

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Politik

Es wird gewählt → **S. 20**

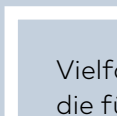
Leitlinien

Es wird digital → **S. 40**

Generation PSY

Es wird bunt → **S. 42**

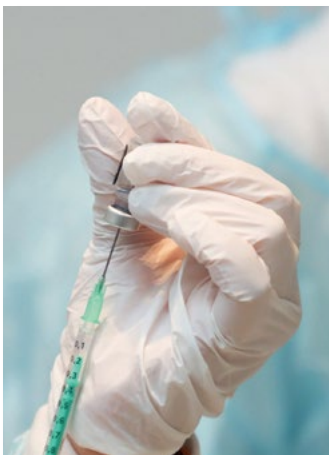




Vielfach finden sich im Text männliche personenbezogene Hauptwörter, die für alle Geschlechter gelten sollen (z. B. Patienten). Dies dient der besseren Lesbarkeit und wir bitten freundlich darum, hieran keinen Anstoß zu nehmen. Wir arbeiten derzeit an einer besseren Lösung.

INHALT

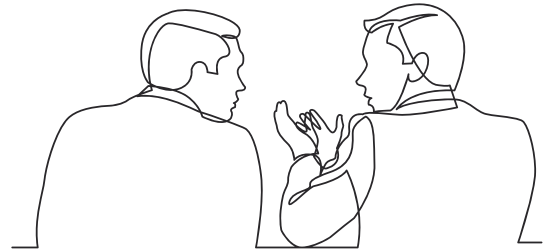
- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** INSIDE DGPPN
Drei neue Vorstandsmitglieder
- 13** BIBLIOTHEK
Lesestoff
- 14** GESELLSCHAFT
DGPPN-Medienpreis 2020
- 18** GESELLSCHAFT
Erste Hilfe für die Seele
- 20** BUNDESTAGSWAHL
Was jetzt nötig ist
- 24** UNTER VIER AUGEN
Thomas Pollmächer und
Klaus Reinhardt im Gespräch



Die Pandemie bleibt
weiter Thema.
→ **S. 4**



Der DGPPN Kongress findet
Ende November als hybride
Veranstaltung in Berlin statt.
→ **S. 30**



Das Vier-Augen-Gespräch hat per Videotelefonie
stattgefunden.
→ **S. 24**

- 30** DGPPN KONGRESS 2021
Analog trifft digital
- 34** WISSENSCHAFT
Neue Sucht-Leitlinien
- 38** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse
- 40** WISSENSCHAFT
Leitlinien digital
- 42** NACHWUCHS
Frühling der Gefühle
- 44** STANDPUNKT
Psychotherapie als Grundpfeiler der Psychiatrie
- 48** IMPRESSUM

Liebe Leserinnen und Leser,



20 Gesetze in 20 Monaten, so lautete die Halbzeitbilanz unseres Bundesgesundheitsministers und in diesem Tempo ging es weiter. Datenschutz, Digitalisierung, ärztliche Suizidbeihilfe, Impfen: Etliche neue Gesetze und Gesetzesvorhaben betreffen unmittelbar die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung.

Corona zeigt: Es kommt auf eine vorausschauende Gesundheitspolitik an, die dauerhaft körperliche und seelische Gesundheit fördert. Nicht nur in Krisenzeiten müssen alle Menschen erreicht werden, die Hilfe benötigen, auch jene, die aus sich heraus nicht in der Lage sind, Angebote in Anspruch zu nehmen. Psychische Gesundheit braucht politische Priorität und zwar gerade jetzt – das ist unsere Forderung fürs Superwahljahr. Was andere sich von der kommenden Regierung versprechen, lesen Sie ebenfalls im Wahl-Special ab Seite 20.


Über politischen Reformstau, die Rolle der Ärzteschaft und die Zukunft der Psychiatrie habe ich mich mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, unterhalten. Als Hausarzt, ausgebildet in der Psychiatrie, ist er nah dran an unserem Fach, und wenn er Wissenschaft und Rationalität als ihre wichtigsten Grundpfeiler bezeichnet, so kann ich das nur unterstreichen.

Von entscheidender Bedeutung für unser ärztliches Handeln sind außerdem die medizinethischen Prinzipien: Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit. Als Präsident der DGPPN möchte ich daran anknüpfen und den Themen Selbstbestimmung, Partizipation, assistierte Entscheidungsfindung sowie Vermeidung von Zwang einen besonderen Stellenwert einräumen. Daneben liegt mir aber auch die Zukunft unseres Fachs am Herzen sowie der große Themenkomplex der digitalen Transformation, dem wir in diesem Jahr unseren „digilogen“ DGPPN Kongress widmen. Mit dem neu formierten Vorstand heißt es deshalb: volle Kraft voraus für neue Themen!

Ihr Thomas Pollmächer – für den Vorstand der DGPPN

A handwritten signature in blue ink that reads "Thomas Pollmächer". The signature is written in a cursive, flowing style.

Präsident

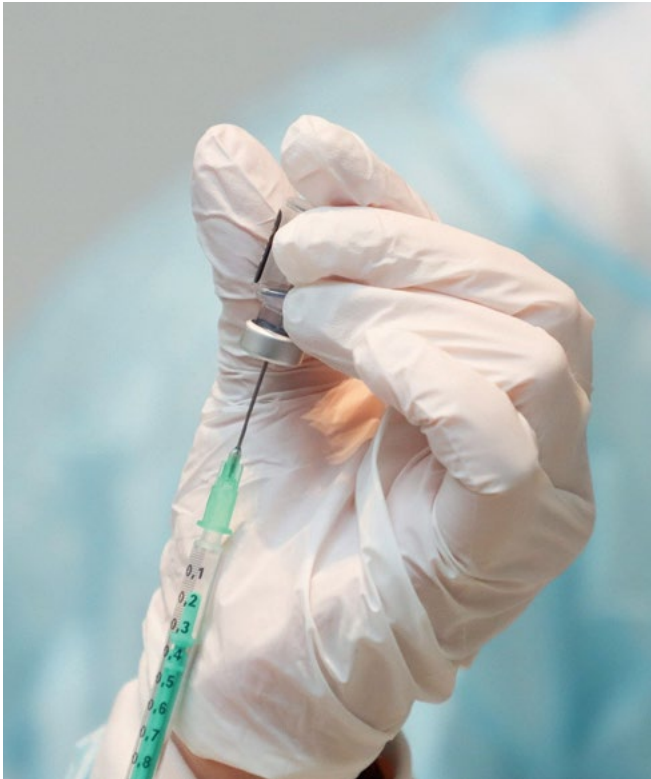


„Wenn ich nicht Hausarzt
geworden wäre, wäre ich
mit sehr großer Wahr-
scheinlichkeit Psychiater
geworden.“

Klaus Reinhardt*

* Der Präsident der Bundesärztekammer im Interview ab Seite 24

Informieren, motivieren, impfen



In Hinblick auf die Vergabe des COVID-19-Impfstoffs haben Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als Risikogruppe Vorrang. Sie infizieren sich häufiger und sind öfter von schweren Verläufen betroffen. Die DGPPN hat sich bei der Ständigen Impfkommission (STIKO) und dem Gesundheitsministerium (BMG) erfolgreich dafür eingesetzt, dass sie ihren Anspruch auf die Impfung geltend machen können. Nun geht es für die Betroffenen um ausreichend Information und den sicheren Zugang zur Impfung.

Schon Ende 2020 begannen in Deutschland die Impfungen gegen COVID-19. Alle Menschen, die eine Impfung wünschen, sollen diese auch erhalten. Doch nicht von Anfang an stand ausreichend Impfstoff für alle zur Verfügung. Auf Anfrage des BMG entwickelten STIKO, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Deutscher Ethikrat ein gemeinsames Positionspapier, das unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer und rechtlicher Aspekte

eine Einschätzung zur Festlegung der Priorisierung abgab. Es schlug vor, Personengruppen zu priorisieren, die „aufgrund ihres Alters oder vorbelasteten Gesundheitszustands ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben“. Auf Basis der internationalen Evidenzlage brachte die STIKO daraufhin eine entsprechende Impfpflicht heraus und definierte die entsprechenden Risiko- und Prioritätsgruppen.

Neben Menschen mit bestimmten somatischen Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, bipolare Störung oder schwere Depression einen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oftmals schwereren COVID-19-Verlauf. Zudem infizieren sie sich häufiger mit dem Virus. Dieses Risiko erhöht sich in Kombination mit anderen Faktoren, darunter Übergewicht, niedriger sozio-ökonomischer Status oder somatische Komorbiditäten. Sie gelten als Risikofaktoren für COVID-19-Infektionen und betreffen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ebenfalls öfter. Stigmatisierung, Diskriminierung und Unwissen tragen außerdem dazu bei, dass somatische Erkrankungen bei ihnen oft unerkannt bleiben und erst spät behandelt werden. Auch fällt es Betroffenen nicht selten schwerer, die komplexen Kontaktbeschränkungen zu befolgen bzw. umzusetzen. Diese Erkenntnisse sind insbesondere vor dem Hintergrund, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auch ohne Corona eine um zehn Jahre verminderte Lebenserwartung haben, besorgniserregend.

Mit einem *Policy Brief* konnte die DGPPN die STIKO Ende 2020 davon überzeugen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgrund ihres erhöhten Hospitalisierungs- und Mortalitätsrisikos bei COVID-19 in die finale Impfpflicht aufzunehmen. In der ersten Version der Coronavirus-Impfverordnung des BMG fand diese Personengruppe zwar noch keine Berücksichtigung, aber letztendlich wurden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der zweiten Prioritätsgruppe berücksichtigt. Die Argumente, mit denen sich die DGPPN an den Bundesgesundheitsminister gewandt und sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Vergabe des Impfstoffs stark gemacht hatte, konnten überzeugen.

Aus Sicht der DGPPN müssen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aber nicht nur Anspruch auf eine frühe Impfung erhalten. Sie sind auch auf adäquate Aufklärung und Information angewiesen, denn sie nehmen grundsätzlich Vorsorge-, Diagnostik- und Behandlungsangebote für somatische Erkrankungen seltener in Anspruch als nicht psychisch Erkrankte. Es liegt also nahe, dass sich für diese Personengruppe auch Barrieren bei der Inanspruchnahme der COVID-19-Schutzimpfung aufbauen. Sie zu beseitigen und dafür Unterstützung anzubieten, sollte Ziel einer umfassenden Impfstrategie sein.

Politik, Fach- und Selbsthilfeverbände sind deshalb aufgerufen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als wichtige Zielgruppe für Information und Aufklärung über COVID-19, Schutzmaßnahmen und die Möglichkeit der Impfung zu erkennen und anzusprechen. Patienten sollten in psychiatrischen Kliniken über die Risiken informiert und zu einer Impfung motiviert werden. Außerdem sollten Schutzimpfungen direkt vor Ort angeboten werden können, um die Impfbereitschaft der Betroffenen zu erhöhen. Wieder zu Hause ist es deutlich schwieriger, diese Gruppe zu erreichen.

Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung zeitweise oder dauerhaft nicht selbstbestimmungsfähig sind, stellen eine besondere Gruppe dar. Sie sollten eine Impfung im Rahmen der üblichen rechtlichen Vorgaben erhalten können. Maßgeblich ist der mutmaßliche oder vorausverfügte Wille des Patienten. Stellen Betreuer oder Bevollmächtigte fest, dass eine Impfung diesem nicht entgegensteht und auch der Betroffene widerspricht ihr nicht, kann die Impfung verabreicht werden. Für eine Impfung gegen den natürlichen Willen (im Sinne einer Zwangsbehandlung) des Betroffenen gibt es hingegen keine Rechtsgrundlage. Sie bleibt aus ethischer Sicht nicht vertretbar.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die sich gegen COVID-19 impfen lassen möchten oder Fragen zur Impfung haben, finden Hilfe und Rat bei ihrem behandelnden Arzt. Empfohlen wird außerdem, dass Ärzte, Fachpersonal und Angehörige Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf das erhöhte Risiko eines schweren COVID-19-Verlaufs und die Impfmöglichkeit hinweisen.

Ärztlicher Pandemierat ist gestartet

Ende 2020 hat der ärztliche Pandemierat der Bundesärztekammer seine Arbeit aufgenommen und befasst sich mit prioritären Handlungsfeldern der Corona-Bekämpfung. Die Mitglieder kommen aus verschiedenen medizinischen Bereichen.

Die DGPPN bringt ihre Expertise ebenfalls ein und betont dabei den besonderen Bedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie. Die Bundesärztekammer hat jeweils einen Vertreter ausgewählter wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einem ärztlichen Pandemierat eingeladen. Die DGPPN beteiligt sich an diesem fachlichen Austausch zur pandemischen Situation, um Handlungsnotwendigkeiten für eine Eindämmung der Corona-Pandemie sowie nachhaltige Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

Aktuell definiert eine Arbeitsgruppe Eckpunkte, mit denen eine Balance zwischen notwendigem Gesundheitsschutz und einer schrittweisen „Normalisierung“ des gesellschaftlichen Lebens hergestellt werden könnte. Die DGPPN betont in diesem Kontext die vielschichtigen Zusammenhänge zwischen Kontaktbeschränkungen, Coronavirus und psychischen Erkrankungen und formuliert daraus resultierende Implikationen für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems. Hierbei sind eine stärkere Orientierung des Gesundheitswesens am Element der Daseinsvorsorge, eine intensivere ganzheitliche Betrachtungsweise und neue medizinethische Überlegungen von besonderer Wichtigkeit.

Oberstes Ziel: Suizide vermeiden

Anfang 2020 hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den § 217 StGB zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung des Suizids für nichtig erklärt und dem Gesetzgeber Möglichkeiten für eine Neuregelung eingeräumt. Zwei Gesetzentwürfe von Bundestagsabgeordneten liegen nun vor. Die DGPPN stellt erneut klar, dass Menschen bei einem nicht selbstbestimmt gefassten Suizidwunsch vor diesem irreversiblen Schritt geschützt werden müssen und Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe ist.

Das BVerfG betonte in seiner Entscheidung zum einen das Recht des Gesetzgebers, Suizidassistenz im vorgegebenen Rahmen des Urteils zu regulieren, aber zum anderen auch dessen Pflicht, Gefahren entgegenzutreten, die eine Suizidentscheidung beeinflussen könnten – es räumte ihm die Möglichkeit eines sogenannten „legislativen Schutzkonzepts“ ein. Zwei Gruppen von Parlamentariern haben sich bereits zusammengeschlossen und Gesetzentwürfe verfasst, über die der Bundestag bis Redaktionsschluss zwar noch nicht beraten hat, die in der Öffentlichkeit aber bereits diskutiert werden.

Ein interfraktioneller Entwurf stammt von den Abgeordneten Katrin Helling-Plahr (FDP), Karl Lauterbach (SPD) und Petra Sitte (DIE LINKE). Vorgeschlagen wird ein zweistufiger Prozess, wonach sich Suizidwillige zunächst an eine Beratungsstelle wenden müssen, die weitere Informationen vermittelt. Diese sollen dazu befähigen, das Für und Wider der Entscheidung realitätsgerecht abzuwägen. An dieser Stelle macht der Entwurf klar, dass die Beratung „ergebnisoffen“ zu führen ist und „nicht bevormunden“ soll. Daher können, wenn der Betroffene bereit ist, genauere Angaben zu seinem Gesundheitszustand zu machen, in der Beratung Alternativen zum Suizid aufgezeigt werden. Zur Beratung können auch spezifische Fachkräfte wie Ärzte, Juristen oder Sozialarbeiter hinzugezogen werden – sofern der Suizidwillige dies wünscht. Nachdem die Beratung in Anspruch genommen wurde, wird eine Bescheinigung zur Vorlage beim Arzt ausgestellt. Sollte die Person nicht vom Wunsch nach einem Suizid abgerückt sein, kann ein todbringendes Mittel verschrieben werden – vorausgesetzt der Arzt ist dazu bereit und der Suizidwunsch ist „vom freien Willen getragen, dauerhaft und fest“. Dies zu prüfen, ist in diesem Entwurf

als Aufgabe des Arztes festgelegt. Voraussetzung für die Bemessung des freien Willens ist für den Arzt die Fähigkeit des Betroffenen, seinen Willen unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung und in Kenntnis aller relevanten Gesichtspunkte sowie ohne Druck durch Dritte gebildet zu haben und danach handeln zu können. Von einer ausreichenden Dauerhaftigkeit und Festigkeit des Suizidwunschs geht der Entwurf aus, wenn mindestens zehn Tage zwischen der Beratung und der Verschreibung liegen.

Einen zweiten Gesetzentwurf haben die Grünen-Abgeordneten Renate Künast und Katja Keul formuliert. Dieser teilt Suizidwillige in zwei Gruppen auf. So sollen Menschen, die einen Suizid aufgrund einer schweren Erkrankung anstreben und sich bereits in medizinischer Behandlung befinden, eine Verschreibung für ein todbringendes Mittel von einem Arzt erhalten, sofern er dazu bereit ist und die Voraussetzungen des autonom gebildeten, festen und dauerhaften Suizidwunschs erfüllt sieht. Bei geringen Zweifeln daran ist ein entsprechendes Gutachten einzuholen. Die Beurtei-



lung muss von einem zweiten Arzt bestätigt werden. Dieser Entwurf operationalisiert die Dauerhaftigkeit und Festigkeit des Wunschs ebenfalls anhand einer Frist – in diesem Falle von 14 Tagen zwischen ärztlicher Bescheinigung und Verschreibung.

Die zweite Gruppe betrifft Menschen, die unabhängig von einer konkreten medizinischen Notlage einen Suizidwunsch haben. Die Betroffenen müssen ihren Wunsch gegenüber einer Behörde schriftlich bekunden und schlüssig die Ursachen, die Dauerhaftigkeit, das Freisein von Druck durch Dritte sowie die Frage, warum Hilfsangebote ungeeignet sind, erläutern. Zudem werden sie verpflichtet, mindestens zwei Mal im Verlauf von mindestens einem Jahr eine Beratungsstelle aufzusuchen. Dort sollen dem Suizidwilligen Informationen an die Hand gegeben, Alternativen aufgezeigt sowie die Voraussetzungen für den Erhalt eines

todbringenden Mittels überprüft werden. Anschließend muss der Suizidwillige einen Antrag auf Erhalt eines todbringenden Mittels bei einer Behörde stellen. Hier wird die Schlüssigkeit der Bekundung geprüft und über die Berechtigung zum Erhalt entschieden. Bei dieser Gruppe ist insgesamt keine herausgehobene Rolle für Ärzte vorgesehen, weder bei der Beratung, noch bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunschs. Beide Gesetzentwürfe sehen eine Evaluation der Regelung in regelmäßigen Abständen vor.

Die DGPPN wird sich bei diesem Thema weiterhin aktiv in die Diskussion einbringen. Ihre klare Position: Suizidassistenz ist keine ärztliche Aufgabe. Vielmehr muss alles dafür getan werden, dass Menschen mit eingeschränkter oder fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit vor einem irreversiblen Schritt wie dem Suizid geschützt werden.

Bessere Bedingungen für suchtkranke Straftäter

Angesichts dramatisch steigender Unterbringungszahlen in Entziehungsanstalten bei unverändert hoher Abbruchquote besteht weitgehend Einigkeit über den Reformbedarf des §64 StGB. In einem aktuellen Positionspapier macht die DGPPN einen konkreten Vorschlag für eine Neuregelung, welche die Behandlungsbereitschaft und Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten zur Voraussetzung der Unterbringung macht und damit die dringend notwendige Entlastung des Maßregelvollzugs intendiert.

In Deutschland geschieht jedes zweite Körperverletzungsdelikt und etwa jedes vierte Sexualdelikt unter Alkohol- oder Drogeneinfluss. Unbehandelte Substanzkonsumstörungen sind ein Risikofaktor für weitere Straftaten. Der §64 StGB regelt die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für eben diese Straftäter, die in Folge eines Hangs berauschende Substanzen im Übermaß einnehmen. Durch eine erfolgreiche Suchtbehandlung des Untergebrachten soll der Schutz der Allgemeinheit erreicht werden. Die bisherige

Regelung steht in der Kritik, weil zu viele Patienten zugewiesen werden, das Angebot oftmals die falschen Personen erreicht, zu viele Ressourcen gebunden werden und die Behandlung häufig nicht erfolgreich beendet wird.

Aus Sicht der DGPPN muss eine Reform der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§64 StGB) den medizinischen Prinzipien, insbesondere dem Respekt vor der Autonomie des Patienten und dem Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit, gerecht werden und Rahmenbedingungen herstellen, die ärztliches Handeln im Sinne der ärztlichen Berufsordnung sicherstellen. Die Unterbringung nach §64 StGB muss auf die Behandlung von Menschen mit klinisch relevanten Substanzkonsumstörungen beschränkt werden.

Die vorgeschlagene Reform soll zu einer Entlastung des Maßregelvollzugs beitragen, in welchem die vorhandenen Ressourcen zielgerichteter und effizienter eingesetzt werden können und denen zugutekommen, die von einer qualifizierten Suchtbehandlung auch wirklich profitieren.

Digital, geregelt – aber auch sicher?

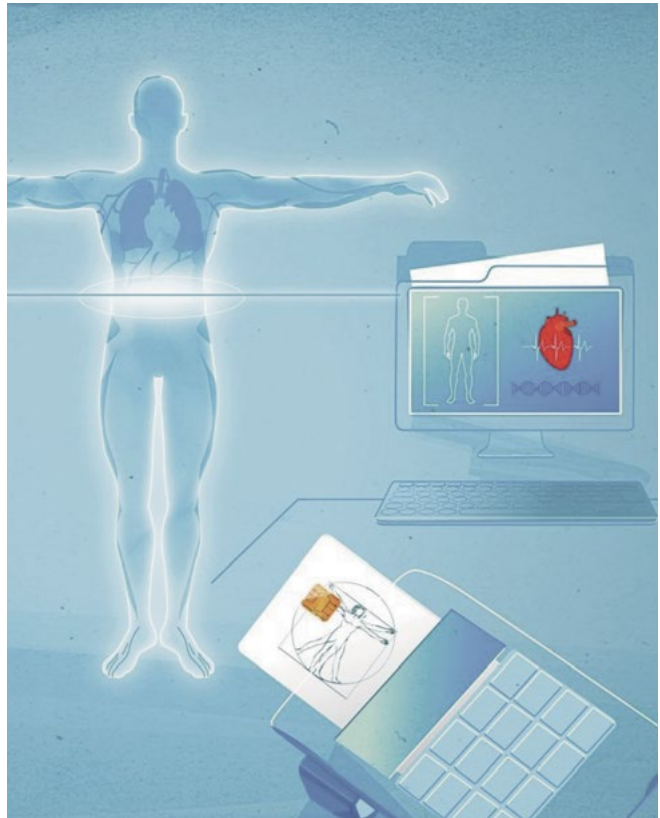
Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird seit einigen Jahren politisch vorangetrieben. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte im April 2019 eigens eine neue Ideenfabrik zur Erarbeitung digitaler Lösungen ins Leben gerufen. Im sogenannten Health Innovation Hub soll ein Team von Experten bis 2025 neue Möglichkeiten digitaler Gesundheitslösungen ergründen. Auch im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie findet eine rasante Entwicklung statt, eng begleitet von der DGPPN.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von 2019 wurden die Krankenkassen verpflichtet, ab 2021 ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen. Zudem erhielten Patienten auf Grundlage des Patientendaten-Schutz-Gesetzes (PDSG) darauf Anspruch, dass ihr Arzt ihre Gesundheitsdaten in die ePA einträgt.

Ab 2022 sollen Versicherte auch darüber entscheiden können, wer außer ihnen Zugriff auf ihre ePA und die dort gespeicherten Daten erhält.

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) bildet die Rechtsgrundlage für den Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), sogenannte „Apps auf Rezept“. Welche sich für die Aufnahme in das zentrale DiGA-Verzeichnis eignen, prüft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Aktuell sind in diesem Verzeichnis zehn Produkte gelistet, von denen vier psychische Erkrankungen betreffen. Mit dem DVG wurde außerdem der weitere Ausbau der Telematik-Infrastruktur (TI), der „Datenautobahn für das Gesundheitswesen“, beschlossen. Sie sorgt für die sichere Vernetzung aller beteiligten Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen.

Der Anfang 2021 von der Bundesregierung vorgestellte Gesetzentwurf eines Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) reiht sich hier nahtlos ein. Zu den DiGA sollen nun auch Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) hinzukommen. Die Anforderungen an die Evidenz dieser Anwendungen werden von der DGPPN kritisch bewertet. Durch die geplante Verlängerung der



Erprobungsphase von DiGA und DiPA innerhalb der Regelversorgung von 12 auf 24 Monate steigt zudem das Risiko für die Patienten, gegebenenfalls unwirksame oder sogar schädliche Anwendungen zu nutzen.

Zwei Ansätze des DVPMG sind ferner hervorzuheben: Die Abrechnung von Gruppenpsychotherapien über Videosprechstunden soll zukünftig geregelt und die Obergrenze für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen via Videosprechstunde von 20 % auf 30 % im Quartal angehoben werden. Auch das geplante Instant-Messaging, von den Funktionen ähnlich wie WhatsApp und Co, ist vielversprechend. Mit dieser Anwendung sollen sichere Sofortnachrichten sowohl unter Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen und Versicherten bzw. Patienten möglich werden. Auf diesem Weg könnte die kurzfristige Abstimmung „aller patienten- und versorgungsbezogenen Belange verbessert werden“, so der Gesetzentwurf.

Zuschuss für Plattform-Modell

Ausreichend Personal ist das A und O einer guten stationären Versorgung. Die DGPPN hat mit zahlreichen Fachverbänden das sogenannte „Plattform-Modell“ entwickelt, das die Bemessung der Personalausstattung unmittelbar am Bedarf des Patienten und an den Leitlinien orientiert. Nach einer erfolgreichen Machbarkeitsstudie wird das Modell nun mit Mitteln des Innovationsfonds auf Herz und Nieren geprüft. Erste Ergebnisse werden für 2023/2024 erwartet.

Die aktuelle Richtlinie für die Personalausstattung in der Psychiatrie (PPP-RL) wird der Komplexität der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gerecht. Aus diesem Grund hat die DGPPN gemeinsam mit vielen Fachverbänden ein richtungsweisendes Instrument zur Personalbemessung erarbeitet, welches unmittelbar am Bedarf des Patienten und an den Empfehlungen der Leitlinien orientiert ist. Das Modell soll langfristig die Personalbemessung in der Psychiatrie verbessern und wurde in

einer Machbarkeitsstudie bereits erfolgreich getestet. Nun hat der Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen, ein umfangreiches Forschungsvorhaben zur „Überprüfung der Eignung des Plattform-Modells als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken“ (EPIKK) für drei Jahre mit insgesamt etwa zwei Millionen Euro zu fördern. Konkret wird die Reliabilität der Zuordnungen von Patienten zu Behandlungsclustern geprüft, und es werden leitlinienbasiert prototypische Behandlungsverläufe zur Abschätzung des Soll-Personalbedarfs entwickelt. Basierend auf den Ergebnissen erfolgt die Sollschatzung der Personalausstattung für alle Berufsgruppen in der Psychiatrie.

Im Erfolgsfall werden mit dem Projekt Prototypen für die Bedarfscluster entwickelt, die eine strukturierte, evidenz- und expertenbasierte Einschätzung des Personalbedarfs erlauben. Diese kann dann als Grundlage für die Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden.

Gesundheitspolitik im Wahljahr



In diesem Jahr werden die Weichen neu gestellt. Was folgt nach der Großen Koalition? Wer kommt ins Kanzleramt? Wer wird die Geschicke im Bundesgesundheitsministerium leiten?

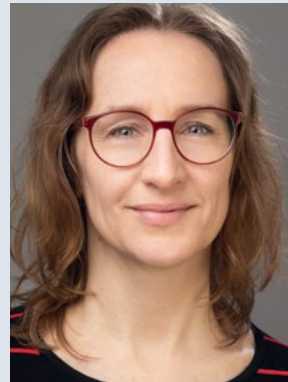
Fest steht: Die DGPPN macht sich kontinuierlich auf vielen Ebenen für eine optimale Versorgung der Patienten mit psychischen Erkrankungen stark und setzt sich aktiv für ihre gesellschaftliche Teilhabe und gegen deren Stigmatisierung ein. Sie entwickelt wissenschaftliche Leitlinien und engagiert sich in der Erforschung psychischer Erkrankungen zur Weiterentwicklung von Diagnostik und Therapie. Anlässlich der anstehenden Bundestagswahlen geht die Fachgesellschaft in diesem Jahr in die Offensive und hat konkrete Forderungen an eine zukünftige Bundesregierung zusammengestellt.

Mehr dazu im Wahl-Special auf Seite 20.

Drei auf einen Streich

Im vergangenen Jahr wurde der neue Vorstand aufgrund der Coronasituation erstmals per Briefwahl gewählt. Gleich drei neue, aber keineswegs unbekannte kluge Köpfe sitzen nun mit im Cockpit der DGPPN und bilden mit den 16 anderen Vorstandsmitgliedern eins der wichtigsten Gremien der Fachgesellschaft.

V.l.n.r.: Bettina Wilms, Katharina Domschke und Julia-Maleen Kronsbein, die die neugeschaffene Position als Vertreterin der jungen Psychiatergeneration bekleidet, stellen sich im Triple-Interview vor.



Shortcuts

Frühaufsteher oder nachtaktiv?

Sport oder Sofa?

Exotisch oder gutbürgerlich?

Strand oder Schnee?

Buch oder Film?

Schreiben oder Sprechen?

nachtaktiv

Geländewagen

beides

Strand

Buch

Schreiben

Frühaufsteher

bedarfsgerecht

von badisch bis indisch

Schnee

Buch

auch Vertreter der sprechenden Medizin können schreiben

Frühaufsteher

beides :)

von jedem etwas

Strand

abwechselnd beides

Sprechen

Welchen Berufswunsch hatten Sie als Kind?

BW: Ich wollte zur Zeitung gehen.

JMK: Als Kind wollte ich einen Beruf ergreifen, der etwas mit Pferden zu tun hat, weil mir der Umgang mit diesen wundervollen Tieren so viel Freude bereitete. Etwas später als Jugendliche wollte ich dann schon Ärztin oder auch „Erforscherin der menschlichen Seele“ werden.

Erzählen Sie von Ihrer ersten Begegnung mit der Psychiatrie und Psychotherapie

BW: Meine Freundin Agnes, 44 Jahre älter als ich, war Tochter eines Psychiaters und Chefarztes mit einer alles andere als einfachen Geschichte in Weimarer Republik, Naziregime und Nachkriegszeit. Sie organisierte eine sehr unorthodoxe gemischte Angehörigen- und Betroffenenengruppe für Suchtkranke in dem kleinen Ort, in dem ich aufwuchs. Dort war es üblich „Schnapsverträgen zu können“ und Besuch einen „Schluck“ anzubieten und natürlich einen zweiten, da man „auf einem Bein ja nicht stehen könne“ ... Ich lernte von ihr seit ich etwa 14 Jahre alt war, was Stigma insbesondere in engen Gemeinschaften heißt, wie schwer Veränderung sein kann und was mit Beharrlichkeit zu erreichen ist.

KD: Meine erste Famulatur am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München hat mich nachhaltig positiv geprägt.

JMK: Mein Kontakt mit dem ärztlichen Beruf fand schon sehr früh statt, da meine Eltern Ärzte sind, mein Vater auch Psychiater und Psychoanalytiker ist. Insofern war mir der Umgang mit diesem Berufsbild auch schon früh vertraut. Leider auch die sonderbaren Vorstellungen, die Menschen mit diesem Beruf und den darin Arbeitenden verbinden.

Würden Sie wieder Psychiaterin werden?

BW: Jederzeit.

KD: Jederzeit und mit Begeisterung!

JMK: Ja, inhaltlich würde ich wieder Psychiaterin und Psychotherapeutin werden wollen, allerdings würde ich mir dafür verbesserte Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie eine bessere Entlohnung wünschen – all das, wofür ich mich heute einsetze.

Was hat Sie dazu bewogen, sich ehrenamtlich in der DGPPN zu engagieren?

BW: Es gab Kollegen, die sehr beharrlich daran gearbeitet haben, mich zu überzeugen, das zu wollen – am Ende waren sie erfolgreich.

KD: Über die tägliche klinische Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten und die universitären Aufgaben in Forschung und Lehre hinaus war es mir zum jetzigen Zeitpunkt auf meinem Weg in der Psychiatrie und Psychotherapie ein großes Anliegen, auch auf einer übergeordneten, d.h. gesamtgesellschaftlichen, gesundheitspolitischen und ethischen Ebene etwas zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung unseres Fachs beizutragen.

JMK: Es ist mir ein besonderes Anliegen, über diesen vielgestaltigen und sehr interessanten und menschlichen Beruf aufzuklären und darauf neugierig zu machen.

Worauf freuen Sie sich im Hinblick auf Ihre neue Aufgabe?

BW: Das, was ich kann, einzubringen.

KD: Auf den noch engeren Austausch mit Kollegen aus allen Bereichen der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, mit Betroffenen und deren Angehörigen und auf die gezielte Bearbeitung von drängenden Fragestellungen wie z.B. zur Personalbemessung, der gesetzlichen Neuregelung der Suizid-

beihilfe, den Herausforderungen der Digitalisierung und der Nachwuchsförderung.

JMK: Ich freue mich darauf, in einem Gremium zu sein und damit tatsächlich etwas zu bewegen. Und ich freue mich auf den vielfältigen fachlichen Diskurs mit den unterschiedlichen Perspektiven auf unser Fachgebiet.

Angenommen, Sie haben einen Wunsch beim Gesundheitsminister frei ...

BW: Ihn einen Monat in unserem Team hospitieren zu lassen, davon zwei Tage am Wochenende und zweimal bis 24 Uhr.

KD: Er möge im Interesse unserer Patienten mit psychischen Erkrankungen immer ein offenes Ohr für die Anliegen des DGPPN-Vorstands haben.

Welches sind die größten Herausforderungen im Gesundheitswesen?

BW: Die Eingrenzung ökonomischer Anreize und bürokratisch-kontrollierender Überbordung hin zu einem System, das Bedarf und Bedürfnisse von Patienten und ihren Bezugspersonen in den Mittelpunkt stellt.

JMK: Ausreichend fachlich qualifiziertes Personal anzuziehen. Dafür muss unbedingt etwas an den Arbeitsbedingungen, den gesetzlichen Anforderungen, die wenig mit ärztlichem Handeln zu tun haben, und der Entlohnung der im Gesundheitswesen Tätigen verbessert werden, um das Interesse für diese Berufe aufrechtzuerhalten!

Für welchen Durchbruch in der Wissenschaft würden Sie einen Nobelpreis für Medizin verleihen?

BW: Entwicklung von Resilienz bei früher psychischer Traumatisierung.

KD: Für die erfolgreiche Prävention bzw. Therapie von Demenzen.

Welche Erkenntnisse hoffen Sie, in Ihrer Forschungsarbeit zu erreichen?

BW: Zurzeit befasse ich mich nur noch wenig mit Forschung. Mein Interesse gilt dabei der Versorgungsforschung und der Verbesserung von kontextorientierten Versorgungskonzepten nach dem Prinzip der regionalen Verantwortung.

KD: Uns interessiert die Schnittstelle zwischen Biologie und Biographie bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. Die epigenetische Forschung könnte Mechanismen aufklären, über die Traumata oder negative Lebensereignisse im Zusammenspiel mit einer biologischen Disposition zu einer psychischen Erkrankung führen. Und: Wir wollen klären, ob eine Psycho- oder Pharmakotherapie diese epigenetischen „Narben“ von Umwelteindrücken wieder heilen bzw. präventive Maßnahmen sie womöglich sogar von vornherein verhindern können.

Was fasziniert Sie an der Erforschung der Psyche?

BW: Wie es gelingen kann, Resilienz zu aktivieren und zu verbessern.

KD: Ihr sicher in Teilen im Gehirn substantiiertes, aber dennoch weit über die Biologie hinausreichendes Wesen.

JMK: Mich fasziniert ungemein die Komplexität der Psyche selbst intra- und interpersonell und in Interaktion mit dem Körper sowie ihre Bedeutung für unsere Lebensgestaltung. Insofern finde ich es extrem spannend, mehr über diese Gesetzmäßigkeiten und die interaktionelle Dynamik zu verstehen.

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

BW: Ich kann nicht sagen, was andere Menschen bewegt. Ich selbst denke, dass wir als erfahrene Fachkollegen

nicht offensiv genug vermitteln, wie faszinierend, beeindruckend und berührend dieses Fach ist und nicht eindeutig genug einladen und ermutigen, ein Berufsleben als Psychiater anzustreben.

KD: Womöglich wünschen sich angehende Ärzte zunächst den Kontakt mit der interventionellen Medizin, der somatische Fächer auf den ersten Blick näherstehen. Allerdings darf die interventionelle Wirksamkeit des gesprochenen Worts keinesfalls unterschätzt werden. Außerdem stehen die psychiatrische Pharmakotherapie, die EKT, die TMS oder die Ketamin-Applikation, um nur einige interventionelle Aspekte unseres Fachs zu nennen, den somatischen Disziplinen nicht unbedingt nach. Ein weiterer Punkt, der angehende Ärzte zunächst nicht in Richtung Psychiatrie denken lassen könnte, sind vielleicht auch Berührungängste mit psychisch erkrankten Menschen – hier müssen wir sicher noch mehr Wert auf die persönliche Begegnung mit unseren Patienten legen, um Stigmatisierung, Vorurteile und Klischees abzubauen. An dieser Stelle ein großes Kompliment an die DGPPN-Initiative „Generation PSY“ für ihr in dieser Hinsicht unschätzbar wichtiges Engagement!

JMK: Das liegt wahrscheinlich an der weiterhin hohen Voreingenommenheit in der Allgemeinbevölkerung und Stigmatisierung des Fachgebiets und aller darin Beteiligten (Psychische Erkrankungen an sich, Patienten, Ärzte und medizinisches Fachpersonal).

Warum sollten sich junge Ärzte für die Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden?

KD: Aus meiner Sicht ist das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie insofern das spannendste Fach, als wir zwar unabdingbar als Arzt oder

Ärztin, aber immer auch im Grenzgebiet zwischen Biologie und Biographie, zwischen Körper und Seele, zwischen der inneren und äußeren Welt, zwischen Natur- und Geisteswissenschaft, zwischen Medizin und Soziologie arbeiten – und damit sicher den ganzheitlichsten Zugang zu unseren Patienten haben und in der Therapie auch leben dürfen.

JMK: Dieses Fachgebiet ist nicht nur ein sehr interessantes und umfangreiches Fachgebiet mit vielerlei Vertiefungsgebieten, es besteht ein extrem hoher Bedarf an psychiatrischem Nachwuchs. Aufgrund unserer gesellschaftlichen Anforderungen können wir davon ausgehen, dass dies sich in Zukunft eher mehr als vermindern wird, es bietet grundsätzlich auch die Möglichkeiten für eine ausgewogene Lebensgestaltung. Es befasst sich mit einem Themengebiet, das auch in der Weiterentwicklung unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle spielt mit einem zunehmenden Bewusstsein für unsere seelischen und geistigen Vorgänge und ihrer Bedeutung für das individuelle und gesellschaftliche Leben.

Würden Sie Freunden empfehlen, Ihren Beruf zu ergreifen?

BW: Wenn sie Lust auf Menschen haben und sich vorstellen können, neugierig auf deren Lösungen in Ausnahmesituationen zu bleiben, ja.

JMK: Ich würde es grundsätzlich Menschen empfehlen, die sich einerseits für seelisch-emotionales Geschehen interessieren, eine neugierige und unvoreingenommene Haltung der Vielfältigkeit im psychischen Sein und Erleben entgegenbringen, die andererseits auch eine Begabung oder eine Fähigkeit mitbringen, sich auf diese unterschiedlichen Erlebensweisen einzulassen und sich einzufühlen.

Alle Seiten der Psyche

Für alle, die hinschauen, hinterfragen, vorausschauen und nach neuen Impulsen suchen: *Psyche im Fokus* hat Empfehlungen zusammengestellt, die alles andere als einseitig sind.



Wie wollen wir leben?

Wie stark sind Denken, Fühlen und Verhalten durch Gene und Biologie bestimmt? Können Computeralgorithmen das Wesen des Menschen erfassen? Glück entsteht nicht im individuellen Gehirn, sondern in der sozialen Interaktion. Und wie wir diese aktiv und bewusst gestalten, wird über unsere Zukunft entscheiden. Für alle, die sich für die Grundlagen von Hirnforschung, Psychologie und Psychiatrie interessieren und sich Gedanken über das Wesen des Menschen und dessen Zukunft machen.

Gerhard Gründer
Wie wollen wir leben?
Springer-Verlag, 2020



Gute Nacht!

Schlaf ist für alle höheren Lebewesen lebensnotwendig, und die wohl wichtigste Aufgabe ist es, uns wachzuhalten. Ist der Schlaf gestört, wirkt sich das auf alle Körperfunktionen negativ aus. Ob es um Insomnien, schlafbezogene Atmungsstörungen, Hypersomnien, neurologische oder psychische Erkrankungen geht – von den möglichen Ursachen, über Diagnostik bis zu diversen Behandlungsmöglichkeiten: Dieses Standardwerk enthält gebündeltes Wissen.

Thomas Pollmächer et al. (Hrsg)
Handbuch Schlafmedizin
Elsevier Urban & Fischer Verlag, 2020



Alle irre?

Donald Trump in den USA, Kim Jong Un in Nordkorea, Jair Bolsonaro in Brasilien, weltweit scheint der Irrsinn zuzunehmen. Kann man etwas dagegen tun und sind die überhaupt wirklich verrückt? Was vor zehn Jahren noch eher Promis aus der zweiten Reihe betraf, hat es in die Chef-sessel dieser Welt geschafft. Da war eine komplette Aktualisierung des Buchs unvermeidlich. Der Irrsinn hat die Macht übernommen, so Manfred Lütz.

Manfred Lütz
Neue Irre. Wir behandeln die Falschen
Kösel-Verlag, 2020

MONSTER IM KOPF

DGPPN-
Medienpreis
2020

Ein Mann hat Vergewaltigungsfantasien und fürchtet, zum Täter zu werden. Seine Therapeutin will ihn davor bewahren. Björn Stephan, Gewinner des DGPPN-Medienpreises 2020, hat beide neun Monate lang begleitet.*

Sven Wiemann: Wenn ich Bahn fahre, spazieren gehe oder im Supermarkt an der Kasse stehe und eine Frau sehe, die mir gefällt, dann starre ich sie an. Dann male ich mir aus, was ich mit ihr anstellen könnte. Das macht mir Angst. Mein Kopf übernimmt die Kontrolle über meinen Körper, und ich denke: Ich schnappe sie mir, egal, ob sie es auch will oder nicht. Da legt sich in meinem Kopf ein Schalter um.

Charlotte Gibbels: Viele meiner Patienten reden davon, dass da etwas Dunkles in ihnen ist, ein Dämon oder ein Monster.

Wiemann: Einmal begegnete mir eine Joggerin im Wald. Sie hatte einen Pferdeschwanz und kam auf mich zugelaufen. Da kam sofort ein Gefühl in mir hoch, wie eine Hitze-wallung. Als würde jemand in mir drin ein Feuer entfachen. Sprinte ihr hinterher, dachte ich, zack, krall sie dir und zerze sie in den Wald.

Sven Wiemann sei ihr nicht hinterhergerannt, erzählt er. Weil er wisse, dass man so etwas nicht tue. Er und Charlotte Gibbels sitzen sich in einem kleinen Büro gegenüber, zwischen ihnen ein Glastisch mit Taschentüchern. Beide sind 27 Jahre alt. Er ist ein großer und einschüchternd kräftiger Mann, breite Schultern, breite Brust, der Angst davor hat, zum Sexualstraftäter zu werden. Sie ist seine Therapeutin und soll ihm helfen, zu verhindern, dass er eine Straftat begeht.

„I can change“ nennt sich das Pilotprojekt an der Medizinischen Hochschule Hannover, ein Angebot zur Prävention von sexualisierter Gewalt. Gibbels, eine kluge, kontrollierte Frau mit rotblondem Haar, die nie die Fassung zu verlieren scheint, Psychologin und Therapeutin in Ausbildung, hatte früher in einem Gefängnis bereits mit Mördern, Serientätern und Vergewaltigern gearbeitet. Das Problem war: Sie kam in gewisser Weise jedes Mal zu spät. Nun behandelt

sie, anonym und kostenlos, Männer, die freiwillig aus ganz Deutschland zu ihr kommen, sie sind 20 bis 70 Jahre alt, Topmanager oder Bauarbeiter. Es sind Männer, die sich vor Frauen selbst befriedigt haben, ohne dass diese das wollten, Männer mit Vergewaltigungsfantasien oder Männer, die bereits eine Frau vergewaltigt haben, aber dafür nie verurteilt wurden. Gibbels will versuchen, das nächste Verbrechen zu verhindern, und gleichzeitig will sie ergründen, wie sexualisierte Gewalt überhaupt entsteht. Im vergangenen Jahr wurden der Polizei in Deutschland 9324 Vergewaltigungen, sexuelle Nötigungen oder Übergriffe gemeldet. Doch das ist nur ein kleiner Ausschnitt der Wirklichkeit. [...]

Sven Wiemann heißt eigentlich anders, die ZEIT kennt seinen richtigen Namen nicht. Er hat dunkles Haar und einen dunklen Bart, ist 1,88 Meter groß, 125 Kilo schwer und besitzt die Selbstsicherheit eines Mannes, der weiß, dass er den meisten körperlich überlegen ist. Er hat schon vieles versucht in seinem Leben, aber kaum etwas zu Ende gebracht: eine Ausbildung zum Diät-Assistenten, ein Jura-studium, eine Ausbildung zum Physiotherapeuten. Wenn er spricht, hört man, dass das nicht seine erste Therapie ist, er benutzt Wörter wie „Trigger“, aber manchmal auch vulgäre, obszöne Ausdrücke. Die sind hier, in Gibbels' Büro, ausdrücklich erlaubt. Es soll ein geschützter Raum sein, aus dem gewöhnlich nichts nach außen dringt. Gibbels ist zum Schweigen verpflichtet. Nur wenn einer ihrer Patienten im Begriff ist, eine Straftat zu begehen oder sich selbst etwas anzutun, darf sie einschreiten und könnte denjenigen im Notfall nach einem richterlichen Beschluss in eine Psychiatrie einweisen lassen. Bislang ist das noch nie passiert.

Sven Wiemann suchte Charlotte Gibbels das erste Mal am 16. Mai 2018 auf. Eine andere Therapeutin hatte ihm das Projekt empfohlen. Seitdem haben sie sich einmal die Woche getroffen. Für jeweils 50 Minuten. Außerhalb der Sitzungen konnte der Reporter der ZEIT mit ihnen über die

Therapie sprechen. Über einen Zeitraum von neun Monaten fanden vier solcher Gespräche statt. Gibbels saß dabei stets auf ihrem Platz nahe der Tür, die Beine übereinandergeschlagen, meist mit unbewegtem Gesichtsausdruck, ihre Worte bedächtig wählend. Wiemann hingegen hatte seinen großen, schweren Körper in den Stuhl gegenüber gefaltet, manchmal schwitzte er vor Aufregung, manchmal raufte er sich die Haare, manchmal sagte er: „Ich kann nicht mehr, ich brauche eine Pause.“ Es sei bei der zweiten Therapie-sitzung gewesen, erzählen die beiden, als Wiemann gesagt habe: „Frau Gibbels, ich würde gern mit Ihnen schlafen.“

Gibbels: Ich würde lügen, wenn ich sagen würde, ich hätte nie Angst. Angst ist wichtig. Aber ich habe auch eine professionelle Identität. Und bei einem Projekt, in dem es um Fantasien geht, ist es nicht ungewöhnlich, wenn ein Patient sein Verlangen auf mich überträgt. Ich laufe dann nicht schreiend weg oder sitze als zitternder Haufen in der Ecke.

Wiemann: Ich fand schon bemerkenswert, dass ich es hier ausgerechnet mit einer Frau zu tun hatte. Vor allem, weil es mir total schwerfällt, mich Frauen unterzuordnen. Aber Frau Gibbels hat mich nicht rausgeworfen. Sie hatte keine Angst vor mir.

Gibbels: Ich will verstehen, warum sagt er so etwas? Kann der Patient sich vielleicht nicht vorstellen, wie er auf andere wirkt? Oder fühlt er sich unterlegen und will mir Angst einflößen, damit er sich stärker fühlt? Deshalb habe ich Herrn Wiemann gefragt: „Was hält Sie davon ab, es zu tun?“

Wiemann: Ich habe gesagt, dass ich nicht in den Knast möchte, dass ich kein Straftäter sein will, und das will ich wirklich nicht.

Gibbels: Ich habe dann einen Stift genommen, und wir haben eine Kurve seiner Erregung auf einen Flipchart gemalt. Am Anfang war die Kurve sehr weit oben, aber im Laufe der Sitzung nahm sie ab. Sie stieg nur dann erneut an, wenn Herr Wiemann von den Bildern erzählte, die er im Kopf hatte. Doch am Ende der Sitzung war die Kurve ganz unten. Herr Wiemann konnte so sehen, was seine Erregung beeinflusst und dass sie von allein wieder abnimmt.

Wiemann: Es war ein innerer Kampf, aber Frau Gibbels hat mir das Gefühl gegeben, dass ich die Erregung kontrollieren kann. Dass ich nicht aufstehe, komplett austicke, sie gegen die Wand drücke und ihr die Klamotten vom Leib reiße. Das

war wichtig für mich. Im Laufe der Therapie hat sie immer wieder gesagt, dass sie glaubt, ich würde so etwas nie tun.

Gibbels: Ich könnte keine Therapie machen mit Patienten, wenn ich nicht daran glauben würde, dass es eine Veränderungsbereitschaft gibt. Bei Herrn Wiemann hatte ich von Anfang an das Gefühl, dass er zugänglich ist, dass ich ihn greifen kann.

Wiemann: Sie hat mir zu Beginn mehr vertraut als ich mir selbst. Irgendwann aber habe ich gemerkt, die Frau hat recht.

Gibbels: Das ist ganz typisch. Viele unserer Patienten brauchen eine Weile, um an die Beziehung zu glauben. Sie können sich nicht vorstellen, dass jemand sie wertschätzt. Dass man nicht sagt: Sie sind so verrückt! Dass man nicht wegrennt, wenn sie ihre Seele öffnen. Dabei heile ich ihn ja nicht, sondern helfe ihm, sich selbst zu heilen. Das ist wie beim Bergsteigen, ich weiß, welche Wege die besten sind, aber er muss sie gehen. Die öffentliche Wahrnehmung von Sexualstraftätern ist von vielen Mythen geprägt. Oft werden sie als psychisch krank beschrieben, als Triebtäter oder Monster.

Charlotte Gibbels weiß, dass die Wirklichkeit komplizierter ist. Dass es das Ungeheuer, das im Wald aus dem Unterholz bricht, so wie es in vielen Filmen oder Büchern beschrieben wird, nur sehr selten gibt. Dass die sexualisierte Gewalt meistens in Partnerschaften passiert. Dass es oft gar nicht um Sex geht, sondern um Macht oder Dominanz. Sie versucht, ihren Blick nicht von der Abscheulichkeit der Taten trüben zu lassen. Sie sagt: „Ich verurteile die Tat, aber nicht den Täter.“ Wenn sie vom Verhältnis zu ihren Patienten spricht, redet sie oft von der therapeutischen Allianz. Laut Professor Uwe Hartmann, der das „I can change“-Projekt ins Leben gerufen hat, ist es diese Allianz, die vor allem zum Erfolg beiträgt. Sie müsse innerhalb der ersten fünf Stunden aufgebaut werden und sei fünf- bis siebenmal so wichtig wie angewandte Techniken oder das Therapiemodell, schreibt er in einem seiner Bücher. Dafür müsse der Therapeut seinem Patienten Wärme, Wertschätzung und Verständnis entgegenbringen.

Gibbels: Es gibt Dinge, die kann ich an jedem Patienten authentisch wertschätzen. Herr Wiemann zum Beispiel ist sehr wissbegierig und emphatisch. Er ist ein Fan von Game of Thrones und Herr der Ringe. So wie ich.

Am Anfang der Therapie litt Wiemann unter Depressionen und Panikattacken, bei ihm war eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Er konsumierte bis zu acht Stunden Pornografie am Tag. Er hatte Tausende Euro für Spiele auf dem iPad verzoct. Seit einigen Monaten hatte er eine Freundin, seine fünfte Beziehung. Zuvor hatte er mit rund 30 Frauen geschlafen. Er habe noch nie eine Frau vergewaltigt, sagte er Gibbels. Auch seine Freundin nicht. Aber er hatte schon brutalen Sex mit Frauen gehabt, deren Körper danach mit blauen Flecken übersät waren. Wiemann sagt, es gab Momente, in denen er gedacht habe: „Wenn du jetzt weitergehst, könnten sie dich wegen Vergewaltigung drankriegen.“ Charlotte Gibbels hörte sich das alles an, machte sich Notizen. Sie ist eine Frau, die auch die Stille zwischen zwei Sätzen ertragen kann. Wiemann erzählte ihr von seiner Kindheit in einer Doppelhaushälfte und von seiner Schwester, zu der er keinen Zugang findet. Er erzählte ihr von seinen Eltern, die beide Akademiker und beruflich erfolgreich sind. Von ihren Erwartungen, die ihn unter Druck setzen. Davon, dass sie nicht verstünden, warum ihm sein Leben so entglitten sei. Manchmal weinte er, manchmal schrie er und war ganz außer sich.

Er erzählte Gibbels, dass er mit elf Jahren seinen ersten Porno geschaut hat, dass er mit 13 in der Schule gemobbt wurde, dass er sich vorstellte, wie er die Mobber in eine Müllpresse wirft. Er erzählte ihr, dass er mit 14 das erste Mal wegen einer Depression behandelt wurde. Dass er mit 16 jeden Tag Pornos schaute, erst auf YouPorn, später auf PornHub. Er erzählte ihr, dass er mit 17 das erste Mal Sex mit einem Mädchen hatte und dass er danach rasch eine Fixierung auf Analsex entwickelte. Dass er mit 19 seine erste Panikattacke erlebte, die Depressionen stärker wurden, er Suizidgedanken hatte, dass er noch mehr Pornos schaute und zu viel trank, dass er oft ausging, viele Frauen kennenlernte, ihnen sagte, er sei Produzent von Pornofilmen. Er erzählte ihr, dass er erotische Gedichte schreibt und am liebsten kleine, blonde Frauen mit Pferdeschwanz mag, auch wenn seine Freundin diesem Bild gar nicht entspricht, und dass er irgendwann, er muss Mitte 20 gewesen sein, zum ersten Mal Vergewaltigungsfantasien entwickelte.

Gibbels: Es ist bei vielen Patienten so, dass sie mit ihren Emotionen nicht gut umgehen können. Sie wissen nicht, wohin mit ihrer Wut, ihrer Traurigkeit, ihrer Angst oder Scham. Sie denken, sie sind nie genug.

Wiemann: Ich dachte, ich bin nichts wert, ich kann nichts, ich bin nichts. Und auch wenn es doof klingt, aber der Gedanke an eine Vergewaltigung hat mir ein Gefühl von Macht gegeben.

Gibbels: Nichts fühlt sich so gut an wie ein Orgasmus, den Satz können wir alle unterschreiben. Viele meiner Patienten benutzen daher ihre Sexualität, um ihre Emotionen zu regulieren und mit Stress umzugehen. Sie belohnen sich durch Masturbation, sie entwickeln Fantasien. Es gibt Patienten, die sagen, meine sexuellen Fantasien sind das beste Antidepressivum, das ich je hatte. Aber die Emotionen hören nicht auf, sie werden nicht weniger, wenn du vor ihnen wegrennst. Die Wissenschaft hat verschiedene Theorien aufgestellt, warum Menschen zu Sexualstraftätern werden. Die Theorien beschäftigen sich mit Auffälligkeiten im Frontal- und im rechten Schläfenlappen des Gehirns, mit einem Überschuss an Sexualhormonen wie Testosteron oder Lutropin, mit Neurotransmittern wie Serotonin. Sie drehen sich um Gewalterfahrungen in der Kindheit oder Vernachlässigung durch die Eltern. Sie handeln von Misogynie, fehlendem Empathievermögen, mangelnder Impulskontrolle oder geringem Selbstwertgefühl. Klar ist, dass viele dieser Faktoren die Wahrscheinlichkeit erhöhen, sexualisierte Gewalt zu verüben. Doch sie führen nicht zwangsläufig dazu. Es gibt nicht die eine Erklärung.

Das weiß auch Gibbels. Sie behandelt ihre Patienten mit Methoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Das heißt: Sie leuchtet die Vergangenheit ihrer Patienten nicht bis in den letzten Winkel aus, sondern sie will ihnen helfen, wie sie in der Gegenwart mit ihren Gefühlen umgehen können. Gibbels kann verstehen, dass das Kritik hervorruft: Während Vergewaltigungsoffer mitunter monatelang auf einen Therapieplatz warten müssen, bekommen ihre Patienten eine Behandlung, die bis zu zwei Jahre dauern kann, kostenlos und finanziert vom Land Niedersachsen, das das Projekt unterstützt. Aber jede Tat, die sie verhindern kann, ist es wert, findet sie. [...]

*Der gesamte Artikel ist auf ZEIT ONLINE zu finden.

Autor

Björn Stephan

ist freier Journalist und Autor.

Gekürzter Nachdruck aus DIE ZEIT Nr. 41/2019, 2. Oktober 2019
Mit freundlicher Genehmigung von DIE ZEIT

Erste Hilfe für die Seele

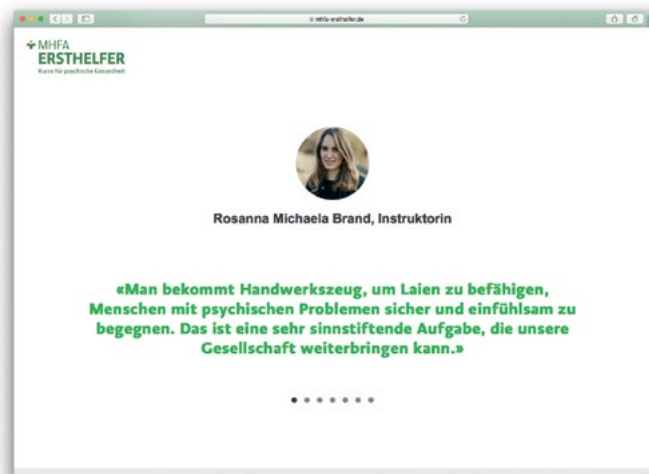
Wie kann ich Mitmenschen in einer psychischen Notlage helfen?
Was kann ich tun, wenn bei meinem Gegenüber eine psychische Krise droht?
Die passende Reaktion zu zeigen, wenn jemand neben einem verzweifelt oder apathisch wirkt, ist für viele nicht einfach. Das richtige Verhalten in psychischen Krisen kann seit letztem Jahr am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim erlernt werden.

Mental Health First Aid heißen die Kurse – kurz MHFA – und basieren auf einem Non-Profit-Projekt, das im Jahr 2000 in Australien entwickelt und bisher erfolgreich in 24 Ländern etabliert wurde. Zahlreiche Studien belegen den positiven Nutzen dieser Kurse, die Wissen und Fertigkeiten vermitteln, um Menschen mit psychischen Problemen kompetent zu helfen. Eine Anschubfinanzierung der Dietmar-Hopp-Stiftung machte es möglich, das Projekt nach Deutschland ans ZI zu holen, derzeit wird es in Partnerschaft mit der Beisheim Stiftung durchgeführt. Die Ersthelfer-Kurse für psychische Krisen und Probleme im Alltag werden derzeit bundesweit etabliert.

Das ZI machte den Anfang und bildet unter Leitung von Michael Deuschle, Tabea Send und Simona Maltese seit letztem Jahr Mediziner, Psychologen, Fachpfleger und andere Berufsgruppen mit psychologischen Kenntnissen und klinischer Erfahrung zu Kursleitern aus. Ersthelfer kann grundsätzlich jeder werden. Oft sind es auch Angehörige oder Menschen, die einen Betroffenen in ihrem engen Umfeld haben. Die Grundidee folgt dem Prinzip *Train the Trainer* und zielt darauf ab, Laien zu vermitteln, wie Mitmenschen in psychischen Krisen schnell und sinnvoll geholfen werden kann. Dabei geht es nicht nur um Beistand für Menschen mit einer

psychischen Erkrankung, sondern auch um die wirkungsvolle Unterstützung, wenn ein Freund oder Familienmitglied durch Verlust oder Trennung in tiefe Trauer oder in akute seelische Not gerät. Vergleichbar mit Erste-Hilfe-Kursen für lebens- und gesundheitsbedrohliche Situationen lernen die Kursteilnehmer erst einmal alles, was für die Einordnung und das Verständnis einer psychischen Ausnahmesituation grundlegend ist. Woran erkennt man eine Depression, eine Angststörung, Panikattacke oder Psychose? Was sind Anzeichen für Sucht oder gar Suizidabsichten?

Bestandteil der Kursinhalte sind Handbücher, Übungshefte und Rollenspiele, die auf den sensiblen Umgang mit Betroffenen vorbereiten. Sich dem Betroffenen zunächst zuzuwenden und sein Problem zu erkennen, klingt einfacher als es ist. Denn das bedeutet, die eigene emotionale Hürde zu überwinden und sich seinem Gegenüber vorurteilsfrei zu öffnen. Zuzuhören und sich auf sein Gegenüber einzulassen, jedoch ohne zu urteilen und vorschnell Ratschläge zu erteilen, ist eine der schwierigsten Übungen. Denn Trauma, Ängste und Sorgen des anderen auszuhalten, ohne sie nach eigenen Maßstäben zu bewerten, erfordert Geduld und Zurückhaltung. Schließlich werden die Kursteilnehmer auch darin geschult, den Betroffenen zu ermutigen, sich im Ernstfall



weiterführende Hilfe zu suchen. Dazu müssen sie wissen, welche professionellen Angebote die psychiatrische Versorgung bereithält und welche Anlaufstelle möglicherweise für den Betroffenen die richtige ist.

Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass MHFA-Ersthelfer weniger stigmatisierende Haltungen und eine positivere Grundeinstellung gegenüber einer professionellen Behandlung zeigen, psychische Störungen besser erkennen und eher Handlungsbereitschaft zeigen und Betroffene ansprechen.

Am ZI werden auch die Kursleiter, die sogenannten Instruktorinnen, ausgebildet. Bewerben kann sich jeder, der Interesse hat. Ob er geeignet ist, wird nach festgelegten Kriterien genau geprüft. Idealerweise haben die Bewerber schon Erfahrungen im Umgang mit Betroffenen oder arbeiten in einem sozial-psychiatrischen Bereich bzw. in der psychiatrischen Versorgung. Die meisten sind Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten. Ausgebildete Instruktorinnen können dann wiederum selbst im Rahmen des MHFA-Kurskonzepts Ersthelfer ausbilden.

Die Nachfrage nach dem Angebot ist groß. Interesse an Ersthelfer-Kursen haben u. a. sowohl Unternehmen als auch

Behörden, die die Kurse für ihre Mitarbeiter buchen, aber auch Einzelpersonen, die im sozialen Bereich arbeiten oder im Alltag viel Kontakt zu Mitmenschen haben. Der Kurs wird als Präsenzveranstaltung angeboten, steht aber auch als interaktiver Online-Kurs zur Verfügung, insbesondere während der Pandemie.

„Miteinander sprechen und voneinander lernen“ ist der zentrale Gedanke der MHFA-Kurse. Wer sich die Zeit dafür nimmt, hat schon den wichtigsten Schritt getan. Mehr Zuwendung und Interesse am Mitmenschen kommen am Ende allen zugute, den Betroffenen selbst, den Angehörigen und allen in der Versorgung Tätigen. Ganz nebenbei will *Mental Health First Aid* das Stigma von psychischen Erkrankungen abbauen.

Mehr Informationen

MHFA-Ersthelfer
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
 Tel. +49 621 1703 6362
 info@mhfa-ersthelfer.de
 www.mhfa-ersthelfer.de

JEDER HAT DIE WAHL



Die DGPPN fordert die Politik auf, in der Legislaturperiode 2021–2025 der psychischen Gesundheit höchste Priorität beizumessen. Sie hat eine Reihe von Problemfeldern identifiziert, in denen Handlungsbedarf besteht.

Das Ziel ist klar: Die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen in allen Bereichen der Gesellschaft mehr Aufmerksamkeit erfahren. Auf die einzelnen politischen Bereiche übertragen, ergeben sich daraus für die nächste Legislaturperiode die folgenden fünf Handlungsfelder:

Prävention und Früherkennung stärken

Die Ansprüche an Flexibilität und Mobilität, Anpassungs- und Leistungsfähigkeit nehmen in der modernen Arbeitswelt kontinuierlich zu. Die seit Jahren steigenden

Arbeitsunfähigkeitstage und langen Ausfallzeiten zeigen, dass immer mehr Menschen, auch aus der Mitte der Gesellschaft, dem Druck nicht mehr standhalten können. Darüber hinaus muss die Aufmerksamkeit auch besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie zum Beispiel Kindern psychisch erkrankter Eltern, älteren Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie traumatisierten und sozial benachteiligten Menschen gelten. Die DGPPN setzt sich deshalb für einen Ausbau von Angeboten zur Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung von psychischen Erkrankungen ein.

Behandlung vom Bedarf aus denken

Psychische Erkrankungen wirken sich für Betroffene und ihre Angehörigen auf nahezu alle Lebensbereiche aus. Sie gehen gewöhnlich mit schweren Einschränkungen in der sozialen Interaktion und Arbeitsfähigkeit einher und verlaufen sehr unterschiedlich. Diesen besonderen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, erfordert eine Versorgungsplanung, die bestehende Zugangsbarrieren abbaut und flexible, multiprofessionelle, sektoren- und SGB-übergreifende multimodale Angebote vorhält. Die DGPPN setzt sich deshalb dafür ein, dass die bereits begonnenen Reformen konsequent weitergeführt und noch stärker auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugeschnitten werden. Das bereits bestehende Hilfesystem muss besser vernetzt, ausgestattet und zugänglich sein. Wo notwendig, muss das Angebot erweitert und flexibilisiert werden.

Forschung intensivieren

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse sind notwendig, um die Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und gleichzeitig die enormen gesamtgesellschaftlichen Kosten zu begrenzen. Während diese Kosten etwa 5 % des Bruttoinlandsprodukts betragen, wird nur 1 % der öffentlich geförderten Gesundheitsforschung in die Erforschung psychischer Erkrankungen investiert. Die Gründung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit durch das BMBF und die Etablierung des Innovationsfonds beim G-BA sind deshalb Meilensteine auf dem Weg zu einer angemessenen Finanzierung. Die DGPPN setzt sich dafür ein, dass im Deutschen Zentrum die drängendsten Fragen bearbeitet werden, wissenschaftliche Erkenntnisse schnell in der klinischen Praxis ankommen und die Breite und Interdisziplinarität der deutschen Forschungslandschaft erhalten bleibt.

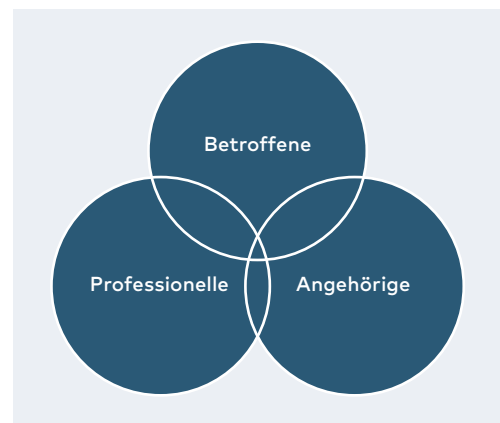
Teilhabe und Inklusion sichern

Die soziale Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist kritisch. Junge Menschen verfehlen zu oft eine Berufsausbildung oder ein Studium und werden ihrer Lebenschancen beraubt; Berufstätige bleiben zu lange arbeitsunfähig und kehren zu selten wieder in den ersten Arbeitsmarkt zurück; Menschen mit chronischen Verläufen werden zu häufig langzeitarbeitslos bis hin zu erwerbsunfähig und verlieren gegebenenfalls sogar ihre Wohnung und Existenzgrundlage. Die DGPPN setzt sich deshalb dafür ein, dass Versorgung in der Lebenswelt wie zum Beispiel psychosoziale Therapien sowie effektive

Rehabilitationsangebote niedrigschwellig erreichbar, besser miteinander verknüpft und auf die Betroffenen zugeschnitten sind.

Selbstbestimmung stärken, Zwang vermeiden

Psychische Erkrankungen können die Betroffenen in ihrer Fähigkeit, freie Entscheidungen zu treffen, erheblich einschränken. Falls sie ihre Gesundheit oder ihr Leben, oder das von Dritten, erheblich gefährden und alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, können Maßnahmen gegen ihren Willen ergriffen werden. Dies betrifft etwa jeden zehnten Patienten einer psychiatrischen Klinik, darüber hinaus auch Patienten somatischer Krankenhäuser und Bewohner von Altenheimen. Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen stellen schwere Eingriffe in die Grundrechte der Betroffenen dar und erfordern hohe rechtliche Hürden. Die DGPPN setzt sich deshalb dafür ein, dass Patientenrechte und Autonomie von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geschützt, Selbsthilfe und Trialog gestärkt, die Transparenz erhöht und wirksame Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang ergriffen werden.



Zur Beratung der notwendigen politischen und gesetzgeberischen Aktivitäten bei der Weiterentwicklung von Versorgung, Forschung und Teilhabe sollte eine trialogisch besetzte Expertenkommission beim Bundesgesundheitsministerium einberufen werden.

■ Schwerpunkt Bundestagswahl 2021

Mehr Informationen zu den Forderungen sowie die gesamte Broschüre zum Download stehen online auf dgppn.de zur Verfügung.

Jede Stimme zählt

Anlässlich der Bundestagswahl hat *Psyche im Fokus* Wünsche und konstruktive Forderungen an die Politik zum Thema psychische Gesundheit gesammelt.

Ich wünsche mir, dass endlich Regelungen geschaffen werden, die dafür sorgen, dass die Wartezeiten auf eine Psychotherapie in Deutschland für Menschen, die das dringend brauchen, erheblich reduziert werden.

*Manfred Lütz, Psychiater
Autor „Neue Irre“*

Die Zusammenarbeit von ambulanten Praxen und Kliniken müsste noch intensiver werden, damit in Krisensituationen und für die Nachsorge direkt eine Therapiemöglichkeit verfügbar ist.

*Marc Augustin, Psychiater
Mitglied der Generation PSY*

Psychisch kranke Menschen brauchen mehr als nur Chancengleichheit, sie brauchen aktive Unterstützung, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

*Jakob Hein, Psychiater
Romanautor „Hypochonder leben länger“*

Wir müssen weg von der einrichtungs- hin zur patientenzentrierten Versorgung. Um diesem Ziel ein wenig näher zu kommen, sollte es einen rechtlichen Anspruch auf stationsäquivalente Behandlungen geben. Auch müssen die starren Grenzen zwischen der psychiatrischen Behandlung und der Rehabilitation aufgeweicht werden, um Teilhabe besser zu ermöglichen.

*Jürgen Fritze, Psychiater
Ehemaliger gesundheitspolitischer Sprecher der DGPPN*

Kinder psychisch erkrankter Eltern müssen im System der Psychiatrie und in der Gesellschaft besser wahrgenommen und unterstützt werden. Das Thema „psychische Gesundheit“ gehört dringend auf sämtliche Ausbildungs- und Lehrpläne. Grund- und Menschenrechte müssen vollständig und ausnahmslos auch für Kinder angewandt werden.

*Andrea Rothenburg, Filmemacherin
Vorsitzende von Psychiatrie in Bewegung e. V.*

Gerade die Corona-Krise hat gezeigt, wieviel Leid noch im Stillen passiert. Hier liegt auch mein größter Wunsch an eine neue Regierung: Wir brauchen eine bessere Versorgungslage für die große Menge Betroffener, die oft Monate auf helfende Unterstützung, Therapieplätze oder Klinikaufenthalte warten müssen.

*Marie Gunst, Songwriterin
Mental-Health-Aktivistin*

Wichtig wäre der Ausbau von sozialpsychiatrischen Trägern, die ambulante Betreuung unbürokratisch anbieten können. Gerade für viele ältere Betroffene besteht über ambulante Betreuungsmöglichkeiten noch der einzige Kontakt zur Außenwelt. Hier könnten Genesungsbegleiter zum Einsatz kommen.

*Janine Berg-Peer, aktiv im Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
Autorin „Schizophrenie ist scheiße, Mama“*

Ich würde mir wünschen, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sowohl die Versorgung als auch die Prävention stärken, und dass die Politik mit gutem Beispiel vorangeht. Dazu gehört z. B., dass Parteitage mental-health-freundlich gestaltet und Sitzungen, die die ganze Nacht dauern, nicht glorifiziert werden.

*Dominique de Marné, Bloggerin
Gründerin des Mental Health Cafés*

Für eine gute Behandlung brauchen wir ausreichend Zeit. Dafür muss das notwendige Personal finanziert und überbordende Bürokratie abgebaut werden, denn sie bindet zu viel unserer Kapazitäten. Das macht den sonst so schönen Beruf für den Nachwuchs unattraktiv.

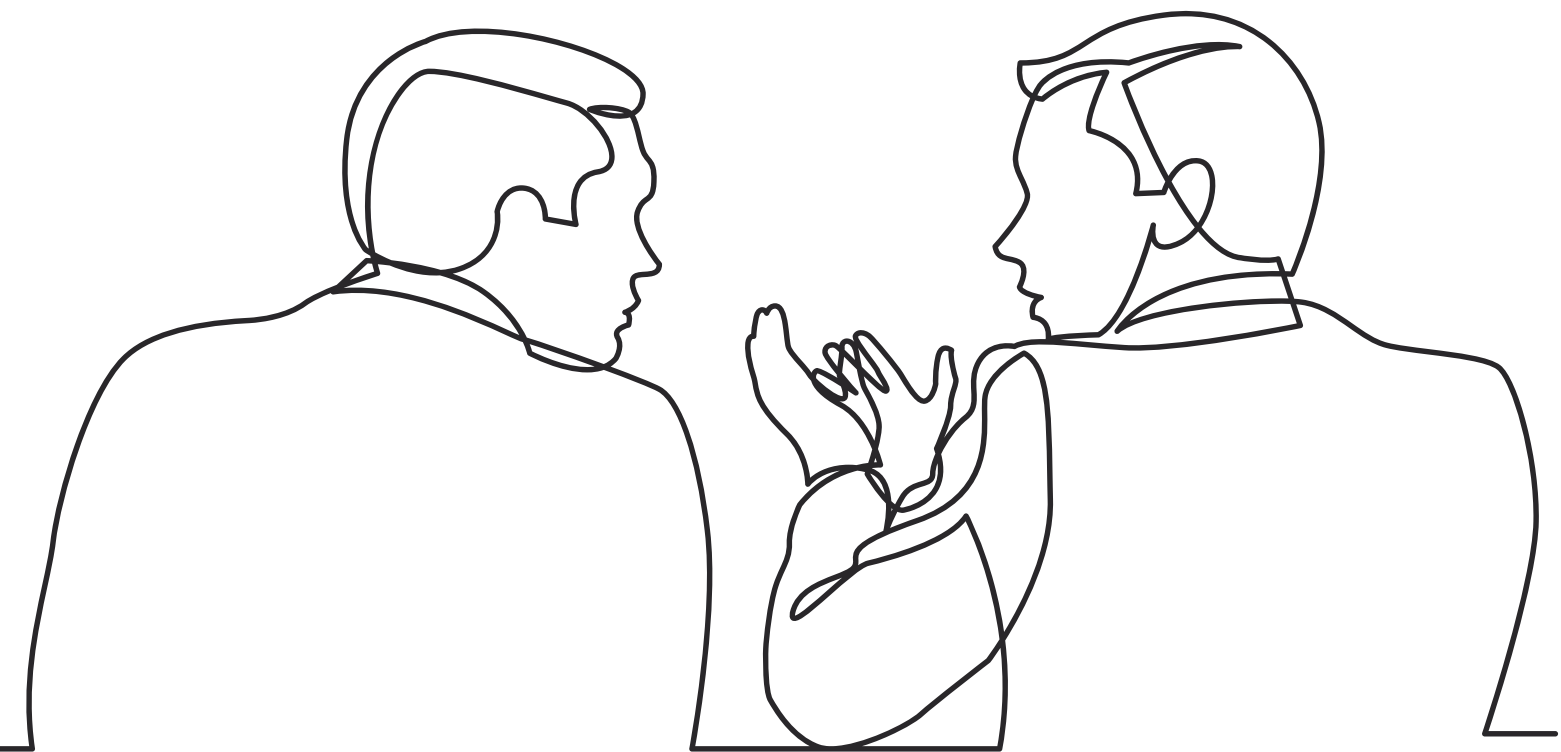
*Julia Kronsbein, Psychiaterin
DGPPN-Vorstandsmitglied*

Die Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer müssen auf ihre Vereinbarkeit mit der UN-BRK geprüft und vereinheitlicht werden. Ein erster Schritt wäre die bundesweite Verankerung von trialogischen Besuchskommissionen sowie Beschwerde- und Ombudsstellen.

Jurand Daszkowski, Vorstand Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.

Unter vier Augen

Schöne neue Welt?



Thomas Pollmächer, DGPPN-Präsident,
und Klaus Reinhardt, Präsident der Bundes-
ärztekammer, haben über psychotherapeutische
Behandlung, Reformbedarf in der Medizin, sekto-
renübergreifende Versorgung, assistierten Suizid
und das Image der Psychiatrie gesprochen.

TP: Ich freue mich sehr über unser Gespräch heute, Herr Reinhardt. Wir haben viele Schnittmengen, unsere Fachgesellschaft und die Bundesärztekammer, und die Pandemie hat uns sicherlich noch enger zusammenrücken lassen. Beginnen möchte ich aber mit einem interessanten Punkt in Ihrer Biografie, Ihrer Famulatur in der Psychiatrie in der Schweiz. Das finde ich spannend.

KR: Ja, richtig, ich habe meine Assistenzzeit damals in der kantonalen Klinik Beverin im Kanton Graubünden absolviert. Es gab dort zwei psychiatrische Kliniken der Vollversorgung mit Akutpsychiatrie und Langzeitpsychiatrie. Ich hatte gerade mein Studium in Italien abgeschlossen und konnte hier meine Italienischkenntnisse sehr gut einsetzen. Die Klinik existierte seit 1860 und diente damals als eine Art Auffangstation für Nicht-Sesshafte und für Menschen, die im sozialen Miteinander in irgendeiner Weise auffällig waren – so war das im 19. Jahrhundert. Peu à peu wurde daraus eine psychiatrische Klinik mit voller Weiterbildungsbefugnis – für Schweizer Verhältnisse eine Besonderheit. Wir fuhren in der Semesterzeit immer mittwochs nach Zürich ins Burghölzli (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) und besuchten postgraduale Fortbildungen von Asmus Finzen und Luc Ciompi, also wirklich große Namen. Vormittags fanden Vorlesungen statt, vier Stunden

am Stück, großartig, und die Archive waren voll mit Jahrhunderte alter Psychiatriegeschichte – eine wertvolle und prägende Zeit für mich.

TP: Beeindruckend, ja. Wenn Sie auf diese Zeit zurückblicken: Welche Erfahrungen waren die wertvollsten für Ihre Tätigkeit als Allgemeinmediziner? Was würden Sie sagen?

KR: Die Ausbildung in einer psychiatrischen Klinik war unglaublich wichtig für mich. Sie hat mir gewissermaßen die Augen geöffnet und mein Bewusstsein geschärft. Wir wissen ja, dass ein Drittel aller Menschen, die eine Hausarztpraxis betreten, im weitesten Sinne auch von psychischen bzw. psychosomatischen Krankheiten betroffen sind und der Blick immer auch ein ganzheitlicher sein muss. Wie wichtig diese Erkenntnis für ärztliches Handeln ist, wurde mir damals klar, vielleicht klarer als manch anderem Allgemeinmediziner, der diese Erfahrung nicht machen durfte. In Graubünden habe ich auch gelernt, dass sich psychische Erkrankungen durchaus erfolgreich behandeln lassen, auf unterschiedlichste Art und Weise. Meine Patienten bekommen bei Bedarf auch immer psychotherapeutische Gespräche im hausärztlichen Sinne angeboten. Somit konnte ich zahlreiche Patienten mit depressiven Erkrankungen mit sehr guten Ergebnissen hausärztlich



Angesichts der gegenwärtigen Prävalenzen ist Multiprofessionalität aus der Perspektive der Psychiatrie etwas ganz Normales."

Thomas Pollmächer

begleiten, wenn erforderlich, auch mit Psychopharmaka zur Unterstützung der Therapie. Als ich 1993 als Hausarzt anfang, waren SSRI in Deutschland noch nicht sehr weit verbreitet, in der Schweiz schon. Dabei steht die Behandlung mit Psychopharmaka für mich nicht im Vordergrund, wichtig ist und war mir immer das psychotherapeutische Angebot im Ganzen – also, sich selbstverständlich um seine Patienten zu kümmern, wenn sie Hilfe benötigen. Den Patienten zuzuhören und mit ihnen zu reden, dieses Grundverständnis ärztlicher Fürsorge hat für mich immer schon eine zentrale Rolle gespielt – schon zu einer Zeit, als Gesprächsleistungen im EBM noch überhaupt nicht abgebildet waren.

TP: Sie sprechen damit einen wichtigen Punkt an. Auch wir als Fachgesellschaft halten den Beitrag, den Hausärzte zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten können, für enorm wichtig. Sie bilden an dieser Stelle eine unverzichtbare Säule in der Versorgungslandschaft. Angesichts der gegenwärtigen Prävalenzen ist Multiprofessionalität aus der Perspektive der Psychiatrie etwas ganz Normales. Zumindest im stationären Bereich arbeiten wir ganz selbstverständlich mit Ergotherapeuten, Pflegekräften, Soziotherapeuten, Kunsttherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten zusammen. Im ambulanten Bereich könnte es, was die berufsgruppenübergreifende Koordination und Vernetzung betrifft, besser laufen, das muss man zugeben. Nicht ohne Grund sind sie aktuell Gegenstand wichtiger politischer Entwicklungen. Welche Auffassung vertreten Sie in dieser Hinsicht für die gesamte medizinische Versorgung?

KR: Ich sage mal so: In der Psychiatrie sieht man den Menschen ja eher holistisch, also ganzheitlich. Ein psychisch erkrankter Mensch ist, wie Sie auch bemerken, ja gewissermaßen darauf angewiesen, dass er multiprofessionell versorgt wird. Es ist deshalb ganz selbstverständlich, dass wir uns im Rahmen der hausärztlichen Versorgung auch mit psychosozialen Fragestellungen auseinandersetzen, genauso aber auch mit Aspekten der Pflege oder Geriatrie. Insofern ist es aus meiner Sicht ein absolutes Muss, dass wir als Ärzte lernen, gelassener und selbstverständlicher mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Ohne Teamarbeit geht es nicht, sie ist die Zukunft. Wir haben in Deutschland eine sehr paternalistische Tradition des Arztseins. In England oder den USA wird viel mehr im Team und viel weniger hierarchisch gearbeitet. Dort zählt Kompetenz und nicht Position. Aber ich denke, wir erleben inzwischen auch bei uns einen Wandel. Die Haltung der verfassten Ärzteschaft in Deutschland ist klar: Delegation gerne, aber keine Substitution. Manchen Verbandsvertretern von anderen Berufsgruppen reicht das nicht, sie wollen die Arztzentriertheit des Gesundheitswesens am liebsten ganz abschaffen. Es gibt Stimmen, die behaupten, dass ärztliche Aufgaben ebenso gut von anderen Berufsgruppen übernommen bzw. ärztliche Kompetenzen auf schnellem Wege von jedem erworben werden können. Da muss man sich schon fragen, ob hier das Wohl der Patienten oder eher Partikularinteressen der eigenen Berufsgruppe im Vordergrund stehen. Nach meiner festen Überzeugung muss die Gesamtverantwortung an einer Stelle gebündelt werden, Voraussetzung dafür ist eine bestimmte Qualifikation, die bei Ärztinnen und Ärzten in Form einer

umfangreichen Ausbildung sowie durch Weiter- und Fortbildungen gegeben ist. Dennoch glaube ich, dass wir mit einer ganz selbstverständlichen Grundhaltung, was die ärztliche Kompetenz betrifft, mit anderen Berufsgruppen sehr gut zusammenarbeiten.

TP: Lassen Sie uns über die Pandemie sprechen. Es ist offenkundig: Corona bringt die Schwächen unseres Gesundheitssystems ans Licht. Obwohl wir im Großen und Ganzen in Deutschland vergleichsweise gut aufgestellt sind, führt uns die Pandemie die Folgen jahrelanger Fehlsteuerungen vor Augen.

Dies betrifft vielleicht weniger den ambulanten, aber sicher den stationären Bereich. Krankenhäuser stehen unter Druck, hochmedizinische Leistungen zu belegen, um wirtschaften zu können. Völlig ausgeblendet wurde dabei, dass Krankenhäuser auch für unvorhergesehene Situationen wie die, in der wir uns gerade befinden, gewappnet sein müssen. Vergangenes Frühjahr mussten Tausende von Menschen plötzlich und auf einen Schlag versorgt werden. Wir hoffen ja alle, dass wir diese Zeit gut überstehen. Aber glauben Sie, dass wir dann wieder weitermachen wie bisher? Oder glauben Sie, dass wir die große Chance, die sich uns jetzt bietet, ergreifen können und unser Gesundheitssystem von den Grundfesten her werden nachjustieren können? Das heißt, hin zu mehr Daseinsvorsorge und weg von der Marktwirtschaft.

KR: Wir haben einen erheblichen Reformstau sowohl in Hinblick auf die stationäre Versorgung als auch in Hinblick auf die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Sektoren. Seit 25 Jahren sprechen wir davon, aber von einer Überwindung der Sektoren sind wir meilenweit entfernt. Wenn die Zusammenarbeit der Sektoren in der Ausrichtung darauf hinausläuft, dass eine der beiden Seiten droht, wegrationalisiert zu werden, dann kommen wir in Zukunft nicht weiter. Vor allem bei den Kostenträgern, aber auch bei Teilen der Politik ist dieser Zusammenhang leider noch nicht angekommen.

TP: Digitale Technologien könnten dabei helfen, den Reformstau zu überwinden. Sie haben sich gerade in Zeiten der Pandemie als wertvolle und unverzichtbare Hilfe herausgestellt: Homeoffice, Videosprechstunden, die Möglichkeit, trotz Distanz, miteinander in Verbindung zu bleiben. An vielen Stellen gibt die Pandemie

der Digitalisierung einen erheblichen Schub. Nicht nur deshalb widmen wir unseren diesjährigen DGPPN Kongress Ende November unter anderem der digitalen Transformation in der psychiatrischen Versorgung. Insbesondere in Psychiatrie und Psychotherapie sehen wir die Implementierung technischer Entwicklungen aber sowohl mit Chancen als auch mit Risiken verbunden. Wie sehen Sie das? Wie verändert die fortschreitende Digitalisierung die Medizin, insbesondere das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Methoden der sprechenden Medizin?

KR: Wir haben in den letzten Monaten gesehen, dass Telemedizin und Videosprechstunden eine sinnvolle Ergänzung zu herkömmlichen Versorgungsformen sein können. Aber keine Frage: Digitalisierung ist sehr viel mehr als nur das. Denken Sie an die großen Erwartungen, die viele mit der künstlichen Intelligenz in der Medizin verbinden. Da stehen wir heute noch ganz am Anfang. Ich glaube übrigens nicht an die angeblich schöne neue Welt, in der KI und Robotik all unsere Probleme lösen. Die neuen technischen Möglichkeiten werden auch nicht Ärztinnen und



Ohne Teamarbeit geht es nicht, sie ist die Zukunft."

Klaus Reinhardt

Ärzte ersetzen oder überflüssig machen. Perspektivisch hat die Digitalisierung das Potenzial, sowohl die Prozesse als auch grundsätzliche Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung zu verändern. Wir brauchen deshalb dringend eine Gesamtstrategie für den Ausbau der Digitalisierung und auch einen Ordnungsrahmen, der politische, rechtliche und auch ethische Aspekte der Digitalisierung umfasst. Die Bundesärztekammer hat sich in Werkstattgesprächen mit verschiedenen Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens sehr intensiv mit diesen Fragen befasst. Die Ergebnisse haben wir in einem Thesenpapier zusammengefasst, das wir in Kürze veröffentlichen werden. Eine zentrale Erkenntnis darin: Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Sie muss sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patienten orientieren und nicht an den Marktinteressen von Tech-Konzernen und digitalen

Plattformanbietern. Wenn wir darauf einen Blick haben, bietet die Digitalisierung echte Chancen für mehr Qualität und Patientenzentrierung in der Versorgung.

TP: Ja, natürlich, es gibt jede Menge Chancen. Aber in der Tat, gerade im Bereich der psychosozialen Medizin gibt es natürlich auch enorm viele Probleme – angefangen bei fehlender digitaler Teilhabe, über Datensicherheit und Datenschutz bis hin zur am Horizont auftauchenden sogenannten „digitalen Phänotypisierung“, bei der der Mensch durch alle möglichen digitalen Hilfsmittel konstruiert und dekonstruiert wird.

KR: Ja, da gebe ich Ihnen vollkommen recht. Man kann sagen, in der digitalen Welt gehen Zwischen- und Grautöne komplett verloren. In der Kommunikation und Wahrnehmung hält eine Art Robotisierung unseres Denkens und Handelns Einzug. Unter philosophischen Gesichtspunkten ist das ein Thema, mit dem wir ein ganzes Wochenende füllen könnten, lieber Herr Pollmächer.

TP: Da haben Sie recht. Kommen wir zu einem ganz anderen, sehr aktuellen und wichtigen Thema für die ganze Ärzteschaft: der ärztlich assistierte Suizid. Das Bundesverfassungsgericht postuliert ja nicht nur ein Recht sich zu suizidieren, sondern sogar ein Recht darauf, dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen, selbst bei gesunden Menschen. Der Gesetzgeber hat nun die Aufgabe, die offensichtlich damit verbundenen Gefahren durch ein legislatives Schutzkonzept zu minimieren. Wo sehen Sie bei einer gesetzlichen Neuregelung die Rolle der Ärzte?

// Die Pandemie führt uns die Folgen jahrelanger Fehlsteuerungen vor Augen."

Thomas Pollmächer

KR: Beim Thema Assistierter Suizid muss man eins feststellen: Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das auf einem sehr weitgehenden Autonomiebegriff basiert, hat Normcharakter. Das Bundesverfassungsgericht hat klar zum Ausdruck gebracht, dass das Verbot der Beihilfe zum

Suizid, auch wenn sie organisiert und regelhaft stattfindet, nicht zulässig ist, weil es die Autonomie des Einzelnen unangemessen einschränkt. Das ist die Kernbotschaft des Urteils und hat zur Folge, dass wir das diesbezügliche Verbot in unserer Berufsordnung aus meiner Sicht nicht einfach stehen lassen können. Wir würden ganz einfach riskieren, dass unsere Berufsordnung über kurz oder lang an Bedeutung verliert. In manchen Bundesländern, so auch bei uns in Westfalen-Lippe, steht heute schon in der Berufsordnung „Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Meine persönliche Grundauffassung ist es, dass die Hilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist und auch keine werden darf. Das ist auch die Haltung im Parlament. Es wird kein Arzt zur Beihilfe zum Suizid verpflichtet werden können.

TP: Also, ich verstehe, dass wir seitens der Ärzteschaft Schwierigkeiten haben werden, das Verbot aufrecht zu erhalten. Eine Soll-Lösung gefällt mir gut. Aber selbst, wenn es in dieser Hinsicht keine Norm geben wird, wäre es aus meiner Sicht wichtig, in der Muster-Berufsordnung festzuschreiben, dass die Hilfe bei einem Suizid eben keine ärztliche Aufgabe ist.

Doch kommen wir zu einer weiteren Frage und wagen einen Blick in die Zukunft: In den letzten Monaten, in denen uns die Pandemie fest im Griff hatte, stand die medizinische Versorgung sehr im Scheinwerferlicht. Die Meinung der Wissenschaft hat viel Öffentlichkeit bekommen, ist richtig populär geworden. Die Politik folgt oft, wenn auch nicht immer ihrem Rat. Was denken Sie: Kann die Ärzteschaft die Gunst der Stunde für den Bundestagswahlkampf nutzen? Was sind wesentliche Forderungen an die Parteien, die regieren wollen?

KR: Zunächst einmal ist mir wichtig, dass wir unser Gesundheitssystem nicht schlechtreden. Wir verfügen in Deutschland über gut ausgestattete Krankenhäuser und eine leistungsstarke ambulante Versorgung. Das ist der Grund, warum unser Gesundheitssystem in der Pandemie zwar enorm gefordert, aber nie überfordert war. Viel Arbeit gibt es für die nächste Bundesregierung trotzdem. Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss entsprechend seiner vielfältigen und wichtigen Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes technisch und personell besser ausgestattet werden. Die Pandemie hat auch gezeigt, dass wir über das Thema Krankenhaus neu nachdenken müssen.

Wir brauchen eine bundesweit abgestimmte Klinikplanung und eine länderübergreifende Kooperation."

Klaus Reinhardt

Wir brauchen eine bundesweit abgestimmte Klinikplanung und eine länderübergreifende Kooperation. In den vergangenen Monaten ist in dieser Hinsicht schon einiges entstanden, was vorher undenkbar war, zum Beispiel der Aufbau des Intensivregisters und die Bereitschaft der Kliniken, sich untereinander auszuhelfen. In Zukunft sollte gelten: Wir brauchen nicht überall alles. Nicht jedes Krankenhaus muss jede Behandlung anbieten. Wir benötigen spezialisierte, größere Zentren und die Grundversorgung in der Fläche. Das kann dann auch dazu führen, dass einzelne Klinikstandorte zusammengelegt werden, aber eben unterm Strich ohne den Verlust von Betten. Wichtig ist, dass angesichts des stetig steigenden Behandlungsbedarfs kein Personal abgebaut werden darf und dass Zusammenlegungen durchaus helfen können, Effizienzreserven zu heben und Ärzte von unnötigen Aufgaben zu entlasten. Und natürlich müssen wir uns der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens entgegenstellen, nicht nur bei den Kliniken, die unter enormen Effizienzdruck stehen, sondern auch im ambulanten Bereich, wo seit einigen Jahren Fremdkapitalgeber die medizinischen Einrichtungen als lukrative Geldanlage entdeckt haben. Wir arbeiten daran, dass diese und viele weitere Themen auf der Agenda der nächsten Bundesregierung stehen – und dann natürlich auch angegangen werden.

TP: Ich möchte zum Schluss den Fokus noch einmal auf unser Fach richten. In meiner Präsidentschaft steht insbesondere die Zukunft des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie auf der Agenda. Unser Image ist nicht immer positiv gewesen. Wie nehmen Sie die Rolle der Psychiatrie heute wahr?

KR: Aus meiner Sicht ist der Status der Psychiatrie sehr viel besser, als er vielleicht noch vor 15, 20 oder 25 Jahren war. Ich glaube, dass in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Möglichkeiten hinzugekommen sind, mit denen sich psychische Erkrankungen erfolgreich behandeln lassen. Ihr Fach hat sich im hohen Maße professionalisiert, weg von einer früher noch sehr individuellen Herangehensweise, hin zu klaren, definierten Behandlungsstandards. Die Grundpfei-

ler sind Rationalität und Wissenschaft. Dennoch steht es natürlich in starker Wechselwirkung zu vielen gesellschaftlichen, politischen und auch philosophischen Aspekten. Es ist ein ausgesprochen intellektuelles Fach und eins der medizinhistorisch wirklich bedeutsamen Fächer der Medizin wie die Chirurgie oder die Geburtshilfe. Mit diesem Selbstbewusstsein sollte man das Fach leben und auch dafür werben. Wenn ich nicht Hausarzt geworden wäre, wäre ich mit sehr großer Wahrscheinlichkeit Psychiater geworden.

TP: Wunderbar, unsere nächste Werbekampagne machen wir mit Ihnen! Ein sehr schönes Schlusswort, lieber Herr Reinhardt. Ich danke Ihnen herzlich für das Gespräch.



Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer ist seit 2004 Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit sowie Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I in Ingolstadt und hat seit diesem Jahr das Amt des DGPPN-Präsidenten inne. Von 2012 bis 2019 war er zudem Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz.



Dr. med. (I) Klaus Reinhardt ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und seit 2011 Bundesvorsitzender des Hartmannbundes. Er wurde 2015 Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und 2019 zu deren Präsidenten gewählt.

Kongress 2021

Digitale Transformation und psychische Gesundheit

24.–27.11.2021

ALS
**PRÄSENZ-
KONGRESS**
GEPLANT

DGPPN Kongress 2021: analog trifft digital

Jetzt noch Symposien einreichen

Da der digitale Kongress 2020 sich großer Beliebtheit erfreut hat, ist der DGPPN Kongress 2021 – auch unabhängig von der unplanbaren Corona-Situation – als analog-digital-Kombination angedacht. Geplant ist, dass der Kongress vom 24.–27. November 2021 im CityCube Berlin stattfindet. Als digitale Ergänzung werden die Veranstaltungen zum Teil live ins Internet übertragen und ein zusätzlicher Programmteil wird im Nachgang als Video-on-Demand-Angebot bereitgestellt. Der Startschuss für die Anmeldung und Beitragseinreichung ist bereits gefallen.

Veranstaltungskonzept und Leitthema des DGPPN Kongresses gehen in diesem Jahr eine besondere Verbindung ein, denn im Zentrum steht die Digitalisierung.

Die digitale Transformation ist eine der größten Herausforderungen unserer Zeit und gleichzeitig eine enorme gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bezogen auf die psychische Gesundheit bergen technische Entwicklungen und ihre Integration in unseren Alltag Chancen und Risiken zugleich. Psychiatrie und Psychotherapie spielen eine zentrale Rolle bei der Begleitung, Moderation und Gestaltung dieser Veränderungen, die weit mehr sind als ein rein technischer Wandel. Die digitale Transformation berührt alle sozialen und kulturellen Bereiche unserer Gesellschaft und in großem Umfang die Themen Gesundheit, Krankheit und Behinderung.

Welchen Einfluss hat die Digitalisierung auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen? Welche Innovationen und Gefahren ergeben sich für die Diagnostik z.B. durch Verfahren der digitalen Phänotypisierung? Wie wirken sich E-Mental-Health-Angebote auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus? Wo und wie stimuliert Digitalisierung die Forschung und wo berührt sie ethische Aspekte, die nicht außer Acht gelassen werden dürfen? Mehr denn je gilt es bei allem technischen Fortschritt, den Menschen als Ganzes zu kontextualisieren und stets Datensicherheit, -schutz und -souveränität zu wahren.

Mit all diesen und weiteren spannenden Aspekten befasst sich der DGPPN Kongress 2021 unter dem Leitthema „Digitale Transformation und psychische Gesundheit“ und bildet darüber hinaus alle Facetten der Psychiatrie und Psychotherapie ab.

Das Beste aus beiden Welten

Der große Vorzug eines Präsenzkongresses: alles und alle zur selben Zeit an einem Ort. Dies möchte die DGPPN den Referenten und Kongressteilnehmern in diesem Jahr gern wieder bieten – sofern es möglich sein wird. Zwischenmenschliche Begegnungen sind vom Jahreskongress der DGPPN nicht wegzudenken. Sei es das Treffen von Experten nach einem Vortrag, das Wiedersehen von alten Kollegen oder neue Bekanntschaften. Auch kommt man mit Menschen in Kontakt, mit denen man sonst keine Gelegenheit zum Austausch hätte: Neben den Koryphäen des Fachs z.B. mit Vertretern von Selbsthilfe, Kostenträgern, Politik und Industrie. Es wird alljährlich sicht- und spürbar, dass alle trotz unterschiedlichster Hintergründe das gemeinsame Interesse an einer guten psychiatrischen Versorgung eint. Unabhängig von geplanten Fortbildungen werden an jeder Ecke neue Eindrücke und Ideen gesammelt, die der Zufälligkeit eines Live-Erlebnisses zuzuschreiben sind. Gleichzeitig bietet das digitale Angebot maximale Flexibilität für Teilnehmer, die aufgrund verschiedenster Verpflichtungen nicht vor Ort partizipieren können.

Die Fristen auf einen Blick

- Thematische Symposien
Anmeldeschluss: 16.04.2021
- Freie Vorträge
Anmeldeschluss: 25.06.2021
- Poster/E-Poster
Anmeldeschluss: 25.06.2021

Das Erfolgsrezept seit eh und je

Der DGPPN Kongress ist also die ideale Gelegenheit, um sich mit Hochkarätären des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie zu vernetzen, andererseits bietet er mit seinen CME-zertifizierten Workshops der DGPPN Akademie auch ein exzellentes Fort- und Weiterbildungsprogramm. Mehr als 30 State-of-the-Art-Symposien bilden einen zentralen Bestandteil des wissenschaftlichen Programms. Auch für den digitalen Teil des Kongresses wird eine CME-Zertifizierung angestrebt. Näheres dazu wird auf der Kongresswebsite veröffentlicht, sobald es hierzu konkrete Informationen gibt.

Eine Reihe von Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures, Diskussionsforen und Workshops werden speziell von der jungen Psychiatergeneration für die junge Psychiatergeneration konzipiert. Das Nachwuchsprogramm auf dem DGPPN Kongress wird mit Unterstützung der Mitglieder der Generation PSY zusammengestellt, und auch in diesem Jahr haben Medizinstudierende wieder die Chance, über ein Stipendium kostenfrei in die Fachwelt hineinzuschnuppern. Weitere Schwerpunktveranstaltungen sind für Pflegefachpersonen und Gesundheitsfachberufe sowie für Hausärzte vorgesehen.

Es besteht die Möglichkeit, das Kongressprogramm mit einem wissenschaftlichen Beitrag zu bereichern und gewonnene Erkenntnisse mit der Fachwelt zu teilen – ob mit einem spannenden Symposium, einem lehrreichen freien Vortrag oder einer gelungenen Posterpräsentation.

Jetzt schon vormerken

- DGPPN Kongress 2021
- 24.–27. November im CityCube Berlin
- Online-Angebot
- zwei verschiedene Pakete buchbar
- alle beliebten Formate in Planung
- Workshop-Programm vor Ort
- CME-Zertifizierung wird beantragt

Sollte der Kongress pandemiebedingt ausschließlich digital stattfinden, werden alle Teilnehmer rechtzeitig über das weitere Vorgehen informiert.

Ein Kongress, zwei Möglichkeiten

Buchbar sind grundsätzlich zwei Pakete, die im Folgenden genauer aufgeschlüsselt sind. Bis zum 30.09.2021 ist für beide Varianten ein Frühbucherrabatt erhältlich.

Berlin und Online-Paket

Diese Gebühr enthält:

- Das Ticket zum DGPPN Kongress 2021 im CityCube Berlin mit Zugang zum gesamten wissenschaftlichen Programm sowie zur Industrieausstellung und dem Angebot im Bereich Psyche und Kunst an allen vier Kongresstagen (wie gewohnt). Zusätzlich kostenpflichtig buchbar ist das Workshop-Programm, das ausschließlich vor Ort angeboten wird.
- Zusätzlich ist auch der Zugang zum Livestreaming enthalten. Wer also morgens lieber von zuhause ausgewählte laufende Veranstaltungen aus dem CityCube anschaut und nachmittags die Kollegen vor Ort treffen möchte oder umgekehrt, kann hier flexibel entscheiden.
- Die meisten State-of-the-Art-Symposien und Lectures werden aufgezeichnet und stehen im Nachgang als Video-on-Demand-Angebot auf der Kongressplattform zur Verfügung.
- Für Teilnehmende mit aktivem wissenschaftlichen Beitrag gilt das „Berlin und Online-Paket“

Online-Paket

Diese Gebühr enthält ausschließlich das digitale Angebot:

- Zugang zum Livestreaming-Angebot, d.h. rund 40 ausgewählte Veranstaltungen werden während des Kongresses im November live aus dem CityCube auf eine Online-Kongressplattform übertragen. Es besteht die Möglichkeit der Live-Interaktion mit den Referenten in Berlin.
- Die meisten State-of-the-Art-Symposien und Lectures werden aufgezeichnet und stehen im Nachgang als Video-on-Demand-Angebot auf der Kongressplattform zur Verfügung.

Alle Informationen sowie Zugang zum Anmelde- und Einreichungsportal auf dgppnkongress.de

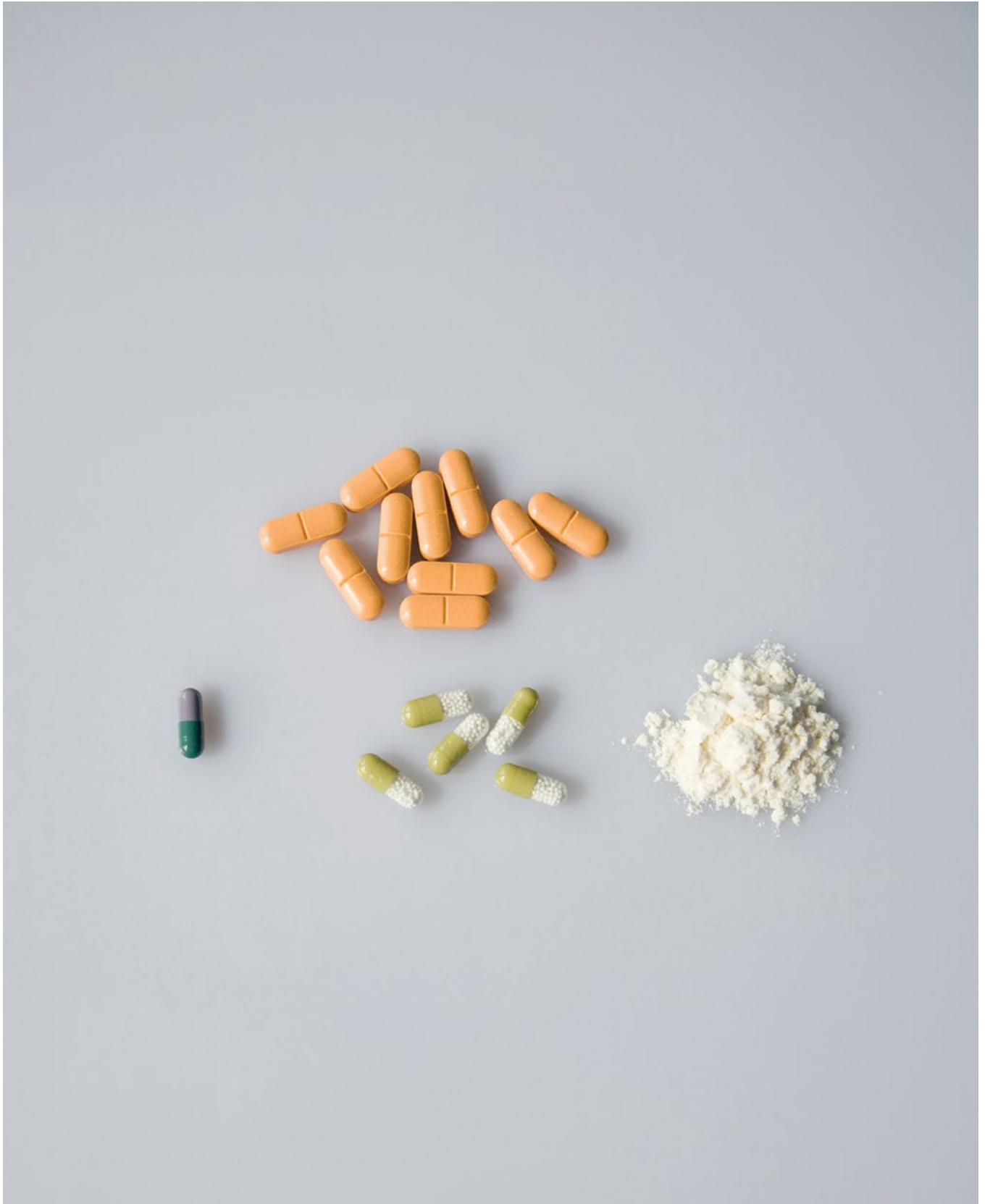


Digitale Psychotherapie
DGPPN/DGPs

Workshop

23./24.07.2021 und 03./04.12.2021

dgppn.akademie.de



Neues Wissen über Sucht

Tabak und Alkohol gelten vielfach immer noch als Genussmittel. Auch die Einnahme von Medikamenten zur Leistungssteigerung und emotionalen Stärkung ist weit verbreitet. Missbrauch und Abhängigkeit können jedoch verheerende gesundheitliche Folgen für Betroffene haben. Auch zeigen erste Untersuchungen, dass der Konsum während der Corona-Pandemie weiter gestiegen ist. Drei neue S3-Sucht-Leitlinien kommen da zur rechten Zeit.

Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit zählen zu den schwerwiegendsten Suchterkrankungen in Deutschland. In ihrer Vielfalt und Häufigkeit stellen sie sowohl gesellschaftlich als auch gesundheitsökonomisch eine große Herausforderung dar. Der Zeitpunkt, dem Thema mehr Beachtung zu schenken, könnte nicht besser gewählt sein; denn gerade die Pandemie und die mit ihr verbundenen weitreichenden Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens haben möglicherweise zu einer Zunahme von Suchterkrankungen geführt. Erfahrungen aus der Vergangenheit, z. B. während der SARS-Epidemie Anfang der 2000er Jahre, zeigen, dass soziale Isolation und Kontaktsperrungen den Alkoholkonsum befördern können.

Erste Studien aus diesem Jahr scheinen dies zu bestätigen. Eine Erhebung in Süddeutschland konnte für den ersten Lockdown im Frühjahr 2020 einen erhöhten Alkohol- und Tabakkonsum bei ca. 40% der befragten Personen feststellen. Doch welches Ausmaß Suchterkrankungen in den

vergangenen Monaten tatsächlich angenommen haben, das wird wahrscheinlich erst nach der Pandemie zu benennen sein. Davon abgesehen, sind gute Präventions- und Behandlungsangebote dringend gefragt und Leitlinien leisten einen wichtigen Beitrag dazu. Sie bündeln den aktuellen fachübergreifenden Forschungsstand und leiten konkrete Handlungsempfehlungen daraus ab, die direkt in der Praxis ankommen.

Begleitet von einem Grußwort der Bundesdrogenbeauftragten präsentierte die DGPPN Anfang des Jahres gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) die neue Leitlinie zu medikamentenbezogenen Störungen sowie die aktualisierten Auflagen der Leitlinien zu Alkohol- und Tabakabhängigkeit mit den neuesten Behandlungsstandards. Die Leitlinien entstanden in gemeinsamer Federführung unter Beteiligung zahlreicher weiterer Fachgesellschaften.

Alkohol

Wie Tabak ist auch Alkohol in unserer Gesellschaft ein allgegenwärtiges Konsum- und Wirtschaftsprodukt, das zudem von den Herstellern breit in der Öffentlichkeit beworben wird. Treten jedoch alkoholbezogene psychische oder körperliche Folgestörungen auf, wird Betroffenen zumeist nur wenig gesellschaftliche Toleranz entgegengebracht. Sie sind vielmehr „selbst schuld“, erfahren allgemeine Stigmatisierungen und bekommen zu selten Hilfe. Nur ca. 10 % der alkoholabhängigen Menschen in Deutschland werden vom Suchthilfesystem versorgt.

Die Zahlen sprechen für sich: Mehr als 40 medizinische Diagnosen stehen in einem unmittelbaren kausalen Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum, pro Tag sterben täglich in Deutschland ca. 200 Menschen bedingt durch zu hohen Alkoholkonsum. Die Folgekosten alkoholassoziierter Störungen von mindestens 30 Milliarden Euro pro Jahr liegen an der Spitze aller durch psychische Störungen verursachten Kosten. Mit etwa 330.000 stationären Behandlungen pro Jahr sind alkoholbedingte Störungen die zweithäufigste Diagnose bei allen in deutschen Krankenhäusern behandelten Patienten.

Dabei gehört regelmäßiger Alkoholkonsum zu den wichtigsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland.

Die aktualisierte S3-Leitlinie *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* zeigt auf, wie sich die Situation durch Früherkennung und Frühintervention sowie durch gestufte Interventionen flächendeckend verbessern ließe. Dabei können evidenzbasierte Interventionen direkt am individuellen Bedarf ausgerichtet und eingesetzt werden: von der Trinkmengenreduktion zur lebenslangen Abstinenz, von der offenen Selbsthilfe bis zur vollstationären psychotherapeutischen Rehabilitation.

Die Studienlage zeigt: Therapeutische Interventionen bei alkoholbezogenen Störungen sind grundsätzlich hochwirksam. Sie zeigt aber auch, dass immer noch viel zu wenige Betroffene durch die Therapieangebote erreicht werden. Frühe Präventionsmaßnahmen, Frühdiagnostik, Aufklärung und Entstigmatisierung können dem entgegenwirken.

Tabak

Nach letzten Erhebungen des Statistischen Bundesamtes rauchen 22,4 % der bundesdeutschen Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr. Etwa 50 % bis 60 % der regelmäßigen Raucher gelten als abhängig, das sind bundesweit etwa 7,5 bis 9 Millionen. Während die Rauchquote insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in jüngster Zeit rückläufig ist, hält sie sich bei Erwachsenen jungen und mittleren Alters unverändert auf hohem Niveau.

Tabakkonsum ist mit zahlreichen körperlichen Folgeerkrankungen verbunden. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 13,5 % der gesamten Mortalität durch den Tabakkonsum mitbedingt ist. Zigarettenrauchen verursacht damit jährlich mehr Todesfälle als Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammengenommen. Raucher leben durchschnittlich 10 Jahre kürzer als Nichtraucher. Auch wenn Nikotin keine mit Alkohol vergleichbare betäubende Wirkung hat, ist es doch ein Suchtmittel, das mit körperlicher Abhängigkeit, Gewohnheitsbildung und psychischer Abhängigkeit einhergeht.

Die S3-Leitlinie *Rauchen und Tabakabhängigkeit* widmet sich also einem Thema, das von größter gesamtgesellschaftlicher Relevanz ist. Eine Empfehlung: die breit aufgestellte Diagnostik und Behandlung. Angesichts der hohen Verbreitung der Tabakabhängigkeit sollten alle Menschen z. B. von ihrem Hausarzt regelmäßig nach ihrem Konsum von Tabak, E-Zigaretten, Shishas und ähnlichen Produkten befragt werden und niedrigschwellig motivierende Beratung und Entwöhnungsangebote erhalten. Zur Behandlung eignen sich verhaltenstherapeutische Ansätze und insbesondere bei hoher Abhängigkeit die Kombination mit einer Pharmakotherapie. Die Leitlinie enthält zudem differenzierte Empfehlungen für den Rauchstopp bei somatischer oder psychischer Komorbidität.

Die Leitlinie richtet sich nicht nur an die in der Versorgung relevanten Berufsgruppen, sie sendet auch wichtige Signale an die Politik. Denn nach derzeitiger Gesetzeslage ist die vollständige Finanzierung einer Unterstützung von Personen, die einen Rauchstopp beabsichtigen, nur im Rahmen von Präventionsmaßnahmen möglich – selbst dann, wenn eine Tabakabhängigkeit oder schwere tabakassoziierte somatische Erkrankung vorliegt. Die Empfehlungen sprechen hier eine klare Sprache: Jegliche Maßnahmen, die zum Rauchstopp beitragen, sollten unterstützt und gefördert werden.

Medikamente

Mit der neuen S3-Leitlinie *Medikamentenbezogene Störungen* haben die Autoren erstmals evidenzbasierte, wissenschaftliche Daten und Empfehlungen für die Behandlung und Therapie dieser Suchterkrankungen zusammengetragen. Obwohl keine belastbaren bevölkerungsepidemiologischen Daten zur Verbreitung von Medikamentenabhängigkeiten vorliegen, kann in Deutschland laut der epidemiologischen Suchtsurveys ESA von 2,9 Millionen Fällen von schädlichem und abhängigem Medikamentenkonsum in der Gruppe der 18- bis 64-Jährigen (12-Monats-Prävalenz) ausgegangen werden. Je nachdem welche Medikamente in den Untersuchungen erfasst werden, können die Zahlen auch höher sein. Das Risiko für schwere, teils tödliche körperliche und psychische Folgen und Entzugssyndrome ist erwiesenermaßen hoch.

Das Problem: Häufiger als bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit findet die Abhängigkeit von Medikamenten „unter dem Radar“ statt und bleibt vielfach unbemerkt. Denn mehr als bei anderen Suchtmitteln besteht bei Medikamenten ein fließender Übergang zwischen bestimmungsgemäßem Gebrauch, Fehlgebrauch, missbräuchlichem, schädlichem und abhängigem Gebrauch. Da es zudem viele Arzneimittel mit einem potenziellen Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential gibt, sind Diagnostik und Therapie in diesem Bereich besonders erschwert.

Die neu erstellte S3-Leitlinie *Medikamentenbezogene Störungen* nimmt deshalb einen besonderen Stellenwert ein. Sie empfiehlt in erster Linie, Medikamente nur in Verbindung mit einer klaren Indikation zu verordnen und die Dosierung immer wieder zu überprüfen. Dabei sollten Ärzte und andere bei der Versorgung beteiligte Berufsgruppen eng zusammenarbeiten und auch die psychischen und psychosozialen Risikofaktoren der Patienten im Blick behalten. Im Verdachtsfall, so der Rat der Experten, sollte eine Medikamententherapie auch vorzeitig beendet werden. Frühdiagnostik und präventive Maßnahmen können, gezielt eingesetzt, positive Wirkung zeigen.

S3- Leit- linien

„S3“ bezeichnet die höchste Stufe einer Leitlinienentwicklung. Dieses Niveau entspricht damit höchsten Ansprüchen, die heute auch international einheitlich definiert sind. In die Leitlinien fließen vor allem Erkenntnisse ein, die durch in der Vergangenheit gesammelte Daten belegt sind (empirische Evidenz). Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, die hier berücksichtigt werden, müssen zudem unter den beteiligten Experten und in der Fachwelt anerkannt sein.

Leitlinien, an denen die DGPPN federführend oder maßgeblich beteiligt war, stehen auch auf dgppn.de zum Download bereit.

merk-würdig

Psyche im Fokus präsentiert neueste Studienergebnisse aus dem Bereich Corona und Psyche.



Beidseitig beeinflusst

Eine retrospektive Kohortenstudie in den USA liefert wichtige Erkenntnisse zur Wechselbeziehung zwischen psychischen Erkrankungen und COVID-19. Untersucht wurde bei über 60.000 Personen das Auftreten von psychischen Erkrankungen, Demenz und Schlaflosigkeit während der ersten 14 bis 90 Tage nach einer COVID-19-Diagnose. Demnach ist bei Patienten ohne psychiatrische Vorgeschichte eine COVID-19-Erkrankung mit erhöhter Inzidenz einer psychiatrischen Diagnose verbunden. Verglichen wurde die Auftretenswahrscheinlichkeit mit dem Risiko z. B. an Influenza, Gallenstein-Leiden oder einer Hautinfektion zu erkranken. Ein weiteres Ergebnis zeigt, dass eine vorangegangene diagnostizierte psychische Erkrankung mit einer höheren Corona-Inzidenz assoziiert war.

Quelle: Taquet M et al. (2020) Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry* 8(2) doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4

Kein Kinderspiel

Dass Kinder und Jugendliche stark unter der Pandemie leiden, zeigen aktuelle Ergebnisse der Hamburger COPSY-Studie. In der Online-Umfrage wurden 1000 Kinder und Jugendliche und mehr als 1600 Eltern befragt. Demnach zeigt fast jedes dritte Kind psychische Auffälligkeiten. Sorgen und Ängste haben zugenommen, auch depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen sind verstärkt zu beobachten. Viele Kinder beklagen einen deutlichen Verlust an Lebensqualität. Hinzu kommt eine Verschlechterung des Gesundheitsverhaltens, z. B. durch ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und verstärkten Medienkonsum. Betroffen sind dabei vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund.

Quelle: Ravens-Sieber U et al. (2021) Impact of the COVID 19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry* doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5



Verlockender Lockdown

In einer Studie des ZI Mannheim und der Uniklinik Nürnberg wurden über 2000 Personen zu ihrem Alkohol- und Tabak-Konsumverhalten während des ersten Lockdowns 2020 befragt. Die Ergebnisse zeigen bei 37 % der Befragten, dass sie zunehmend zu Alkohol und bei knapp 43 %, dass sie zunehmend zur Zigarette greifen. Die Gründe sind vielfältig und können u. a. in einem erhöhten Stresserleben, fehlender sozialer Kontrolle oder Langeweile gesehen werden. Die Untersuchung berücksichtigte auch den Einfluss soziodemografischer Faktoren wie Schulbildung oder Beschäftigungsform auf das Konsumverhalten. Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von suchtmedizinischen sozialen Aufklärungs- und Hilfsangeboten – gerade in Pandemiezeiten.

Quelle: Georgiadou E et al. (2020) Alkohol und Rauchen: Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. Dtsch Arztebl 2020; 117(25)

Besonders bedroht

In einer retrospektiven New Yorker Kohortenstudie wurden mehr als 7000 Erwachsene daraufhin untersucht, ob die Diagnose einer psychischen Erkrankung mit einer erhöhten Sterblichkeit bei COVID-19-Patienten assoziiert ist. Patienten mit z. B. einer schizophrenen Erkrankung oder einer Angststörung wurden dabei mit einer Kontrollgruppe verglichen. Für die Sterblichkeit wurden zwei Variablen herangezogen: Tod oder Entlassung in ein Hospiz innerhalb von 45 Tagen nach einem positiven Corona-Testergebnis. Es zeigte sich, dass Erwachsene mit einer schizophrenen Erkrankung ein erhöhtes Sterberisiko haben, während dies für Personen mit Angststörungen nicht zutrifft. Die Ergebnisse unterstreichen, dass für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gezielte Interventionen nötig sind, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verhindern.

Quelle: Neymani K et al. (2021) Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. JAMA Psychiatry. Veröffentlichung online: 27.02.2021. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.

It's magic – Leitlinien digital

Die Methoden der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen zu verbessern, gehört zu den Kernaufgaben der DGPPN. In diesem hoch dynamischen Feld spielen praxisbezogene Leitlinien eine zentrale Rolle. Ziel ist es, den aktuellen Wissensstand kontinuierlich für die Versorgung bereitzustellen – ab sofort mit digitaler Unterstützung.

Aktuell stehen 16 AWMF-zertifizierte S3- oder S2k-Leitlinien zur Verfügung, die unter Federführung der DGPPN entstanden sind. Weitere sechs Leitlinien befinden sich derzeit in der Entwicklung oder Revision. Parallel ist die DGPPN an 49 aktuellen Leitlinienprojekten beteiligt. Durch die aktuelle G-BA-Ausschreibung könnten weitere S3-Leitlinien hinzukommen.

Das umfassende DGPPN-Leitlinienportfolio zeichnet sich durch hohe Qualitätsanforderungen und entsprechende methodische Standards bei ihrer Entwicklung aus. Die Sichtbarkeit der Leitlinien, die für alle relevanten psychischen Erkrankungen existieren, wirkt sich zunehmend auf die Versorgung aus, denn sie geben den betreffenden Berufsgruppen systematische Empfehlungen und Hilfen an die Hand, die für Behandlungssicherheit sorgen.

Da der Prozess des Erstellens und der Überarbeitung von Leitlinien zeitlich und finanziell äußerst aufwendig ist, lässt sich eine Menge optimieren. So werden beispielsweise strukturelle Synergien bei der Erstellung verschiedener Leitlinien bisher kaum genutzt. Auch was ihren Einsatz in der Praxis betrifft, wurde die schnelle Entscheidungsfindung für den Nutzer bislang durch oftmals unhandliches Format, Länge und Unübersichtlichkeit der zusammengestellten Empfehlungen erschwert.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) verfolgt seit einigen Jahren eine Strategie zur Digitalisierung von Leitlinien. Geplant ist, bis 2024 eine einheitliche digitale Lösung für alle Mitgliedsfachgesellschaften wie die DGPPN bereitzustellen. Für den Start wird von der AWMF das Programm *MAGIC-app* empfohlen: ein digitales Werkzeug für die Leitlinienerstellung, das an die zukünftige AWMF-Dateninfrastruktur anbindet.

MAGICapp (Making GRADE the Irresistible Choice) wurde ursprünglich von einer Initiative norwegischer Ärzte entwickelt. Im Vordergrund stand dabei die Verbesserung medizinischer Leitlinien anhand der international anerkannten GRADE-Methodik (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) zur Evidenzbewertung.

Inzwischen hat die Initiative sich zu einer internationalen gemeinnützigen Organisation weiterentwickelt. *MAGIC-app* bietet derzeit 142 Leitlinien in 14 Sprachen an.

Für Endnutzer ermöglicht *MAGICapp* einen kostenlosen Zugang zu den Leitlinieninhalten über Browser oder in Form einer App, online oder offline. Über die nutzerfreundliche Bedienung von App und Website können Informationen auch direkt als PDF ausgedruckt werden. Zu den wei-

teren Funktionen zählen beispielsweise die Suche und die Möglichkeit, externe Ressourcen wie Literatur sowie innerhalb verschiedener Kapitel der Leitlinie zu verlinken. In einem Pilotprojekt erprobt die DGPPN derzeit die Aktualisierung, Konsentierung und Veröffentlichung der S3-Leitlinie

Demenzen mithilfe von *MAGICapp*. Als Teil einer allgemeinen Digitalisierungsstrategie soll langfristig der gesamte Leitlinienprozess von der Entwicklung bis hin zum Transfer von Leitlinienempfehlungen etwa in andere Leitlinien oder didaktische Anwendungen digitalisiert werden.

3 Fragen an Frank Jessen

Welche Vorteile bringen digitale Leitlinien?

Dank digitaler Darstellungsformen von Leitlinien – wie z. B. über die DGPPN-App – hat man das Wissen zahlreicher Leitlinien heute schon griffbereit auf dem Smartphone. Wir wollen aber noch einen Schritt weiter gehen und Leitlinien zukünftig vollständig digital erstellen und abbilden. Das hat für den Nutzer viele Vorteile, er kann besser nach Empfehlungen suchen, direkt auf verlinkte Quellen zugreifen oder sich Hilfen etwa in Form von Wahrscheinlichkeitstabellen für die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten anzeigen lassen.

Auf diesem Wege können Empfehlungen aus Leitlinien auch nahtlos in andere digitale Tools überführt werden, beispielsweise in Lern-Apps für Medizinstudierende oder Software für das Praxismanagement. Ein Ziel ist es auch, Empfehlungen aus verschiedenen Leitlinien besser miteinander zu verknüpfen. Wenn ich also z. B. für die Behandlung eines Patienten mit Schizophrenie in der entsprechenden Leitlinie nachschaue, könnte ich direkt auch auf Empfehlungen der Leitlinie *Psychosoziale Therapien* zugreifen.

Welche zukünftigen Entwicklungen sind denkbar?

Wünschenswert wäre, dass sich durch die Digitalisierung die Zyklen, in denen Leitlinien aktualisiert werden, stark verkürzen. Neues Wissen in Leitlinien aufzunehmen, würde viel schneller gehen. Durch solche sogenannte *Living Guidelines* kämen neue Forschungserkenntnisse viel schneller beim Patienten an. Insgesamt könnten Leitlinienempfehlungen künftig interdisziplinärer, einheitlicher, transparenter und leichter zugänglich und der Abgleich und die Anpassung deutlich erleichtert werden. Automatisierte, kostengünstige Übersetzungsdienste könnten außerdem dazu beitragen, die Sprachbarriere zu überwinden und qualitativ hochwertige Leitlinien aus Deutschland auch in anderen Sprachräumen bekannt zu machen.

Welche Erfahrungen sammeln Sie derzeit im DGPPN-Pilotprojekt „Digitale Leitlinienarbeit“?

Zusammen mit Richard Dodel aus Essen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) habe ich die wissenschaftliche Leitung und Koordination zur Aktualisierung der S3-Leitlinie *Demenzen* übernommen. Dabei machen wir im Moment erste Erfahrungen

mit dem Programm *MAGICapp*. Es wurden bereits Leitlinienkapitel angelegt, Literatur hochgeladen und demnächst werden auch die Evidenzbewertung und die daraus abgeleiteten Empfehlungen eingestellt. So sparen wir uns die vielen einzelnen Dokumente – ein großer Vorteil, da die Leitlinienerstellung ja sehr komplex ist. Jede Arbeitserleichterung ist daher sehr willkommen.



Prof. Dr. med. Frank Jessen

ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln und DGPPN-Vorstandsmitglied.

Generation
PSY

Dysthymien blühen nicht im Garten.

Wenn Frühlingsgefühle auf sich warten lassen

Lockdown, Social Distancing, allgemeine Verunsicherung: Die Pandemie schlägt spätestens im zweiten Jahr allen aufs Gemüt. Doch wo ist die Grenze zu einer ausgewachsenen Depression? Die neue Kampagne der Generation PSY treibt bunte Blüten und lässt hinter die Fassade blicken, indem sie klar macht: Dysthymien blühen nicht im Garten. Was nach Botanik und bunten Sommerblumen klingt, ist eine depressive Verstimmung, die über Jahre anhält. Viele Menschen mit einer Dysthymie funktionieren im Alltag zwar, leiden jedoch erheblich. Sie ziehen sich immer mehr zurück. Ein Tapetenwechsel oder Rausfahren ins Grüne hilft nicht.

Hier kommen Psychiater ins Spiel, die dabei helfen, dass die Welt wieder farbenfroh wird. Wie das genau geht, ob Online-Therapien helfen können und ob eine Depression für immer bleibt, darüber gibt Psychiaterin Dr. Nina Schubotz im Experteninterview Aufschluss. Als Mitglied im Team der Generation PSY engagiert sie sich vor allem für das Mentoringprogramm und bringt die Generationen zusammen. In der psychiatrischen Klinik des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee

behandelt sie eine Vielzahl von Menschen, die unter Depressionen mit unterschiedlichen Schweregraden leiden. Sie erzählt, welche Rolle dabei auch Angehörige spielen und wie ihr Alltag in der Klinik aussieht. Dass Tipps wie „Mach doch mal Sport“ oder „Du brauchst nur Ablenkung“ kontraproduktiv sind, davon berichtet ein Artikel aus Betroffenen­sicht. Es liegt nämlich schlicht nicht in der Macht der Betroffenen, die Depression mit ein bisschen Mühe und gutem Willen einfach abzustellen. Depressionen haben nichts mit Charakterschwäche zu tun. Auch darauf wie Angehörige und Freunde am besten mit der Situation umgehen, geht der Artikel ein. Depressionen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Insgesamt erkranken im Laufe eines Jahres 5,3 Mio. Menschen im Alter von 18–79 Jahren an einer unipolaren oder anhaltenden depressiven Störung. Noch mehr Zahlen, Daten, Fakten und Hintergründe zu den verschiedenen Formen der Erkrankung sowie zu den Behandlungsmöglichkeiten liefert wie immer der Lexikontext. Geballte Informationen klären darüber auf, dass Dysthymie und Depression mehr sind als ein bisschen schlechte Laune.

■ DGPPN Kongress 2021

Auch in diesem Jahr hat das Nachwuchsprogramm einige Highlights zu bieten. Die Planungen laufen auf Hochtouren – einige Zusagen sind bereits eingeflattert.

LECTURES

Klaus Wölfling

Verhaltensabhängigkeiten

Annette Güldenring

Geschlechtsdysphorie

Michael Berner

Sexuelle Funktionsstörungen

MEET-THE-EXPERT-SESSIONS

Vjera Holthoff-Detto

Gerontopsychiatrie

Ute Keller

Sucht

Kathlen Priebe

PTBS



Standpunkt

Von hier aus gesehen

Psychotherapie als Grund-
pfeiler der Psychiatrie
- eine Replik
von Sabine Herpertz,
Elisabeth Schramm und
Alexandra Philipsen



In der letzten Ausgabe forderte Martin Bohus eine Neuorientierung der psychiatrischen Psychotherapie. Seine Lösung: Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken sollte sich im Wesentlichen auf die Krisenintervention konzentrieren. Dem stellen die Autorinnen ihr Konzept der Psychotherapie als unersetzlichen Grundpfeiler der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung entgegen.

Kann es zielführend sein, auf evidenzbasierte Psychotherapie in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie zu verzichten und sie damit gerade schwer erkrankten Patienten vorzuenthalten?

In Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie werden im Vergleich zu psychosomatischen Kliniken im Schnitt deutlich schwerer erkrankte Patienten behandelt [1]. Eine reine Krisenintervention und anschließend rasche Entlassung sind hier keinesfalls geboten. Es geht vielmehr darum, gerade solchen Patienten umfassende und möglichst nachhaltige Hilfe anzubieten, die a) schwer bis hin zu lebensbedrohlich erkrankt sind, b) von ambulanter Behandlung nicht ausreichend profitieren, c) sich krankheitsbedingt nicht mehr selbst zuhause versorgen können, d) nur außerhalb ihres belastenden Umfeldes genesen können, oder e) lange Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz nicht tolerieren können (z. B. Patienten mit Psychosen oder mit Bedarf für eine DBT-PTSD-Behandlung). D. h. gerade diese Patienten benötigen mittels einer leitlinienentsprechenden, evidenzbasierten Psychotherapie die zu ihrer Gesundung notwendigen Lösungs- und Bewältigungsstrategien [2]. Zudem äußerten 81 % der Patienten bei einer Katamnese sechs Monate nach einer stationären Behandlung, dass sie den Behandlungserfolg v. a. auf die zentrale Rolle der Psychotherapie zurückführen [3]. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass die Ergebnisse einer solchen Komplexbehandlung mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie – verdeutlicht am Beispiel der häufigsten stationären Diagnosen akuter und chronischer Depressionen – mit Prä-Post-Effektstärken von knapp zwei und mehr deutlich besser ausfallen als ambulante Psychotherapien [2, 4]. Es kann somit nicht im Interesse des Patienten sein, das große und nachhaltig wirksame Potenzial stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen, das in der Regel multimodal die drei Behandlungssäulen von biologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen nutzt, für schwer Erkrankte durch Reduktion auf Kriseninterventionen weitgehend ungenutzt zu lassen.

Ist die Weiterbildung zukünftiger Fachärzte in leitlinienkonformen Psychotherapieprogrammen verzichtbar?

Dank der Einführung modularer, teil-manualisierter, störungsorientierter und z. T. transdiagnostisch wirksamer Behandlungsprogramme können durch entsprechende Curricula (z. B. für Interpersonelle Psychotherapie (IPT), *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP), Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), Metakognitive Therapie und *Motivational Interviewing*) die leitlinienentsprechenden Kompetenzen für die psychotherapeutische Behandlung erworben werden. Dabei werden die am häufigsten stationär behandelten Krankheitsbilder wie akute und chronische Depressionen, Suchterkrankungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen abgedeckt. Bereits 2013 wurden in der Literatur die besonderen Bedingungen und Ziele einer „Psychotherapie in der Psychiatrie“ dargestellt [5]. Besondere Berücksichtigung fanden dabei die Schwere und Akuität der Erkrankung der typischerweise in den Kliniken behandelten Patienten sowie die Besonderheiten des stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings und seines Kontextes. In diesem Zusammenhang wurde aufgezeigt, wie sich störungsorientierte Programme an den stationären Versorgungsalltag anpassen lassen. Entsprechend kommen solche störungsorientierten Programme auf den inzwischen rund 100 Depressionsstationen in Deutschland und der Schweiz zur Anwendung und sind dort Teil einer multimodalen Behandlung, die Patienten über die gesamte Dauer des Klinikaufenthalts hinweg angeboten wird. Ein Verzicht auf derartige spezialisierte Therapieprogramme würde einen Rückschritt für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeuten. Kompetenzen in leitliniengerechten Psychotherapieprogrammen sind daher für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie keineswegs überflüssig.

Vermittelt die neue Weiterbildungsordnung nur noch unzureichende Kompetenzen in psychotherapeutischen Techniken?

Die novellierte Musterweiterbildungsordnung (MWBO) sieht weiterhin das Erlernen von Richtlinienpsychotherapie unter regelmäßiger Supervision im Rahmen von zehn Einzelpsychotherapien, darunter zwei Langzeittherapien, vor. Neu ist die Durchführung von Gruppenpsychotherapie (120 Std.), ebenfalls unter regelmäßiger Supervision. In der Weiterbildungsordnung von Baden-Württemberg sind Supervisionen versehentlich nicht aufgeführt, was im Nachgang noch korrigiert wird. Eine weitere Neuheit ist das systematische Erlernen von evidenzbasierten Kurzinterventionen und Techniken, deren Inhalte in dem fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan (FEWP) im Detail ausgeführt werden. Der Weiterbildungsplan sieht 300 evidenzbasierte Kurzinterventionen bei Patienten aus dem gesamten psychiatrischen Krankheitsspektrum vor. Er knüpft an Konzepte einer modularen Psychotherapie [6, 7] an, für die junge Weiterbildungsassistenten stufenweise Grundkompetenzen wie psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung lernen. Vermittelt werden außerdem die wichtigsten evidenzbasierten psychotherapeutischen Techniken aus allen sozialrechtlich anerkannten Richtlinienverfahren (u. a. Fallkonzeptualisierung, Psychoedukation, Bedingungsanalysen, komplementärer Beziehungsaufbau, Problemlösestrategien, Emotionsregulationsstrategien, Exposition, Containing, Reframing, zirkuläres Fragen) und schließlich störungsorientierte Behandlungskompetenzen. Damit werden Weiterbildungsassistenten befähigt, den Patienten das anzubieten, was sie im stationären Setting am meisten brauchen: ein fürsorgliches, verstehendes Behandlungsteam und eine auf Lösung und Bewältigung ausgerichtete Psychotherapie, die den Lebenskontext des Betroffenen einbezieht und ihn in die Lage versetzt, seinen Alltag wieder zu meistern und falls erforderlich die Psychotherapie ambulant fortzuführen. Das Erlernen von Kurzzeitinterventionen erstreckt sich über die gesamte Weiterbildungszeit. Dies beginnt im ersten Jahr mit dem Erlernen von Kriseninterventionen, wenn Gesprächstechniken zur Bewältigung suizidaler Krisen erlernt werden, *Motivational Interviewing* vermittelt wird, um beispielsweise suchtkranke Patienten für eine qualifizierte Entgiftung zu gewinnen, oder veränderungsorientierte Kommunikationstechniken in der realen Akutsituation beispielhaft gelehrt werden, um eine Veränderung der Sichtweise und des Verhaltens in krisenhaften Zuspitzungen suizidaler Äußerungen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu fördern.

Darf bei der Diskussion um stationäre Psychotherapie der Faktor Personalausstattung ausgeklammert werden?

Was die Durchführung hinreichender und effizienter leitliniengerechter Psychotherapien in den Kliniken bis heute erschwert, ist der eklatante Mangel an personellen Ressourcen. Die inzwischen 30 Jahre alte PsychPV sah bislang für jeden Patienten lediglich ca. eine Wochenstunde Psychotherapie vor. Diese mit den aktuellen Behandlungsleitlinien unvereinbare psychotherapeutische Unterversorgung [8, z. B. 9] veranlasste den Gesetzgeber 2016, mit dem Psych-VVG gesetzliche Vorgaben für eine leitliniengerechte und auch hinreichende, psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde beauftragt, für Indikationen mit evidenzbasierten S3-Leitlinien normativ die Mindestvorgaben der Personalausstattung zu ermitteln. Der G-BA ist nach nunmehr vier Jahren diesem gesetzlichen Auftrag nur in Ansätzen und mit einem immensen bürokratischen Mehraufwand für die Kliniken nachgekommen. Es wird wohl noch Zeit vergehen, bis der G-BA die gesetzlichen Vorgaben erfüllen wird. Dies kann aber kein ernsthafter Grund sein, die Kliniken auf den Status der Psychiatrie der 1980er Jahre mit den Schwerpunkten Krisenintervention, Pharmako- und Soziotherapie, für die die PsychPV entwickelt wurde, zurückzuführen und festzuschreiben.

Nicht nur an Universitätskliniken, die zusätzlich mit Lehr- etats und Drittmitteln ausgestattet werden, wird trotz der beschriebenen widrigen Umstände alles daran gesetzt, in engagierter Weise die für psychiatrische Patienten notwendige Psychotherapie anzubieten. So wird in der Arbeitsgruppe um Michael Franz (Gießen) derzeit in mehreren psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ein störungsübergreifendes, modular-psychotherapeutisches System von Interventionen, Regeln und Haltungen untersucht, welches die Basis bildet, mit der verschiedene psychotherapeutische, auch störungsorientierte Methoden verbunden werden. Mit Hilfe dieses Systems soll auch bei hochakuten Patienten psychotherapeutisch gearbeitet werden. Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie weisen auf eine hohe Nutzungsakzeptanz und Einsetzbarkeit hin [10]. An immer mehr Kliniken werden solche modularen Behandlungsprogramme derzeit etabliert.

Zusammenfassend sind die Autorinnen dieses Artikels davon überzeugt, dass auch angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie die hier skizzierte Identität unseres Fachs wünschen, die die feste Verankerung der Psychotherapie als einen unersetzlichen Grundpfeiler der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung psychisch erkrankter Patienten beinhaltet. Weiterbildungsassistenten erleben ein solches Behandlungsangebot an den Kliniken für ihre Patienten als erforderlich und für die eigene professionelle Identität sinnstiftend. Das Kernelement der stationären Säule des Fachgebiets „Psychiatrie und Psychotherapie“ ist nicht eine durch Finanz- und damit Personalnot erzwungene Reduktion auf die Krisenintervention, sondern der Anspruch, Patienten so umfassend und intensiv – und damit zwingend auch psychotherapeutisch anspruchsvoll – zu behandeln, dass sie nachhaltig symptomfrei oder zumindest deutlich verbessert entlassen werden, sie wieder ihr Leben im häuslichen und Arbeitsumfeld bewältigen und ihnen eine ambulante Anschlusstherapie zu ihrer Stabilisierung ausreicht.

Literatur

- 1 Wiegand HF et al. (2020) Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung: Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Dtsch Arztebl Int* 117:472–479
- 2 Schramm E et al. (2007) An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 164:768–777
- 3 Maß R et al. (2019) Inpatient treatment decreases depression but antidepressants may not contribute. A prospective quasi-experimental study. *Compr Psychiatry* 94:152124
- 4 Brakemeier E-L et al. (2015) Overcoming Treatment Resistance in Chronic Depression: A Pilot Study on Outcome and Feasibility of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as an Inpatient Treatment Program. *Psychother Psychosom* 84:51–56
- 5 Hertz SC, Schnell K, Falkai P (Hrsg) (2012) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Kohlhammer, Stuttgart
- 6 Schnell K, Hertz SC (2011) Psychotherapy in psychiatry: the current situation and future directions in Germany. *Eur Arch Psychiatry and Clin Neurosci* 261:129–134
- 7 Hertz SC (2020) Modulare Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Konzeptueller, empirisch informierter Beitrag. *Psychotherapeut* 65:331–336
- 8 Nervenarzt (2015) Sonderheft Stationäre Versorgung in der Psychiatrie. <https://link.springer.com/journal/115/volumes-and-issues/86-5>.
- 9 Normann C et al. (2015) Aufwand und Finanzierung leitliniengerechter, psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus. *Nervenarzt* 86:534–541
- 10 Lucke S, Pabst A, Franz M (2020) Der Einsatz eines störungsübergreifenden, multiprofessionellen ‚Betriebssystems‘ für die Psychiatrie: die Perspektive der Nutzer. *Psychiatr Prax* 47:440–445



Autorinnen

Prof. Dr. med. Sabine C. Hertz ist ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg. Ihr wissenschaftlicher Fokus liegt u. a. auf der Psychotherapieforschung. Sie war von 2009 bis 2020 Mitglied im DGPPN-Vorstand.



Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm ist klinische Psychologin und Psychotherapeutin, Sektionsleiterin „Psychotherapie in der Psychiatrie“ an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg im Breisgau. Sie forscht u. a. zum Thema Psychotherapie-Outcome.



Prof. Dr. med. Alexandra Philippen ist Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn. Einer ihrer wissenschaftlichen Schwerpunkte liegt im Bereich der experimentellen Psychotherapieforschung.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

pressestelle@dgppn.de

Präsident

Thomas Pollmächer

(V.i.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht

Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:

Gabriel Gerlinger (Leitung) | Julie Holzhausen (Leitung)

Isabelle Lork (Koordination) | Michaela Peeters

Slava Platikanova | Julia Sander

Paula Schick Tanz | Michael Wassiliwizky

Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.500 Exemplare

Erscheinungsdatum

April 2021

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

ABBILDUNGEN

Titelseite: pixabay/Piet van de Wiel; S.2 und 29: Claudia Burger; S.4: pixabay/DoroT Schenk; S.6: photocase/pencake; S.8: picture alliance/dieKLEINERT/Ivonne Schulze; S.10: Bettina Wilms: Thieme Verlag, Katharina Domschke: privat, Julia-Maleen Kronsbein: Fliedner Klinik; S.13: Buchcover: jeweils vom Verlag; S.14: photocase/marq; S.24: shutterstock/OneLineStock; S.26: shutterstock/Tiverets; S.29: Die Hoffotografen Berlin; S30: unsplash/Lobostudio-Hamburg; S.34: photocase/markusspiske; S.38/39: shutterstock/MITstudio; S.41: Frank Jessen: Universitätsklinikum Köln; S.42: iStock/Tuleedin; S.44: unsplash/Florian Klauer; S.47: Sabine Herpertz: Universitätsklinikum Heidelberg, Elisabeth Schramm: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Alexandra Philipsen: Tatjana Dachsel



DGPPN

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

Geschäftsstelle DGPPN

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

22. Juni 2021

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

DIGITAL

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppn.de