modell zu entwickeln. Ich stelle fest, dass bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln sehr häufig ein diametraler Gegensatz zwischen den Heilsversprechen der Hersteller und den geringen tatsächlichen Verbesserungen der Lebensqualität der Patienten besteht.

Hauth: Dies trifft sicherlich auch für Menschen mit psychischer Erkrankung zu. Denn es ist unser Anliegen, nicht nur auf eine kurzfristige Symptomreduktion hinzuarbeiten, da diese nicht immer direkt mit einer Verbesserung der Lebensqualität einhergeht, sondern auf die Teilhabe und Inklusion an Privat- und Berufsleben hinzuwirken.

Hecken: Dafür sehen Sie mich in hohem Maße sensibilisiert. Bei der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln kann man eine Menge lernen. Denn in manchen Fällen werden Symptome zwar gelindert. Dieser positive Effekt wird aber durch Nebenwirkungen erkaufte, die am Ende die Lebensqualität sogar vermindern. In diesen Fällen müssen die positiven gegen die negativen Wirkungen von Medikamenten abgewogen werden.



Dr. Iris Hauth

DR. MED. IRIS HAUTH

Iris Hauth ist seit 2015 Präsidentin der DGPPN. Sie ist seit 1998 Chefarztin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee und seit sieben Jahren Geschäftsführerin der Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH. Von 2006 bis 2012 war sie Vorstandsvorsitzende der Bundesdirektorenkonferenz.

PROF. JOSEF HECKEN

Josef Hecken ist seit 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Von 2004 bis 2008 war er Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes und von 2009 bis 2012 Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

25.–28. NOVEMBER 2015 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2015

Mit seinem breiten Themenspektrum, den hochkarätigen Experten und exzellenten Weiterbildungsmöglichkeiten hat sich der DGPPN Kongress als zentrales Forum für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie etabliert. 2015 wartet er nicht nur mit einer optimierten Programmstruktur auf, sondern auch mit einem zukunftsweisenden Leitthema.



In nur vier Tagen können sich die Teilnehmer des jährlichen DGPPN Kongresses einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde verschaffen. Das Kongressprogramm greift dabei alle relevanten psychischen Störungen auf und beschäftigt sich intensiv mit biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Inhalten. Gleichzeitig stehen auch gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen im Zentrum.

OPTIMIERTE PROGRAMMSTRUKTUR

Die enorme Bandbreite des Kongresses stellt den Besucher zuweilen vor eine echte Herausforderung: Für welche der über 650 Einzelveranstaltungen soll er sich entscheiden? Deshalb wird die Programmstruktur des DGPPN Kongresses 2015 optimiert: Weniger parallele Sitzungen und eine noch ausgewogenere Themenverteilung sollen die individuelle Programm-

gestaltung über sämtliche Kongresstage hinweg erleichtern. Denn auch in diesem Jahr werden rund 9000 Wissenschaftler, Ärzte und Therapeuten im CityCube Berlin erwartet.

ZUKUNFTSWEISENDES LEITTHEMA

Wenn es um die Qualität in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geht, stehen in der Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit heute vor allem Qualitätssicherung und Transparenz im Vordergrund. Doch die Anforderungen an eine qualitativ hochstehende Versorgung müssen viel weiter greifen: Der Grad der Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien und die Übersetzung des medizinischen Fortschritts in den klinischen Alltag stellen hierbei zentrale Größen dar. Dabei drängen sich auch ethische Fragen um die personale Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten, die Beziehungskontinuität in der Behandlung und die Gerechtigkeit bei der Verteilung der Ressourcen auf. Was braucht es, damit psy-

chisch erkrankte Menschen heute und in Zukunft qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe erhalten? Diese Frage rückt der DGPPN Kongress 2015 unter dem Leitmotiv „Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“ ins Zentrum.

Nationale und internationale Experten aus Politik und Wissenschaft, Versorgung und Praxis werden neue Versorgungskonzepte vorstellen und das Potenzial von gestuften, bedarfsgerechten, personenzentrierten und sektorenübergreifenden Versorgungspfaden diskutieren. Besonderes Augenmerk wird dabei auch auf den Schwerpunkten Prävention und Rehabilitation liegen. Neben den aktuellen gesundheitspolitischen Themen – z. B. das Versorgungsstärkungsgesetz oder Teilhabe-gesetz – wird der DGPPN Kongress 2015 auch gesellschaftliche Fragestellungen aufgreifen: Wie lassen sich Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen abbauen? Wie gehen wir mit der wachsenden Zahl traumatisierter Flüchtlinge um, die in Deutschland Hilfe suchen? In welchem Verhältnis stehen Spiritualität und Psychiatrie?

NEUE ANSÄTZE IN DER BEHANDLUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Die Erforschung der Ursachen psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten durch erweiterte technische Möglichkeiten einen enormen Aufschwung genommen. Daraus ergeben sich große Potenziale für die Entwicklung neuer präventiver, diagnostischer und therapeutischer Ansätze. Der DGPPN Kongress 2015 wird zukunftsweisende Perspektiven aufzeigen; in der Reihe „Breakthroughs in Psychiatry“ und in zentralen Hauptvorträgen werden neueste Forschungsergebnisse vorgestellt.

EINZIGARTIGES THEMENSPEKTRUM

Dass sich der DGPPN Kongress zu Europas größter Fachtagung auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen entwickelt hat, ist in erster Linie auf die enorme thematische Bandbreite des Programms zurückzuführen:

STÖRUNGEN

Neurokognitive Erkrankungen, organische psychische Störungen, Demenz | Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen, Verhaltenssüchte | Psychotische Störungen | Affektive Störungen | Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen | Essstörungen, Schlafstörungen | Störungen mit enger Beziehung zum Kindes- und Jugendalter | Störungen mit enger Beziehung zum Alter | Komorbidität von psychischen und somatischen Störungen, Psychosomatik

EPIDEMIOLOGIE UND RISIKOFAKTOREN

URSACHE UND ENTSTEHUNG

Neurobiologie und Genetik | Krankheitsübergreifende Mechanismen und Prinzipien | Prävention

DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION

THERAPIEN

Psychotherapie | Pharmakotherapie | Psychosoziale Interventionen und weitere psychiatrische Therapieformen | Stimulationsverfahren

FORSCHUNG

Bildgebung | Multimodale Therapieansätze | Früherkennung | Biomarker und prädiktive Medizin | Molekulare Medizin | Neurowissenschaften | Klinische und experimentelle Psychotherapieforschung

VERSORGUNG

Gemeinde- und Sozialpsychiatrie | Forensische Psychiatrie und Begutachtung | Prävention | Rehabilitation und Arbeit | Versorgungsforschung und Versorgungsmodelle | Pflege, Gesundheitsfachberufe

GESUNDHEITSPOLITIK UND GESELLSCHAFT

KULTUR- UND GEISTESWISSENSCHAFT

Ethik, Philosophie und Spiritualität | Geschichte und Kulturwissenschaften | Literatur, Film, Musik und psychische Erkrankungen

FRÜHBUCHERRABATT

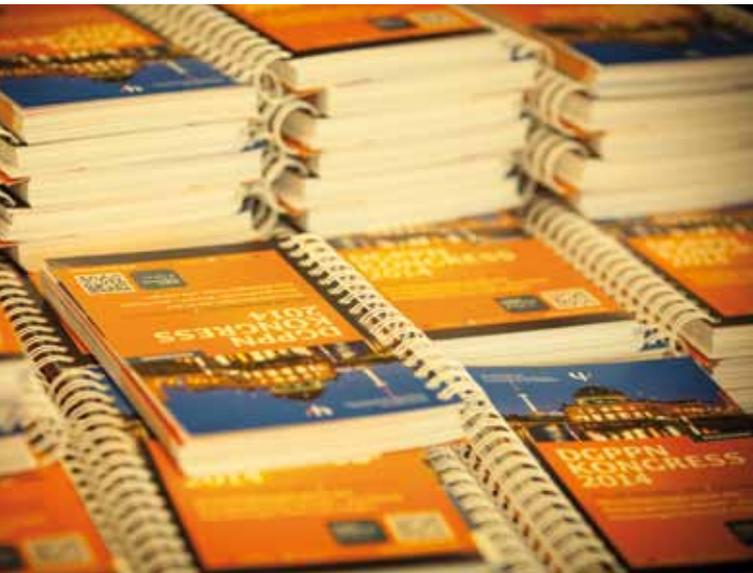
Profitieren Sie jetzt vom Frühbucherrabatt und melden sich für den DGPPN Kongress 2015 an.

- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- DGPPN Fort- und Weiterbildungsakademie
- Optimierte Programmstruktur
- Kongresskindergarten
- Freier Eintritt für DGPPN-Neumitglieder 2015

www.dgppn.de

DER MENSCH IM MITTELPUNKT: VERSORGUNG NEU DENKEN

- Qualität und Transparenz in der Psychiatrie
- Neue Wege in der Behandlung:
Überwindung der Sektorengrenzen
- Psychotherapie: Bedarfsorientierung und Flexibilisierung
- Wissenschaft und Praxis: von der Forschung
zum Patienten
- Trialog neu gedacht: Empowerment, Recovery, Teilhabe



SPANNENDE PROGRAMMELEMENTE

- Plenarvorträge
- Präidentensymposien
- Breakthroughs in Psychiatry
- Lectures
- Hauptsymposien
- State-of-the-Art-Symposien
- Symposien
- Mitgliederforen
- Freie Vorträge
- Posterpräsentationen
- Pro-Con-Debatten

JETZT WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE EINREICHEN

Gestalten Sie den DGPPN Kongress 2015 aktiv mit und reichen Sie jetzt Ihre wissenschaftlichen Beiträge ein. Alle wichtigen Informationen haben wir für Sie auf www.dgppn.de zusammengefasst. Bitte achten Sie auf die entsprechenden Formalien und Deadlines.

Thematische Symposien

Dauer: 90 Minuten (max. 4 Redner)
15 – 20 Minuten Vortrag und 5 Minuten Diskussion
Anmeldeschluss: 13. April 2015

Freie Vorträge

Dauer: 10 Minuten je Vortrag
Anmeldeschluss: 26. Juni 2015

Poster

Kurzpräsentation von 5 Minuten, einschließlich Diskussion
Neu: auch ePoster möglich
Anmeldeschluss: 26. Juni 2015





PROGRAMM SPEZIELL FÜR DEN NACHWUCHS

Der DGPPN Kongress ist auch ein Treffpunkt für Studierende und Assistenzärzte: Für sie gibt es ein spezielles Nachwuchsprogramm mit zahlreichen Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Diskussionsforen, Lectures und Workshops. Dabei profitieren sie von Kongressstipendien und ermäßigten Teilnahmegebühren. Renommierte Experten beleuchten zukunftsweisende Therapien, stellen Fallvignetten vor und zeigen mögliche Wege in die Wissenschaft auf. Praxisorientierte Workshops bereiten auf den ersten psychiatrischen Dienst oder auf das Neurologie-Austauschjahr vor. Verantwortlich für das Nachwuchsprogramm ist die Junge Akademie der DGPPN. Sie will nicht nur möglichst viele Nachwuchskräfte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie gewinnen, sie entwickelt auch Angebote für alle Phasen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Laufbahn.

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen bilden ein zentrales Element des DGPPN Kongresses. Assistenzärzte nutzen die qualitativ hochstehenden Angebote im Rahmen ihrer fachärztlichen Weiterbildung, Fachärzte für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikats. Gleichzeitig vertiefen Angehörige anderer Berufsgruppen ihr Wissen auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen.

Das Programm der DGPPN Akademie für Fort- und Weiterbildung umfasst mittlerweile mehr als 80 Workshops. Dabei können die Teilnehmer zwischen ein- und zweitägigen Workshops wählen. Das thematische Spektrum ist breit, neben der Wissensvermittlung stehen vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis im Vordergrund. Das Angebot wird von den Teilnehmern jedes Jahr von Neuem evaluiert. So ist sichergestellt, dass Themen und Qualität den hohen Ansprüchen entsprechen.

- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- Enge Verzahnung von Wissenschaft und Praxis
- Breites Themenspektrum
- Ein- und Zwei-Tagesworkshops



Willkommen in Berlin

Berlin – die Stadt, in der Vergangenheit und Gegenwart aufeinandertreffen: Eindrucksvolle Schlösser, Plätze und Kirchen erinnern an den Ruhm der Königs- und Kaiserzeit, bedeutende Museen, Denkmäler und Überreste der Mauer zeugen von der bewegten deutschen Geschichte im 20. Jahrhundert. Tradition, Moderne und Avantgarde prägen die einzigartige Atmosphäre der deutschen Hauptstadt. Sie setzt Trends in Lifestyle, Kunst und Musik – und pflegt zugleich geliebte Traditionen mit Bühnen und Orchestern, Currywurst und Kneipen.

ALKOHOL- UND TABAKABHÄNGIGKEIT

NEUE LEITLINIEN DEFINIEREN BEHANDLUNGSSTANDARDS

*Alkohol- und Tabakabhängigkeit sind in Deutschland die schwerwiegendsten Suchterkrankungen. Jedes Jahr sterben etwa 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. Rund 110.000 Todesfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Nun machen zwei neue Behandlungsleitlinien das Wissen um Diagnose und Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkohol- und Tabakkonsum greifbar.**

Autoren: Karl Mann, Anil Batra

Der Konsum von Alkohol und Tabak ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Er vermindert die Lebenserwartung der Betroffenen signifikant: Alkoholabhängige verlieren durchschnittlich rund 15 bis 20 Jahre ihrer Lebenserwartung, starke Raucher etwa zehn Jahre. In Deutschland gibt es ca. 1,9 Millionen Alkoholabhängige und rund 1,6 Millionen Menschen mit „schädlichem Gebrauch“. Etwa 14,7 Millionen Frauen und Männer rauchen. Gleichzeitig werden in ihrer Wirksamkeit geprüfte Therapien derzeit nur von einer geringen Zahl von Betroffenen wahrgenommen. So erhalten nur rund 10 % der Alkoholabhängigen pro Jahr eine spezifische Therapie. Unter den aufhörwilligen Rauchern nutzen weniger als 15 % professionelle Hilfsangebote. Nach wie vor gilt Tabakabhängigkeit in Deutschland für viele zu Unrecht lediglich als „ungesunder Lebensstil“ und nicht als behandelbare Suchterkrankung.

EVIDENZBASIERTE EMPFEHLUNGEN

Hier setzen die im Februar 2015 vorgestellten S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ an. Sie wollen die Qualität der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit schädlichem und abhängigem Alkohol- und Tabakkonsum verbessern. Die Leitlinien bündeln das aktuell vorhandene Forschungswissen und leiten daraus evidenzbasierte Empfehlungen für die Diagnose und Behandlung ab. Dabei konzentrieren sie sich bei der Alkoholabhängigkeit nicht nur auf die Erkrankten selbst, sondern auch auf deren Angehörige.

Die neuen Leitlinien richten sich an alle Berufsgruppen, die betroffene Patienten behandeln. Sie entstanden in einem vierjährigen Entwicklungsprozess unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Die Federführung lag bei der DGPPN und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie (DG-Sucht). In die Entwicklung waren insgesamt mehr als 50 Fachgesellschaften, Berufsverbände und Gesundheitsorganisationen, vertreten durch über 60 ausgewiesene Suchtexperten, involviert. Dabei fanden durch die intensive Beteiligung von Selbsthilfe- und Angehörigenverbänden auch die Interessen der Patienten Gehör.

ALKOHOLBEZOGENE STÖRUNGEN: DEFIZITE IN DER VERSORGUNG

Die Behandlungsangebote für alkoholbezogene Störungen kommen in Deutschland noch zu wenig bei den Betroffenen an. Oftmals bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten oder es fehlt an der nötigen Abstimmung, z. B. zwischen den Bereichen der Akutmedizin und der Rehabilitation. Könnte die Inanspruchnahme von spezifischen psycho- und pharmakotherapeutischen Angeboten von bisher 10 % auf 40 % der Abhängigen erhöht werden, ließen sich nach einer aktuellen Modellrechnung pro Jahr rund 2000 Menschenleben in Deutschland retten. Allerdings ist die aktuelle Unterversorgung auf einen weiteren Faktor zurückzuführen: Viele Betroffene sind unsicher und schrecken gerade zu Beginn einer Abhängigkeit vor dem Aufsuchen einer Beratung und Behandlung zurück.

EINGANGSSCHWELLEN FÜR BEHANDLUNG SENKEN

In einer empirischen Untersuchung in den USA war knapp die Hälfte der Personen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen trotz eigener Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie (noch) nicht bereit, vollständig auf Alkohol zu verzichten. Vor diesem Hin-

DOWNLOAD

Die S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ und „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ finden Sie auf www.dgppn.de. > Publikationen > Leitlinien.

tergrund kamen internationale Therapieleitlinien zu dem Schluss, auch die Reduktion der Trinkmengen als zumindest intermediäres Therapieziel für nicht abstinenzbereite Alkoholabhängige anzuerkennen – ein Standpunkt, dem auch die neue Behandlungsleitlinie „Alkohol“ folgt. Die damit verbundene Senkung der Eingangsschwellen soll deutlich mehr Menschen in eine Beratung und Behandlung führen als bisher.

KEIN UNSCHÄDLICHER TABAKKONSUM

Tabakrauch gehört zu den gefährlichsten Substanzen mit psychotropen Inhaltsstoffen. Alle Formen des Tabakkonsums – Rauchen, Schnupfen, Kauen – führen langfristig zu gesundheitlichen Problemen: Es gibt keinen unschädlichen Tabakkonsum. Tabakkonsum ist per se keine Krankheit, sondern in seinem langfristigen Resultat primär ein selbstschädigendes Verhalten. Neben dem schädlichen Gebrauch ist jedoch eine mögliche Folge des regelmäßigen Konsums die Entwicklung einer Abhängigkeit. Daher thematisiert die neue Behandlungsleitlinie Vorgehensweisen gegen den „schädlichen Gebrauch“ und die „Tabakabhängigkeit“.

Die Ursache des abhängigen Rauchens ist als komplexes Zusammenspiel von biologischen und psychologischen Faktoren zu sehen: Auf der biologischen Seite ist die über die verschiedenen angeregten Transmittersysteme psychotrope Verstärkerfunktion des Nikotins relevant, neuroadaptative Vorgänge lassen gleichzeitig eine körperliche Abhängigkeit entstehen, die klassifikatorische Kategorien wie das „zwanghafte Rauchen“, „Entzugssymptome“ und „Toleranzentwicklung“ erklären.

WISSEN ÜBER TABAKENTWÖHNUNGSMETHODEN

Viele Raucher erreichen im Laufe ihres Lebens aus eigener Vorsatzbildung und Anstrengung heraus eine Absti-



Die neuen Leitlinien wollen die Qualität der Diagnostik und Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkohol- und Tabakkonsum verbessern.

nenz. Gesundheitsbezogene Informationen aus der Umgebung, die direkte Ansprache durch Partner und andere nahestehende Personen, die Ratschläge des Arztes, aber auch die Sorge vor tabakbezogenen Erkrankungen sind Hintergrund und Motivationsfaktoren für die Abkehr vom Rauchen. Aus medizinischer und psychologischer Sicht wäre allerdings in vielen Fällen eine Beendigung des Rauchens zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt des Lebens wichtig und sollte aus diesem Grund frühzeitig angeraten werden. Für Raucher, die bei ernsthaften Rauchstopppersuchen aus eigener Kraft die Abstinenz nicht erreicht haben, ist eine therapeutische Unterstützung indiziert. Mit der neuen Behandlungsleitlinie steht professionellen Beratern und Therapeuten nun eine aktuelle Sammlung des Wissens über erfolgreiche Tabakent-

wöhnungsmethoden zur Verfügung. Sie enthält 78 wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen zur Motivation oder Unterstützung der Tabakabstinenz.

** Der Artikel enthält wortwörtliche Passagen aus den Leitlinien.*

PROF. DR. MED. KARL MANN

Lehrstuhl für Suchtforschung (bis 2014), Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

PROF. DR. MED. ANIL BATRA

Stellvertretender Leiter des DGPPN-Referates „Abhängigkeitserkrankungen“, Leiter der Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

ENTWICKLUNG VON PRAXISLEITLINIEN

Die DGPPN nimmt in Deutschland eine zentrale Rolle in der Förderung wissenschaftlicher Aktivitäten ein, die zu einer Verbesserung der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen führen. Dazu gehört insbesondere die Entwicklung praxisbezogener Leitlinien. Ziel ist es, das Wissen zur Verfügung zu stellen, das die in der Krankenversorgung tätigen Experten benötigen, um psychische Erkrankungen opti-

mal diagnostizieren und behandeln zu können. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin stützen sich die Empfehlungen auf wissenschaftliche Erkenntnisse. So müssen berücksichtigte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten unter den beteiligten Experten und in der Fachwelt anerkannt sein. Die Entwicklung der Leitlinien wird im Vorstand der DGPPN vorbereitet, ihre Realisierung erfolgt gemeinsam mit anderen Akteuren.

BUCHREZENSION

PFLICHTLEKTÜRE FÜR FORENSISCHE PSYCHIATER

Der Fall des Gustl Mollath schürte 2013 in der Öffentlichkeit die Furcht vor einem Rechtsstaat, der durch Zusammenwirken von Schlampigkeit und Vorurteil seitens Justiz und Psychiatrie zur weitgehenden Entrechtung von Menschen führen kann. Mollaths Anwalt Gerhard Strate hat seine Erfahrungen nun in einem Buch dargelegt, das die zahllosen Unfassbarkeiten im Justizfall Mollath akribisch aufarbeitet.

Autorin: Nahlah Saimeh

In der Folge der Enthüllungen im Fall Mollath inszenierten zum Teil unsäglich unseriöse Fernsehsendungen die Psychiatrie als moderne Folterkeller im Gewande der Medizin. Wir Psychiater reagierten irritiert, nervös, aber auch genervt. Jetzt also das Buch „zum schlechten Film“, so mag mancher denken. Aber weit gefehlt. Das Buch von Gerhard Strate gehört zur Pflichtlektüre für Forensische Psychiater in Klinik und Sachverständigentätigkeit.

NICHT ENDEN WOLLENDE STANDPAUKE

Strate hält den (forensischen) Psychiatern eine nicht enden wollende Standpauke. Zweifellos: Das Buch ist schmerzhaft zu lesen. Das heißt aber auch, dass es Gerhard Strate gelungen ist, den Fall akribisch in all seinen Facetten aufzubereiten und neben ziemlich groben Kanonenschüssen auf die Bastion Psychiatrie sehr wohl Präzisionsschüsse der Kritik zu platzieren. Der Justiz- und Psychiatriefall des Gustl Mollath ist nicht deswegen für die Psychiatrie lehrreich, weil es eine absonderliche Kungelei gegeben hätte und einige Kritik bleibt überzogen. Die Replik Strates auf ein als hochmütig beschriebenes System ist nicht minder hochmütig und die von Strate zitierte Sichtweise Heribert Prantls auf die Forensik als „Dunkelkammer des Rechts“ wird durch Wiederholung der evokativen Kritik nicht richtiger. Denn kein Bereich dürfte ständig solcher Durchleuchtung unterliegen. Das Problem ist vielmehr, dass Fälle dieser Art dennoch möglich sind. Seine Stärken hat das Buch nicht an jenen Stellen, wo es die Möglichkeiten der psychiatrischen Diagnostik und der Validität von Diagnosen überhaupt in Frage stellt. Oder wenn Strate Sachverständigen vorwirft, sie würden Termine zur Untersuchung vorher nicht ankündigen, so ignoriert er beharrlich, dass in nicht wenigen Institutionen, insbesondere in Justizvollzugsanstalten, Insassen tatsächlich in Unkenntnis gelassen werden. Auch die ständige Unterstellung, Gutachter würden im Grunde nur voneinander abschreiben und sich gegenseitig in ihrem selbstgefälligen Be-

schreiben der Welt rechtfertigen, ist eine durchaus böse und ungerechte Kritik. Schließlich weiß der Jurist Strate darum, dass Psychiater weder befähigt noch berufen sind, den Inhalt von Justizakten in Frage zu stellen. Man darf und man muss als Psychiater aber zweifeln dürfen und die Grenzen eigener Erkenntnisse deutlich machen. Was man hier als Ausrede verstehen mag, ist in anderen Zusammenhängen gebotenes Beiseinen-Leisten-Bleiben.

Seine eigentliche Stärke hat das Buch für therapeutisches Personal in der Psychiatrie und für Gutachter jedoch im Vorwurf mangelnder Augenhöhe zu Patienten und Probanden. Es sensibilisiert – ganz losgelöst vom konkreten Fall – für die grundsätzliche Gefahr von Pathologisierungshybris und den fehlenden Respekt vor der individuellen Eigen-Willigkeit eines Menschen. Gleichwohl verdeutlicht das Buch, dass die Psychiatrie stets in Gefahr ist, in kleinbürgerlich-erzieherischer Manier erwachsenen Menschen vorschreiben zu wollen, nach welcher Fassung sie glücklich werden müssen. Auch die Wortwahl der klinischen Dokumentation wird nicht zu Unrecht als Ausdruck institutioneller Selbstgerechtigkeit gedeutet. Dass gerade die Beschreibung von Menschen durch Menschen eine besonders verantwortungsvolle Tätigkeit ist, die immer wieder Selbstreflexion und große Unabhängigkeit verlangt, könnte aber auch dazu führen, dass man jenen, die sich der Aufgabe verschreiben, Respekt zollt. Strate ist dafür zu danken, dass die in der Forensischen Psychiatrie Tätigen mit Hilfe seines Buches ihr System von außen betrachten und reflektieren können.

DR. MED. NAHLAH SAIMEH

Mitglied im Vorstand der DGPPN

Ärztliche Direktorin LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

BUCH

Gerhard Strate (2014): Der Fall Mollath: Vom Versagen der Justiz und Psychiatrie. Orell Füssli Verlag, Zürich, 288 Seiten.

REFERATE AKTUELL

WENN HELFER HILFE BRAUCHEN

Einsatzkräfte erleben durch ihre Tätigkeit immer wieder psychisch belastende Situationen. Ein neues Fachreferat der DGPPN konzentriert sich nun auf diese wichtige Patientengruppe. Dabei stehen psychische Störungen nach Gewalterleben und Bedrohung, aber auch nach Exposition mit Gewalt- und Unfallopfern oder nach Schusswaffengebrauch im Fokus.

Autoren: Niels Bergemann, Roger Braas, Peter Zimmermann

Das Fachreferat „Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte“ gehört zu den jüngsten Referaten der DGPPN. Es beschäftigt sich mit Berufsgruppen, die sich in ihrem Arbeitsalltag immer wieder in psychisch belastenden Einsätzen befinden – und zwar im In- und Ausland: z. B. Soldaten der Bundeswehr, Angehörige der Polizei, Feuerwehr und des Technischen Hilfswerks oder auch medizinisches Personal. Im Zentrum stehen dabei psychische Störungen nach Situationen, in welchen die Betroffenen Gewalt oder Bedrohung erlebt haben, mit Gewalt- und Unfallopfern konfrontiert waren oder ihre Schusswaffe gebrauchen mussten. Die Folgen dieser Erfahrungen können vielfältig sein. Unmittelbar nach einem traumatisierenden Ereignis kann es zu einer akuten Belastungsreaktion kommen – ein Zustand, der mit dem Gefühl des „Betäubtseins“ und mit wechselnden Affekten wie Angst, Ärger und Verzweiflung sowie vegetativen Symptomen einhergeht. Nicht selten treten, manchmal erst nach wiederholter Konfrontation und mit einer Latenz, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auf, aber auch andere Traumafolgestörungen wie Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen. Mit der steigenden Zahl der Auslandseinsätze der Bundeswehr erhöht sich auch die Zahl der Soldaten, die nach ihrer Rückkehr an einer PTBS erkranken. Dadurch wächst auch der Bedarf an Experten.

REGELMÄSSIGE SYMPOSIEN

Das Referat nimmt aktuelle Fragen der Einsatzpsychiatrie und -psychotherapie sowohl in wissenschaftlicher Hinsicht als auch unter dem Aspekt der Patientenversorgung in den Fokus. Das Thema stößt im Fach auf immer größeres Interesse: In den vergangenen Jahren fanden auf dem DGPPN Kongress gut besuchte Symposien statt – jeweils zu unterschiedlichen Themenaspekten: 2012 wurden aktuelle Studienergebnisse und Erfahrungen zu einsatzbedingten psychischen Störungen bei Soldaten der Bundeswehr präsentiert. 2013 stand die psychische Gesundheit von Soldaten unter Extremstress und die Interaktionen von sportlichen Aktivitäten, Schlaf und Nikotinabusus im Vordergrund. 2014 wurden Aspekte der Prävention und Therapie von psychischen Störungen bei Bundeswehrsoldaten im Einsatz diskutiert.

LEITLINIENENTWICKLUNG

Bei seinen Aktivitäten arbeitet das Referat eng mit nationalen und internationalen Fachgesellschaften zusammen. Dabei stehen neben dem Austausch aktueller Forschungsergebnisse Aspekte der Weiterbildung im Vordergrund. Perspektivisch will sich das Referat auch mit der Leitlinienentwicklung beschäftigen. Ganz wichtig ist dabei der Austausch der Mitglieder des Referates untereinander, aber auch die Kooperatio-

nen mit anderen Referaten der DGPPN. Im Vordergrund stehen auch Fragen der primären und sekundären Prävention von Traumafolgestörungen. Hier spielt nicht nur das Erkennen von Risikofaktoren eine große Rolle, sondern auch Präventionsprogramme, welche die Einsatzkräfte auf Belastungen besser vorbereiten sollen. Bislang engagieren sich rund zwanzig Experten im Referat. In Zukunft sollen zudem Experten, die bei der Polizei oder Feuerwehr, dem Technischen Hilfswerk oder ärztlichen Hilfsorganisationen tätig sind, noch stärker einbezogen werden.

PD DR. MED. DR. RER. POL.

NIELS BERGEMANN

*Leiter des DGPPN-Referates „Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte“
Chefarzt am Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch*

FLOTTENARZT ROGER BRAAS

Stv. Leiter des DGPPN-Referates „Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte“

Leiter der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

OBERSTARZT PD DR. MED.

PETER ZIMMERMANN

Zweiter stv. Leiter des DGPPN-Referates „Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte“

Leitender Arzt der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie am Bundeswehrkrankenhaus Berlin

VORSTAND IM PROFIL

ENGAGEMENT AUS LEIDENSCHAFT

Wer ist eigentlich der Vorstand der DGPPN? In einer sechsteiligen Serie stellt Psyche im Fokus die Personen vor, die für die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft zuständig sind. Wie sehen sie die Zukunft des Fachs? Was möchten sie erreichen? Drei Vorstandsmitglieder stehen in jeder Ausgabe Rede und Antwort.



Was reizt Sie an der Arbeit im DGPPN-Vorstand?

Mit der Arbeit im Vorstand der DGPPN verbinde ich die Vorstellung, der Weiterentwicklung der Psychiatrie zu dienen und die DGPPN in Bezug auf forensische Fragen zu unterstützen. Das bezieht sich auf die fachliche Arbeit, aber ebenso auf die Herausforderungen im gesellschaftspolitischen Kontext.

Sie sind forensische Psychiaterin: Warum gerade dieser Schwerpunkt?

Psychiaterin bin ich geworden, weil das Fach in besonderer Weise das Mensch-Sein berührt. Die Forensische Psychiatrie habe ich gewählt, weil sie ärztliches Handeln zum Wohle der Patienten in den Kontext der gesellschaftlichen Verantwortung stellt. Außerdem reizt mich die ungeheure interdisziplinäre Verzahnung.

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

Ärztliche Direktorin LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

n.saimeh@wkp-lwl.org

Wo sehen sie die größten Herausforderungen in der forensischen Psychiatrie?

Es gibt mehrere Herausforderungen: die Novellierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs, die Entwicklung bundeseinheitlicher Mindeststandards in der Therapie, die Verzahnung von Therapieforschung und therapeutischer Praxis sowie die Nachwuchsgewinnung.

Krimi oder Romanze? Als Buch: weder noch. Als Film: Krimi.

Pünktlich oder zu spät? Pünktlich leider zu selten.

Füller oder Tastatur? Füller nur für die Anrede und Unterschrift.

Sport oder Sofa? Yogamatte und Museum.

Exotisch oder gutbürgerlich? Westfälisch mit einem Schuss Exzentrik – oder umgekehrt.

DGPPN-REFERATE

NEUE SCHWERPUNKTE

Die über 30 Referate der DGPPN bilden das gesamte Spektrum des Faches Psychiatrie und Psychotherapie ab. Mit ihrer Arbeit leisten sie einen wichtigen Beitrag für die Aktivitäten der Fachgesellschaft. Folgende neue Referate sind hinzugekommen:

■ PRÄDIKTIVE PSYCHIATRIE

Leiter: Prof. Dr. Jens Wiltfang

Stv. Leiter: PD Dr. Nikolaos Koutsouleris

Ziel des neuen DGPPN-Referates ist es, den Forschungsansatz einer prädiktiven Psychiatrie prototypisch für die Krank-

heitsbilder schizophrene Psychosen, bipolar-affektive Störungen und neuro-degenerative Erkrankungen zu etablieren und mittelfristig auf andere Erkrankungen zu übertragen.

■ UNIVERSITÄRE LEHRE

Leiter: Dr. Jörg Signerski-Krieger

Stv. Leitung: noch offen

Das neue DGPPN-Referat setzt seinen Schwerpunkt in der Netzwerkarbeit. Ziel ist es, die universitären psychiatrischen Fächer zu vernetzen und ihre Sichtbarkeit an den Fakultäten und in den Gremien zu erhöhen.



**BEISITZER PSYCHOSOMATIK,
PSYCHOTRAUMATOLOGIE**

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
martin.driessen@evkb.de

Warum haben Sie sich entschlossen, sich im Vorstand der DGPPN zu engagieren?

Psychisch erkrankte Menschen, Psychiatrie und Psychosomatik brauchen eine geeinte starke Stimme, um sich im Konzert der vielen Interessen in Politik und Gesellschaft Gehör zu verschaffen und positive Veränderungen anzustoßen. Diese Stimme kann nur die DGPPN sein. Ich hoffe, hierfür im Vorstand einen konstruktiven Beitrag leisten zu können.

Welche Schwerpunkte möchten Sie setzen?

Zu den zentralen Herausforderungen gehört aus meiner Sicht die ambulante und sektorenübergreifende Krankenhausarbeit in Kooperation mit ambulanten Leistungserbringern und der somatischen Medizin. Gleichzeitig muss die Forschung für psychisch Kranke weiter gestärkt werden. Daneben gibt es viele spezifische Schwerpunkte, etwa Traumafolgestörungen, gerontopsychiatrische Störungen oder abhängiges Verhalten.

Psychiatrie ist für angehende Ärzte oftmals nicht die Wunschdisziplin: warum nicht?

Weil wir noch nicht ausreichend deutlich machen, dass Psychiatrie und Psychosomatik die ganzheitlichen medizinischen Fachgebiete sind, in denen intensive Begegnungen zum Alltag gehören, die ungemein vielseitig und spannend sind, die einen enormen Entwicklungsschub aufweisen und die hervorragende berufliche Chancen bieten.

Krimi oder Romanze? Auf jeden Fall Krimi, gerne mit gesellschaftlichem Hintergrund.

Pünktlich oder zu spät? Im Großen und Ganzen pünktlich.

Füller oder Tastatur? Viel lieber den Füller – aber im Alltag meist die Tastatur.

Sport oder Sofa? Zuerst Ausdauersport, dann das Sofa.

Exotisch oder gutbürgerlich? Weder noch: mediterran, am liebsten iberisch.



**VERTRETER
JUNGE PSYCHIATER**

Dr. med. Berend Malchow
Oberarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München
berend.malchow@med.uni-muenchen.de

Erzählen Sie von Ihrer ersten Begegnung mit der Psychiatrie und Psychotherapie.

Mein erster Kontakt verlief so, wie er eigentlich nicht sein sollte: Als Kind hörte ich diese Witze, die sich ältere Jugendliche über psychiatrische Kliniken erzählten. Zum Glück konnte mittlerweile durch konsequente Aufklärung und Information ein anderes Bild der Psychiatrie und Psychotherapie vermittelt werden.

Warum sollen sich junge Ärzte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden?

Wie keine andere ärztliche Disziplin trifft psychiatrisches und psychotherapeutisches Handeln den Kern des Arztberufes – mit all seinen Facetten: Menschlichkeit, Mitgefühl und Hingebewilligen sind genauso gefordert wie technisches, apparatives Können. Außerdem ist exzellente Forschung auf vielen Ebenen möglich. Was sollte sich ein junger Arzt mehr wünschen?

Sie engagieren sich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was motiviert Sie dazu?

Es geht darum, unser Fach aktiv mitzugestalten – immer mit dem Blick auf die Bedürfnisse der Patienten: dafür zu sorgen, dass die Vergangenheit gerade bei jungen Kollegen nicht in Vergessenheit gerät, Lösungen auf die Herausforderungen der Gegenwart zu finden und die Weichen für die zukünftigen Entwicklungen in unserem Fach richtig zu stellen.

Krimi oder Romanze? Gute Literatur, im Krimi versteckt.

Pünktlich oder zu spät? Pünktlich.

Füller oder Tastatur? Wenn keine Tastatur, dann Füllfederhalter.

Sport oder Sofa? Das kommt ganz darauf an.

Exotisch oder gutbürgerlich? Meistens weder noch.

NACHWUCHSFÖRDERUNG

FORSCHUNG IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Wer sich als junger Assistenzarzt in der Forschung betätigen möchte, steht häufig vor der Frage, wie sich der klinische Alltag mit einer wissenschaftlichen Tätigkeit verbinden lässt. Psyche im Fokus zeigt Wege durch den Dschungel der Forschungs- und Projektförderung auf.

Autoren: Alkomiet Hasan, Berend Malchow

Zell- und Tiermodelle von psychiatrischen Erkrankungen, Forschungsansätze in Genetik, Epigenetik und Neurobiologie, bildgebende und elektro-physiologische Fragestellungen in den systemischen Neurowissenschaften, Entwicklung von evidenzbasierten Therapiealgorithmen oder Implementierung neuer psychotherapeutischer Therapiestrategien: Das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie eröffnet jungen Ärzten ein breites Spektrum an Forschungsmöglichkeiten, doch häufig lässt sich der klinische Alltag nur schwer mit einer wissenschaftlichen Tätigkeit verbinden. Denn angesichts des zunehmenden Dokumentationsaufwands und des steigenden ökonomischen Drucks können sich junge Ärzte heute nur noch schwer freistellen lassen, um sich wissenschaftlich zu orientieren und zu etablieren; die wissenschaftliche Tätigkeit muss vor allem als Mehrleistung erbracht werden. Dabei würden sich viele Nachwuchswissenschaftler wünschen, strukturiert an die Forschung herangeführt zu werden und Freiräume zu erhalten.

MENTORINGPROGRAMM

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft will die DGPPN möglichst viele junge Psychiater für Forschungstätigkeiten motivieren. Deshalb hat sie in den letzten Jahren ein deutschlandweites Mentoringprogramm aufgebaut, das



Psychiatrie und Psychotherapie: ein breites Spektrum an Forschungsmöglichkeiten.

insbesondere Studierende unterstützt und fördert. Auf diesem Weg können Interessierte schon während des Studiums Kontakt mit Lehrstuhlinhabern, forschenden Oberärzten oder naturwissenschaftlichen und psychologischen Arbeitsgruppenleitern aufnehmen. Das Mentoringprogramm ist bewusst offen gestaltet, folgt keiner festgelegten Dauer und richtet sich nach den Bedürfnissen von Mentoren und Mentees. Nach der ersten Kontaktaufnahme werden gemeinsam Interessenschwerpunkte festgelegt, die ersten Schritte der wissenschaftlichen Karriere strukturiert und ein Zeitplan entwickelt.

KONGRESSWORKSHOP

Darüber hinaus organisiert die Junge Akademie der DGPPN auf dem Jahreskongress der Fachgesellschaft einen Nachwuchsworkshop zur Forschungs- und Projektförderung in der Psychiatrie und Psychotherapie. Der Workshop wird gemeinsam mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) abgestimmt und bietet interessierten Nachwuchskräften gerade zu Beginn ihrer wissenschaftlichen Tätigkeiten eine umfassende Einführung in die Forschungsförderung. Er beinhaltet Vortragsblöcke und Diskussionsrunden, die auf die verschiedenen Förderinstrumente in Deutschland eingehen und Tipps für Forschungsanträge geben. Dabei kön-

nen sich die Teilnehmer individuell von den Experten beraten lassen oder sich mit den Ordinarien und Wissenschaftlern austauschen. Zum Format gehörten auch sogenannte Thementische zu verschiedenen Aspekten der Forschungsförderung.

DREI EBENEN DER NACHWUCHSFÖRDERUNG

Generell lassen sich in der Nachwuchsförderung Psychiatrie und Psychotherapie drei Ebenen unterscheiden:

- Die erste Ebene bildet die Deutsche Forschungsgemeinschaft ab. Diese ermöglicht Förderungen zu allen Zeitpunkten der wissenschaftlichen Karriere. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Promotion sowie erste eigene Publikationen. Von den verschiedenen Einzelförderungsprogrammen sind für Nachwuchswissenschaftler zu Beginn der wissenschaftlichen Tätigkeit – aber auch im Verlauf der Karriere – insbesondere die Sachbeihilfen zur Finanzierung eigener Stellen und Forschungs-Stipendien zum Auslandsaufenthalt interessant. Daneben existieren Programme für fortgeschrittene Wissenschaftler, die sich bereits als Post-Doc etabliert haben – etwa das Emmy Noether-Programm. Für Kandidaten, die ihre Habilitation bereits abgeschlossen haben und wissenschaftlich ausgewiesen sind, ist das Heisenberg-Programm empfehlenswert. Weitere Informationen zu Förderinstrumenten sind auf der Internetseite der DFG unter dem Stichpunkt „Förderung auf einen Blick“ zu finden.
- Die zweite Ebene der möglichen Förderung für Nachwuchswissenschaftler stellen die Fakultätsförderungen dar. Mittlerweile verfügt fast jede Fakultät in Deutschland über ein fakultätsinternes Förderungsprogramm. Zentrales Ziel

ist es, junge Wissenschaftler für einen umgrenzten Zeitraum – z. B. für sechs Monate – vom klinischen Alltag freizustellen. Die Antragsvoraussetzungen entsprechen denjenigen der DFG: abgeschlossene Promotion und erste Schritte in der Wissenschaft. Die Fakultätsförderungsprogramme sind dabei etwas weniger kompetitiv als die DFG-Förderprogramme. Auf ihren Internetseiten bieten die Dekanate der jeweiligen Universitäten Informationsmaterialien und teilweise auch Termine für Einzelberatungen an.

- Die dritte Förderebene sind Stiftungen. Es gibt in Deutschland eine Vielzahl von Stiftungen, welche die Erforschung bestimmter Krankheiten fördern. Eine Übersicht über alle Stiftungen bietet der Verband Deutscher Stiftungen. Hier kann es sich lohnen, einen DGPPN-Mentor, der sich in einem bestimmten wissenschaftlichen Umfeld bewegt, zu kontaktieren und ihn nach potenziellen Stiftungsförderungen zu fragen.

Die Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere und medizinischer Ausbildung stellt angehende Fachärzte für

Psychiatrie und Psychotherapie vor große Herausforderungen. Zu den knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen kommt die Problematik der Weiterbildungszeit hinzu. So wird eine rein wissenschaftliche Tätigkeit von den meisten Landesärztekammern nicht an die Weiterbildungszeit angerechnet. Trotzdem sollte der große zeitliche Aufwand für eine Forschungstätigkeit nicht als Zeitverlust verstanden werden. Denn die wissenschaftliche Arbeit eröffnet viele Chancen: Die Kenntnisse und Fähigkeiten, die während eines wissenschaftlichen Projektes gewonnen werden, helfen später auch in der klinischen Tätigkeit. Langfristig ist die Investition von Zeit, eigener Arbeitskraft und in eine wissenschaftliche Tätigkeit nicht nur für die Karriere, sondern insbesondere für die persönliche Weiterentwicklung gewinnbringend.

PD DR. MED. ALKOMIET HASAN

Stellvertretender Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU Klinikum der Universität München

DR. MED. BEREND MALCHOW

Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU Klinikum der Universität München



DGPPN SUMMER SCHOOL

Jetzt Termin vormerken!

02.–03.07.2015 | Lippstadt

Die dritte Summer School der DGPPN führt nach Nordrhein-Westfalen in eine der größten forensischen Kliniken Deutschlands. Direkt vor Ort erhalten Medizinstudierende, Assistenzärzte und junge Fachärzte einen spannenden Einblick in Diagnostik, Therapie und Forschungsstand der forensischen Psychiatrie.

*Mehr Infos auf www.dgppn.de
> Junge Akademie*

ZUR GENESE DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

„WAS IST DAS, WAS IN UNS LÜGT, MORDET, STIEHLT?“

Am Beginn des 19. Jahrhunderts etablierte sich die junge Wissenschaft Psychiatrie innerhalb der Medizin. Von diesem Standort aus operierte sie als medizinische Hilfswissenschaft der Forensik. Wegbereiter waren die Erfahrungsseelenkunde sowie die Naturrechtsbewegung, die im Zuge der Aufklärung einen veränderten Zugang zum Wesen und der Natur menschlicher Handlungen und insbesondere derjenigen suchten, welche die „Grenzen der Vernunft“ überschritten: Menschen mit deviantem Verhalten.

Autoren: Kathleen Haack, Ekkehardt Kumbier

Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts zeichnet sich in der Wissenschaft ein Trend ab, sich verstärkt kriminalanthropologischen Themen zu widmen. Hintergrund ist die im Zuge der Aufklärung sich verfestigende Idee des Rechts auf persönliche Freiheit. Infolgedessen änderte sich der Blick auf die Menschen; er wird zum Blick auf den Menschen als Einzelwesen in seiner jeweiligen Besonderheit. Zwangsläufig konnte die Frage nicht ausbleiben, was Individuen zu bestimmten Taten trieb und insbesondere zu Handlungen, die wider die Vernunft waren. Dahinter stand die von den Aufklärern vertretene Auffassung, man könne die innere Natur des Menschen am besten durch die Kenntnis jener erforschen, welche die Grenzen des „Vernünftigen“ und „Moralischen“ überschritten: Menschen mit deviantem Verhalten.

In der Folge erschien geradezu eine Welle an wissenschaftlichen und literarisch-fiktionalen Schriften, die sich der Lebenswelt, den internen Zwängen und Motiven der Protagonisten sowie den gesellschaftlichen Hintergründen der Tat widmeten. Neben anthropologischen, juristischen und psychologisch-philosophischen Schriften kam es verstärkt zu literarisch-fiktionalen Aktivitäten. Und auch die Medizin rückte von einer rein physischen Betrachtungswei-

se ab, hin zu einer verstärkt spezifisch-individuellen Wahrnehmung des Menschen. Wissenschaft und Kunst verstanden sich um diese Zeit durchaus noch als Korrelationen im Sinne von theore-



1834 fragte Georg Büchner seine Braut in einem Brief: „Was ist das, was in uns lügt, mordet, stiehlt?“

tischen Erkenntnissen gegenüber praktischen Fertigkeiten. Und so suchten neben Literaten insbesondere Philosophen, Anthropologen, Psychologen, Mediziner, Juristen, mithin Wissenschaftler unterschiedlicher Couleur eine Antwort auf die von Georg Büchner 1834

treffend formulierte Frage, „Was ist das, was in uns lügt, mordet, stiehlt?“ [1, S. 288].

Die Veränderung des Blickwinkels von der Tat hin zur inneren Motivation des Täters sowie die damit verbundene Frage nach der Zurechnungsfähigkeit fußte zunächst auf zwei Säulen: zum einen auf der Erfahrungsseelenkunde und zum anderen auf der Naturrechtsbewegung. Beide können somit als wichtige Wegbereiter der forensischen Psychiatrie angesehen werden.

ERFAHRUNGSSEELENKUNDE

Auch die im ausgehenden 18. Jahrhundert noch der Philosophie zugehörige Psychologie legte ihr Augenmerk mehr und mehr auf die Erforschung der Eigenheiten des Einzelnen. Ihre wichtigsten Instrumente waren Beobachtung und Selbstbeobachtung, mithin Erfahrung. Einer derjenigen, der die neuen Ideen nachhaltig umsetzte, war der Schriftsteller und Philosoph Karl Philipp Moritz (1756–1793). Durch die Verknüpfung von Dichtung und Psychologie in seinen Werken gilt er nicht nur als „Erfinder“ des psychologischen Romans, er war auch der Herausgeber einer der ersten psychologischen Zeitschriften in Deutschland, dem zwischen 1783 und 1793 erschienenen „Maga-

zin für Erfahrungsseelenlehre“. Ziel war die Erforschung der individuellen Psyche anhand von Beobachtungen. Dabei knüpfte Moritz an die Experimental-Seelenlehre des Hallenser Arztes Johann Gottlob Krüger (1715–1759) an. Ein solch empirisches Vorgehen stand im Gegensatz zu einer bis dahin eher spekulativ metaphysischen Annäherung an das Leib-Seele-Problem. Den Zweck eines solchen Unterfangens legte Moritz 1782 dar:

„Unter allen übrigen Dingen hat der Mensch sich selber seiner eignen Aufmerksamkeit vielleicht noch am allerwenigsten werth gehalten. Blos weil das dringendste Bedürfniß der Krankheit ihn dazu nöthigte, fing er an, seinen Körper genauer kennen zu lernen. Weil er dieses Bedürfnis bei den Krankheiten der Seele nicht so lebhaft empfand, so vernachlässigte er auch die Kenntnis dieses edelsten Teiles seiner selbst. Tausend Verbrecher sahen wir hinrichten, ohne den moralischen Schaden dieser, von dem Körper der menschlichen Gesellschaft abgesonderten Glieder unserer Untersuchung werth zu halten. Da diese doch ein ebenso wichtiger Gegenstand für den moralischen Arzt und für den nachdenkenden Philosophen, als für den Richter ist, welcher die traurige Operation veranstalten muß“
[2, S. 793].

Ziel der Erfahrungsseelenkunde war es, die Prinzipien menschlicher Verhaltensweisen aufzudecken und somit eine Annäherung an den inneren, geistigen Teil des menschlichen Wesens zu erreichen. Es konnte nicht ausbleiben, dass die empirische Beschäftigung mit der Psyche des Menschen auch und gerade deren Abartigkeiten und Pathologien zu Tage förderte. In dem „Magazin für Erfahrungsseelenlehre“ nahmen die Anomalitäten der inneren Seite eines Menschen einen sehr breiten Raum ein. Insofern diente sie der Rechtswis-

senschaft, Kriminalpsychologie, Medizin und insbesondere der sich konstituierenden Psychiatrie als wichtige Anregung. Als Beispiel sei auf Carl Wilhelm Ideler (1795–1860) verwiesen, einen der ersten klinischen Psychiater, der Krankengeschichten aufgriff und psychogenetisch erörterte [3].



Karl Philipp Moritz gründete 1783 eine der ersten psychologischen Zeitschriften in Deutschland.

NATURRECHTSBEWEGUNG

Einen besonders wichtigen Einfluss auf den Umgang mit psychisch kranken Straftätern hatte die Naturrechtsbewegung. Das Naturrecht geht davon aus, dass das Recht in der Natur des Menschen begründet und mittels Vernunft erfahrbar ist. Die seit dem 17. Jahrhundert einsetzende Abkehr von der Vorherrschaft des römischen Rechts war geradezu revolutionär. Die Folge war eine Humanisierung des Strafrechts, bei welcher der Gedanke der Verhältnismäßigkeit zwischen Verbrechen und Strafe eine besondere Bedeutung erlangte. Der wirkungsträchtigste Naturrechtler war Samuel Pufendorf (1632–1694). Mit seiner Imputationslehre (Imputatio = Zurechnung) hatte er maßgeblichen Einfluss auf die deutsche und europäische Rechtsphilosophie des 18. und 19. Jahrhunderts. In dieser wurden erstmals in größerem Umfang We-

sen und Natur menschlicher Handlungen untersucht, zum einen auf das Verhältnis der Handlungen zum Willen und Intellekt, zum anderen auf ihre Beziehungen zum Sittengesetz. Der Blick der Sachverständigen verlagerte sich von der Tat zum Täter und damit zu der Frage, ob sie diesem überhaupt zurechenbar ist. Der Wille, insbesondere die Freiheit des Willens rückte in den Mittelpunkt der Diskussion.

Das Prinzip der Willensfreiheit, häufig synonym als Handlungsfreiheit verwendet, avancierte zum entscheidenden Kriterium der Zurechnungsfähigkeit. 1794 wurde der Begriff der Handlungsfreiheit in das Preußische Landrecht aufgenommen. Sie implizierte, dass der Mensch und sein Handeln frei seien, sofern er willensfähig ist. Damit wurden die Handlungs- bzw. Willensfreiheit zu einem neuen Kriterium der Zurechnungsfähigkeit. Es ging um die Frage, inwieweit menschliche Willensentscheidungen frei oder vorherbestimmt sind und welche Faktoren eine mögliche Wahlfreiheit einschränkten oder gar verhinderten. Der Fokus lag nun nicht mehr auf der strafbaren Handlung an sich, d. h. die Perspektive verlagerte sich von der Tat zum Täter und somit auf die psychologische Motivation für die begangene Straftat. Es kam zur Berücksichtigung der individuellen psychischen Verfassung des Täters. Zwangsläufig stellte sich die Frage nach den subjektiven Beweggründen einer strafbaren Handlung, die, außerhalb der moralischen Vernunft, möglicherweise eine pathologisch verursachte Unzurechnungsfähigkeit nahelegte. Dementsprechend musste man auch die Psyche des Delinquenten, seine möglicherweise krankhaft gesteigerte Affektivität in die Überlegungen einbeziehen. In der Folge kam es zu einer zunehmenden Vernetzung von Jurisprudenz und Medizin.

DIE FRAGE DER SCHULDFÄHIGKEIT

Die Herausbildung und Etablierung der Psychiatrie während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts verlief parallel zur Konstituierung des bürgerlichen Schuldstrafrechts. Ein Ineinandergreifen beider Entwicklungen, die, wenn auch in unterschiedlichem Maß, Kon-

zepte zum Umgang mit deviantem Verhalten entwickelten, war beinahe folgerichtig. Germann stellt zu Recht fest, dass „nicht zufällig [...] Kriminalität und Geisteskrankheit gleichermaßen [...] die Grenzen der Norm des selbst verantwortlichen und selbst beherrschten Bürgersubjekts markierten“ [4, S. 15]. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass psy-

chisch determinierte Kriminalität aus der strafrechtlichen Beurteilung herausgelöst und einer anderen, der psychiatrisch-institutionellen Ordnung unterworfen wurde [5, S. 307]. Deviantes Verhalten wurde medikalisiert. Die Psychiatrie erhielt Zutritt zum juristischen Praxisfeld und wurde somit selbst forensische, sprich gerichtliche Disziplin, die, gekoppelt an ihr medizinisches Fundament, eine eigene Entwicklung nahm, eigenständige Konturen annahm und sich als medizinisch-forensische Subdisziplin während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts etablieren konnte. Als solche sekundierte sie Justiz und Staat, um Schaden von der Allgemeinheit, dem einfachen Grundsatz des Gesellschaftsvertrages, abzuhalten [vgl. 6]. Ihr kam dabei eine besondere Aufgabe zu: das Herausfiltern derjenigen, die sich dem, durch die Vernunft fundierten Gemeinwillen nicht freiwillig unterordnen konnten, diejenigen also, die krankheitsbedingt unvernünftig, krankheitsbedingt unfrei waren. Zugute kam der Psychiatrie dabei der Umstand, dass sie sich als medizinische Disziplin verstand und die, wenn auch fast ausschließlich somatisch orientierte Gerichtsmedizin (auch die Chirurgie und Hebammenkunde) schon seit Langem eine wichtige Säule im forensischen Prozess war.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts konnte sie sich sowohl durch die Erfahrungen der Psychiater bei der forensischen Begutachtung als auch im Umgang mit psychisch kranken Rechtsbrechern in den Anstalten von der Gerichtsmedizin emanzipieren. Es kristallisierte sich immer mehr heraus, dass die Psychiatrie zum festen Bestandteil einer ehemals fast ausschließlich justiziellen Domäne geworden war. Den Bedingungsrahmen hierfür bildete ein administrativ organisierter Justizapparat, deren Vertreter bereit waren, bei der Klärung der Zurechnungsfähigkeit auf medizinische und zunehmend psychiatrische Fachkompetenz zurückzugreifen.



Der Fall des Maximilian Joseph Sefeloge sorgte 1850 für große Aufregung.

DER FALL SEFELOGE

Am 22. Mai 1850 verübte der ehemalige Unteroffizier Maximilian Joseph Sefeloge (1821–1859) ein Attentat auf den preußischen König Friedrich Wilhelm IV. Natürlich erregte eine solche „unerhörte Tat“ großes Aufsehen. Doch schon bald kristallisierte sich heraus, dass der Anschlag nicht politisch motiviert war. Es gab Zweifel an Sefeloges Zurechnungsfähigkeit; zwei medizinische Sachverständige, der Professor für Staatsarzneikunde an der Berliner Universität, Johann Ludwig Caper (1796–1864) sowie der Psychiater und Leiter der „Provinzial-Irren-Heilanstalt“ Leubus, Moritz Gustav Martini (1794–1875) wurden hinzugezogen. Beide Gutachter attestierten, dass Sefeloge geisteskrank sei und damit die Tat ihm nicht

zuzurechnen war. Ein Obergutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen unter Leitung des Psychiaters Carl Wilhelm Ideler (1795–1860) kam zu demselben Ergebnis. Im Februar 1851 wurde Sefeloge schließlich der „Provinzial-Irrenanstalt“ Nienleben übergeben, wo er von dem berühmten Psychiater Heinrich Damerow (1798–1866) weiterhin beobachtet wurde. Das Hinzuziehen von einem Gerichtsarzt und drei Psychiatern dürfte in der Rechtsprechung bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts wohl einmalig gewesen sein. So weitete sich der politische Fall Sefeloge zu einer Krankengeschichte aus, die zeitgenössische psychiatrische und juristische Konzepte miteinander verknüpfte [7].

DIE PSYCHIATRIE ALS FORENSISCHE SUBDISZIPLIN

Nicht zuletzt war es die Psychiatrie selbst, die sich ihren Weg als Subdisziplin im forensischen Begutachtungsprozess bahnte [vgl. 7]. In der Medizin gab es lange vor der Herausbildung der modernen Psychiatrie Bestrebungen, abweichendes Verhalten zu erklären. Erinert sei an Johan Wiers (ca. 1515–1588) Werk „De praestigiis daemonum“, in dem er sich gegen Hexenverfolgungen aussprach und zu bedenken gab, dass es sich um kranke, der Melancholie verfallene Frauen handele, die nicht des Scheiterhaufens, sondern medizinischer Behandlung bedurften. Auch Felix Platter (1556–1617) und Paolo Zacchia (1584–1659), beide gelten als Väter der Gerichtsmedizin, setzten sich mit forensisch-psychiatrischen Fragen auseinander. In diesem Zusammenhang darf der Hinweis auf die Vorläufer der im 19. Jahrhundert für die forensisch-psychiatrische Praxis so wichtigen Begriffe der „manie sans délire“ und Monomanie nicht fehlen. Bereits Daniel Senner (1572–1637) hatte in seinem 1620 erschienen Werk „De mania“ auf eine Form der Melancholie hingewiesen, die durch die Konzentration des Geistes auf eine einzige Idee gekennzeichnet war. Später hatten Michael Etmüller (1673–1732), Georg Wolfgang Wedel (1645–1721) und Johann Gottfried Brendel (1712–1758) die Existenz einer „Melancholie ohne Irrreden“ (melancholia sine delirio) beobachtet und beschrieben. Diese war jedoch kaum beachtet und in Vergessenheit geraten [8]. Erst die von Philipp Pinel (1745–1826) beschriebene „manie sans délire“ und in noch stärkerem Maß das von seinem Schüler Jean Étienne Dominique Esquirol (1772–1840) geprägte Krankheitsbild der Monomanie waren von enormer strafrechtlicher Bedeutung. Und auch die von Ernst Platner (1744–1818) bereits 1797 geschilderte amentia occulta (versteckter Wahnsinn) spielte in den Strafrechtsprozessen der Zeit eine

wichtige Rolle [9]. Damit rückten seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert die sogenannten zweifelhaften Gemütszustände, die zwar organisch-pathologisch nicht nachweisbar waren, aber dennoch als Folge einer krankhaften Ursache erschienen, in den Fokus der Aufmerksamkeit. Dies führte zur Erweiterung des psychiatrischen Krankheitsbegriffs. Der Terminus des Wahnsinns wurde aus einer einseitig intellektuellen Verengung auf den Verstand „befreit“ und um die Gefühle und vor allem den Willen erweitert. Nicht nur juristisch, sondern auch medizinisch wurde an die Willenssemantik angeknüpft. Gerade die Erfahrungen mit psychisch Kranken legten nahe, dass der Wille eben nicht immer dem Verstand unter-



Kupferstich (1691) von Samuel von Pufendorf, einem der wirkungsträchtigen Naturrechtler.

liege und förderten die Einsicht in die Disjunktion menschlicher (Seelen)Vermögen. Obwohl dies der leib-seelischen Einheit des Menschen zu widersprechen schien, setzte sich zunehmend die Idee durch, kognitive, affektive und volitionale Funktionen (Seelen-Vermögen) könnten unabhängig voneinander an der Entstehung von Geisteskrankheiten beteiligt sein. Nun wurde es möglich,

Erklärungsmuster für „Gemütszustände“ zu postulieren, die ohne offenkundige Beeinträchtigung unmotiviertes delinquentes Verhalten nach sich zogen. Das Argument, dass solch isolierte Störungen von medizinischen Laien kaum erkannt werden könnten, unterstrich zugleich die Bedeutung der Psychiater bei der Begutachtung von psychisch krank erscheinenden Straftätern.

DR. KATHLEEN HAACK

Arbeitsgruppe Philosophie und Geschichte der Psychiatrie

*Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Nervenheilkunde, Universitätsmedizin Rostock
kathleen.haack@uni-rostock.de*

PD DR. MED. HABIL.

EKKEHARDT KUMBIER

Leiter der Arbeitsgruppe Philosophie und Geschichte der Psychiatrie

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Nervenheilkunde, Universitätsmedizin Rostock

LITERATUR

- Görtz FJ (1988, Hrsg.) Georg Büchner – Werke und Briefe. Diogenes, Zürich
- Hollmer H, Meier A (1999, Hrsg.) Karl Philipp Moritz – Dichtungen und Schriften zur Erfahrungsseelenlehre. Deutscher Klassiker Verlag, Frankfurt
- Ideler CW (1841) Biographien Geisteskranker in ihrer psychologischen Entwicklung dargestellt. Schröder, Berlin
- Germann U (2000) Psychiatrie und Strafrecht im Kanton Bern 1890–1910. Umfeld, Entwicklung und Praxis der Gerichtspsychiatrie. Berner Zeitschrift für Geschichte und Heimatkunde 62:41–84
- Kaufmann D (1995) Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Derrida J (2006) Gesetzeskraft: Der „mystische Grund der Autorität“. Suhrkamp, Frankfurt
- Haack K (2011) Der Fall Sefeloge. Zur Geschichte, Entstehung und Etablierung der forensischen Psychiatrie. Königshausen & Neumann, Würzburg
- Haack K, Kumbier E, Hertz SC (2010) Illnesses of the will in „pre-psychiatric“ times. Hist Psychiatr 21: 261–277
- Haack K, Steinberg H, Hertz SC, Kumbier E (2008) „Vom versteckten Wahnsinn“ – Ernst Platners Schrift „De amentia occulta“ im Spannungsfeld von Medizin und Jurisprudenz im frühen 19. Jahrhundert. Psychiatr Prax 35: 84–90

ETHIK IN DER PRAXIS

KLINISCHE ETHIKBERATUNG – EIN MODELL FÜR DIE PSYCHIATRIE?

Strukturen der klinischen Ethikberatung haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten an vielen deutschen Krankenhäusern etabliert. In der Psychiatrie hat diese Entwicklung hingegen bislang kaum stattgefunden. Dabei sprechen konzeptuelle Überlegungen sowie erste Erfahrungsberichte aus der Praxis dafür, dass die klinische Ethikberatung auch an psychiatrischen Krankenhäusern helfen kann, die Behandlung von Patienten unter ethischen Gesichtspunkten zu verbessern.

Autoren: Jakov Gather, Jochen Vollmann

Bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen sind Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses regelmäßig mit ethischen Fragen konfrontiert: die Ärztin, die sich unsicher ist, ob eine vor Jahren verfasste Patientenverfügung eines mittlerweile schwergradig dementen Patienten in der aktuellen Behandlungssituation anwendbar ist; die Pflegekraft, die sich während der 1:1-Betreuung eines zum wiederholten Male fixierten Patienten fragt, ob nicht weniger invasive Mittel zum Schutz des Patienten eingesetzt werden könnten; oder der Sozialarbeiter, der nach einem Hausbesuch im Winter Bedenken hat, dem Wunsch eines Patienten nach Entlassung in eine Wohnung nachzukommen, deren Fenster sich nicht richtig schließen lassen und deren Heizung ausgefallen ist.

Zur Unterstützung von Mitarbeitern eines Krankenhauses in ethisch schwierigen Entscheidungssituationen haben sich in den letzten Jahrzehnten in Deutschland vielerorts Strukturen der klinischen Ethikberatung entwickelt. Begonnen hat diese Entwicklung in den 90er-Jahren mit der Einrichtung von sogenannten Klinischen Ethikkomitees an Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft. Strukturen der klinischen Ethikberatung legen ihren Fokus auf die klinische Patientenversorgung und dürfen nicht mit den seit den 70er-Jahren gesetzlich verankerten und an den Landesärztekammern und Medizinischen Fakultäten angesiedelten Ethikkommissionen verwechselt werden, deren Hauptaufgabe darin besteht, ethische Voten zu medizinischen Forschungsvorhaben abzugeben [1].

IMPLEMENTIERUNG VON KLINISCHER ETHIKBERATUNG

Die Initiative zur Gründung eines Klinischen Ethikkomitees geht entweder von einzelnen engagierten Mitarbeitern aus (Gründung „von unten“, sogenanntes „bottom-up-Modell“) oder von der Krankenhausleitung bzw. vom Krankenhaussträ-



Ist eine vor Jahren verfasste Patientenverfügung einer mittlerweile schwergradig dementen Patientin in der aktuellen Behandlungssituation anwendbar?

ger (Gründung „von oben“, sogenanntes „top-down-Modell“). Letztere sind nicht selten extrinsisch motiviert im Rahmen von Zertifizierungsprozessen. Fest steht, dass so wie eine Gründung „von unten“ in jedem Fall auf die Unterstützung durch die Krankenhausleitung angewiesen ist, eine Gründung „von oben“ nur gelingen kann, wenn sie aus inhaltlicher Überzeugung geschieht und motivierte Mitarbeiter vorhanden sind, die den Prozess der Implementierung vorantreiben [2]. Häufig geht der Gründung eines Klinischen Ethikkomitees die Arbeit in eher offenen Formen von klinischer Ethikberatung (z. B. in ethischen Arbeitskreisen) voraus [3].

Für die genaue Struktur und Arbeitsweise eines Klinischen Ethikkomitees gibt es kein allgemeingültiges Modell, vielmehr werden sich Zusammensetzung und Organisation eines Klinischen Ethikkomitees immer an den spezifischen Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses orientieren. In jedem Fall sollten in Klinischen Ethikkomitees Mitarbeiter der verschie-

denen Berufsgruppen und Leitungsebenen eines Krankenhauses vertreten sein. Daneben kann es sinnvoll sein, externe Mitglieder in ein Klinisches Ethikkomitee zu berufen (z. B. Ethiker, Theologen, Juristen, Patientenvertreter), wobei die Mitgliederzahl in der Regel bei 7-20 Personen liegen sollte [1]. Es empfiehlt sich außerdem, die in die Ethikberatung involvierten Mitarbeiter hierfür weiterzubilden, damit sie in der Lage sind, in ihren jeweiligen Krankenhäusern ethisch schwierige Situationen zu analysieren und eine fundierte ethische Beurteilung durchzuführen [4]. Entsprechende Weiterbildungsangebote werden von den Teilnehmern in der Regel als hilfreich erlebt und können sich nachhaltig positiv auf die Implementierung von klinischer Ethikberatung auswirken [5].

In einer aktuellen deutschlandweiten empirischen Untersuchung haben von 1858 angeschriebenen Krankenhäusern 435 Krankenhäuser mitgeteilt, dass sie eine Form der Ethikberatung aufbauen bzw. bereits implementiert haben (entspricht 23 % aller Krankenhäuser). Die mit über 85 % mit Abstand am häufigsten implementierte Struktur war dabei ein Klinisches Ethikkomitee [6].

AUFGABEN KLINISCHER ETHIKBERATUNG

Die Aufgaben klinischer Ethikberatung sind vielfältig und umfassen u. a. die folgenden Bereiche [2, 7]:

1. Fort- und Weiterbildungsangebote zu ethischen Themen, die sich sowohl an Krankenhausmitarbeiter als auch an Außenstehende richten können und von einzelnen Vorträgen zu ethisch relevanten Themenkomplexen über einzelne Workshops bis hin zu „Ethik-Tagen“ oder ethischen Ringvorlesungen reichen können. Sie dienen der Vermittlung ethischen Wissens und tragen zur Sensibilisierung für ethische Probleme bei.

2. Entwicklung krankenhauser ethischer „Leitlinien“, die für wiederkehrende ethische Konfliktsituationen (z. B. Entscheidung zum Reanimationsverzicht, Umgang mit Patientenverfügungen) eine strukturierte Entscheidungshilfe bieten können.

3. Ethische Fallberatung, deren Ziel es ist, Behandlungsteams bei der ethischen Entscheidungsfindung im konkreten Einzelfall zu beraten. Die Anfrage für eine ethische Fallberatung kann in der Regel von jedem Mitarbeiter, dem Patienten selbst oder Angehörigen gestellt werden. Vertreter des Klinischen Ethikkomitees führen daraufhin mit allen Betroffenen ein gemeinsames Gespräch, in dem der jeweilige Fall ethisch analysiert und die verschiedenen Positionen strukturiert diskutiert werden. Die Inhalte des Beratungsgesprächs und das Beratungsergebnis werden dokumentiert und häufig durch eine abschließende ethische Beurteilung ergänzt [3].

VERBESSERUNG DER BEHANDLUNGSQUALITÄT

Während Strukturen der klinischen Ethikberatung in vielen somatischen Krankenhäusern mittlerweile integraler Bestandteil der Patientenversorgung sind und zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlung beitragen, ist über ihre Verbreitung an psychiatrischen Kliniken bislang wenig bekannt [8]. Zwar gibt es in psychiatrischen Krankenhäusern in der Regel eine Vielzahl an fest etablierten berufsgruppenübergreifenden Kommunikationsstrukturen (z. B. interdisziplinäre Team-Besprechungen, Team-Supervisionen), jedoch zumeist kein Forum, in dem explizit genuin ethische Fragestellungen methodisch strukturiert erörtert werden. Angesichts des Umstands, dass die in der Psychiatrie tätigen Personen in ihrer täglichen Arbeit regelmäßig mit ethischen Problemen konfrontiert sind, ist hier ein Mangel an ethischer Unterstützung zu konstatieren.

Abschließend soll daher beispielhaft und entlang der genannten Aufgaben der klinischen Ethikberatung überlegt werden, auf welche Weise Strukturen der klinischen Ethikberatung zur Verbesserung der Behandlung von psychisch kranken Patienten beitragen könnten.

1. Fort- und Weiterbildungsangebote könnten dabei helfen, Mitarbeiter für ethische Konfliktfelder, die in der Psychiatrie besonders relevant sind, zu sensibilisieren. Ethische Probleme ergeben sich in der Psychiatrie häufig im Spannungsfeld zwischen Patientenselbstbestimmung und ärztlich-therapeutischer Fürsorgeverpflichtung, z. B. immer dann, wenn die Frage nach einer möglichen Zwangsmaßnahme oder -behandlung im Raum steht. Die zu berücksichtigenden ethischen und rechtlichen Aspekte von Maßnahmen gegen den Patientenwillen sind äußerst vielschichtig und nicht zuletzt in den letzten Jahren Gegenstand intensiver Diskussionen und Veränderungen gewesen [9]. Klinisch-ethische Fort- und Weiterbildungsangebote könnten durch Workshops, in denen paradigmatische klinische Fälle ethisch und rechtlich erörtert werden, zur Schulung in diesem für die betroffenen Patienten und involvierten Mitarbeiter äußerst wichtigen Problemfeld beitragen.

2. Mögliche Themen für die Entwicklung von krankenhauser ethischen „Leitlinien“ finden sich in der Psychiatrie in vielen Bereichen, z. B. bei der klinischen Umsetzung von Patientenverfügungen, bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen oder bei der Entscheidung zur künstlichen Ernährung von fortgeschritten demenzkranken Patienten. Darüber hinaus können sich Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees an der Entwicklung von klinikspezifischen Behandlungsvereinbarungen beteiligen oder die Mitarbeiter der jeweiligen Klinik bei ethisch sensiblen Veränderungsprozessen (z. B. der Öffnung von vormals geschlossenen Stationstüren) beraten und begleiten [8].

3. Auch in der Psychiatrie können ethische Fallberatungen dabei helfen, in als schwierig empfundenen Konfliktsituationen zu einer ethisch begründeten Entscheidung zu gelangen. Durch eine Kultur der offenen Erörterung von divergierenden Werthaltungen und eine begründete und transparente Entscheidungsfindung am Ende eines gemeinsamen Diskussionsprozesses können sie dazu beitragen, das Vertrauen von Patienten in die Behandlung zu stärken und für alle Beteiligten belastende ethische Konfliktsituationen zu lösen bzw. eine weitere Eskalation zu vermeiden. Ein innovatives Beispiel stellt die Arbeit des Ethikberatungsdienstes am Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld dar, der zwischen 2006 und 2012 insgesamt 21 ethische Fallbesprechungen bei psychiatrischen Patienten durchgeführt hat. In retrospektiven Befragungen schätzten die Mitarbeiter der psychiatrischen Stationen die ethischen Fallbesprechungen als Angebot ein, das die Selbstbestimmung der Patienten fördert und die therapeutische Beziehung zwischen Behandlern und Patienten stärkt [10]. Die ethische Fallberatung sollte im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie weiter entwickelt und beforscht werden, insbesondere in den ethisch brisanten Bereichen der Zwangsmaßnahmen und -behandlungen [9].



Die klinische Ethikberatung kann einen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung von Patienten leisten.

FÖRDERUNG AUF UNTERSCHIEDLICHEN EBENEN

Strukturen der klinischen Ethikberatung haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten in Deutschland an vielen Krankenhäusern etabliert und tragen – bislang überwiegend in den somatischen Disziplinen – zu einer normativ reflektierten und begründeten Entscheidungsfindung in ethisch schwierigen klinischen Behandlungssituationen bei. Konzeptuelle Überlegungen sprechen ebenso wie erste Erfahrungsberichte aus der Praxis dafür, dass Strukturen und Angebote der klinischen Ethikberatung auch in psychiatrischen Kliniken auf vielfältige Weise einen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung von psychisch kranken Menschen und zur Ausbildung ei-

ner ethisch sensiblen Behandlungskultur leisten können. Initiativen zur Implementierung von klinischer Ethikberatung in der Psychiatrie sollten daher auf den unterschiedlichen Ebenen gefördert und von wissenschaftlicher Forschung begleitet werden, um die Qualität der klinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ethischer Hinsicht zu verbessern.

DR. MED. JAKOV GATHER, M.A.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Assistenzarzt an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum

PROF. DR. MED. DR. PHIL. JOCHEN VOLLMANN

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

LITERATUR

1. Vollmann J (2008) Klinik: Aufgaben und Kriterien für Klinische Ethikkomitees. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 8: 865 – 871
2. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2006) Ethikberatung in der klinischen Medizin. *Dtsch Arztebl* 103 (24): A1703 – 1707
3. Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J (Hrsg.) (2010) *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. Kohlhammer, Stuttgart
4. Simon A, May AT, Neitzke G (2005) Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. *Ethik Med* 17: 322 – 326
5. Dörries A, Simon A, Vollmann J, Neitzke G (2014) The impact of an ethics training programme on the success of clinical ethics services. *Clinical Ethics* 9 (1): 36 – 44
6. Schochow M, May AT, Schnell D, Steger F (2014) Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? *Dtsch Med Wochenschr* 139: 2178–2183
7. Akademie für Ethik in der Medizin (2010) Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Med* 22: 149 – 153
8. Reiter-Theil S, Schürmann J, Schmeck K (2014) Klinische Ethik in der Psychiatrie: State of the Art. *Psychiatr Prax* 41: 355–363
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85: 1419–1431
10. Kobert K, Löbbing T. *Klinische Ethik. Jahresbericht 2012*. http://evkb.de/ueber-das-evkb/fakten-leitlinien/klinische-ethik/klinische-ethik-im-evkb/jahresberichte.html#nav_font. Zugegriffen: 12. Januar 2015

Weitere Informationen zur klinischen Ethikberatung finden sich auf: www.ethikkomitee.de. Zugegriffen: 12. Januar 2015

GEMEINSAM VERNETZT FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Die DGPPN setzt sich für die psychische Gesundheit ein – mit über 7800 Mitgliedern ist sie Deutschlands größte wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten.

ECHTE VORTEILE FÜR MITGLIEDER

Ein Blick auf die Dienstleistungen und Tätigkeiten zeigt, dass sich die Mitgliedschaft in der DGPPN lohnt:

- Regelmäßige Fachinformationen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Günstigere Teilnahmegebühr für Workshops und Facharztrepertorien
- Kostenlose Abonnements von *Der Nervenarzt* und *Psyche im Fokus*
- Kostengünstige Abonnements von weiteren Fachzeitschriften
- Interessenvertretung gegenüber Gesundheits- und Wissenschaftspolitik
- Ermäßigte Teilnahmegebühr für den DGPPN Kongress

NEU: E-LEARNING KURSPROGRAMM

Als Mitglied der DGPPN profitieren Sie ab sofort von einer kostenlosen und CME-zertifizierten Fortbildungsmöglichkeit. Nutzen Sie die Möglichkeit, sich zeitlich flexibel und kostenfrei über aktuelle Fachentwicklungen zu informieren und sich fortzubilden.

Interessiert?

Dann vernetzen Sie sich noch heute mit Ihren Kolleginnen und Kollegen und beantragen Sie Ihre Mitgliedschaft.

www.dgppn.de
mitgliederservice@dgppn.de
030.2404 772-20

DGPPN KONGRESS 2015

25.–28.11.2015 | CITYCUBE BERLIN

Melden Sie sich jetzt für den DGPPN Kongress 2015 an
und profitieren Sie vom Frühbucherrabatt.

www.dgppn.de



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

