

LVR-Symposium 2013

# **ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN DER PSYCHIATRIE**

23. – 25. Januar in Köln

**Impressum**

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Layout und Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Köln, Januar 2013

## Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

nach Abschluss der Psychiatriereform als eines der großen gesellschaftlichen Reformprojekte des ausgehenden 20. Jahrhunderts, steht die Psychiatrie am Beginn des 21. Jahrhunderts unverändert vor großen Herausforderungen. Beispielhaft seien einige der anstehenden Fragen benannt:

- Wie kann die psychiatrische Versorgung einer steigenden Zahl hilfesuchender Menschen mit einem breiteren Spektrum an Störungsbildern zukünftig optimal gerecht werden?
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem wachsenden wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Entstehung, Entwicklung und Behandlung psychischer Störungen für die Praxis der psychiatrischen Versorgung?
- Wie kann die immer noch bestehende sektorale (Zer-)Gliederung der Versorgung überwunden werden?
- Welche Chancen und Risiken sind aus der unmittelbar bevorstehenden Einführung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems (PEPP) absehbar?
- Wie wird die Psychiatrie den gesellschaftspolitischen Zielen der Inklusion und Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen sowie der Gewährleistung einer humanen, patientengerechten Versorgung unter den parallelen Anforderungen von Behandlungs- und Schutzauftrag noch besser gerecht?

Als kommunaler Regionalverband und größter regionaler Träger psychiatrischer Krankenhausversorgung sieht sich der Landschaftsverband Rheinland (LVR) in einer besonderen Verantwortung, sich den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen aktiv zu stellen und als Impulsgeber für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung wirksam zu werden. Vor diesem Hintergrund möchten wir im Rahmen eines dreitägigen Symposiums eine Bestandsaufnahme zur aktuellen Situation der Psychiatrie vornehmen, Perspektiven für die weitere Entwicklung mit Ihnen diskutieren und gemeinsam Lösungsansätze für die anstehenden Probleme erarbeiten.

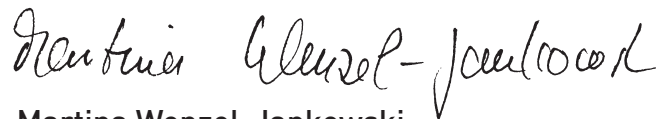
## Das Symposium wurde in drei zentrale Themenblöcke gegliedert:

- Die am **23. Januar 2013** im Mittelpunkt stehenden **Grundfragen der psychiatrischen Versorgung** fokussieren den theoretischen, gesellschaftlichen, epidemiologischen, ethischen und rechtlichen Rahmen des psychiatrischen Versorgungshandelns. Die Modellbildung psychischer Krankheit und Gesundheit und ihre Rezeption in der Bevölkerung, Chancen und Grenzen präventiver Strategien, die epidemiologische Entwicklung sowie der gesellschaftliche Auftrag der Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Behandlungs- und Schutzauftrag bilden wichtige Schwerpunkte dieses ersten Programmtages.
- Der **24. Januar 2013** widmet sich ganztägig in zwei Teilblöcken den verschiedensten Facetten der **Diagnostik und Behandlung** psychischer Störungen – Nosologie und Klassifikation, Verfahren, Methoden und Organisation. Dem breiten Spektrum psychiatrischer Behandlungsverfahren wird durch Themenschwerpunkte jeweils zu pharmakologischen und psychotherapeutischen Verfahren vertiefend Rechnung getragen. Basis und gleichzeitig notwendige Reflexion für jegliche Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Verfahren bildet die Forschung, der im Rahmen des zweiten Tages in ihrer Bedeutung für das Verständnis psychischer Störungen, aber auch als Spiegel unseres Versorgungshandelns Raum gegeben wird.
- Den Ausgang des Symposiums am **25. Januar 2013** bildet der Themenschwerpunkt **Finanzierung, Steuerung und Organisation psychiatrischer Versorgung**. Kaum eine Frage beschäftigt die psychiatrische Krankenhauslandschaft aktuell stärker als die nach den Auswirkungen des neuen Entgeltsystems. Dies vor allem mit Blick auf die erwarteten, erhofften oder befürchteten Steuerungswirkungen. Neben dem neuen Entgeltsystem PEPP werden auch alternative Modelle einer „steuernden Finanzierung“ betrachtet. Schließlich stehen Aspekte der sozialräumlichen Organisation ebenso wie die sektorenübergreifende Kooperation im Fokus des dritten Programmtages, der mit einer Podiumsdiskussion unter Beteiligung von Fachleuten und Gesundheitspolitikerinnen und -politikern endet.

Die Struktur des Symposiums mit zentralen Plenen und parallelen Schwerpunktveranstaltungen soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine flexibel an den individuellen Interessen orientierte Teilnahme ermöglichen. Die Ergebnisse der Vertiefungsworkshops werden jeweils am Ende der Programmtage im Plenum berichtet und diskutiert.

Um auch der informellen Kommunikation genügend Raum zu geben, endet der erste Programmtag (23. Januar 2013) in den Abendstunden mit einem Get-Together in den Räumlichkeiten des LVR, zu dem wir alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr herzlich einladen.

Wir danken der großen Zahl namhafter Expertinnen und Experten aus dem gesamten Bundesgebiet und dem angrenzenden Ausland für ihre Bereitschaft, das LVR-Symposium 2013 „Entwicklungsperspektiven der Psychiatrie – Bestandsaufnahme, Perspektiven, Lösungsansätze“ mit ihrem Beitrag zu unterstützen und freuen uns auf einen interessanten und vielfältigen Austausch mit Ihnen.



**Martina Wenzel-Jankowski**

LVR-Dezernentin Klinikverbund und  
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

**Programmbeirat:**

Prof. Dr. W. Gaebel,  
Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank,  
J. Heinlein, H. Höhmann, H. Lepper,  
J. Mielke, Dr. St. Rinckens, M. van Brederode

## PROGRAMM

### Mittwoch, 23. Januar 2013

Tagungsmoderation: Ralph Erdenberger

**12:00 – 12:40** **Grußworte**  
Ulrike Lubek,  
Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland  
Marlis Bredehorst, Staatssekretärin MGEPA (NRW)  
Prof. Dr. Wolfgang Maier, Präsident der DGPPN

**12:40 – 13:00** Einführung  
**Der psychisch kranke Mensch in der Gesellschaft:  
Von der Integration zur Inklusion**  
Martina Wenzel-Jankowski,  
LVR-Dezernentin Klinikverbund und  
Verbund Heilpädagogischer Hilfen

#### Block 1: Grundfragen der Psychiatrie

**13:00 – 14:00** Plenarvorträge  
**Immer mehr psychisch Erkrankte?  
Praevalenzentwicklung, Versorgungsbedarf und  
gesundheitspolitische Bedeutung  
psychischer Erkrankungen**  
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

**Medizinisch sinnvoll, ökonomisch effizient,  
ethisch vertretbar? Spannungsfelder in der psychiatrischen Versorgung**  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann, Bochum

**14:00 – 14:30** Kaffeepause

**14:30 – 16:30** Vertiefungsworkshops

#### **Workshop 1.1 (Raum Wupper)**

**Modelle psychischer Gesundheit und Krankheit**  
Vorsitz: Prof. Dr. Peter Falkai, München  
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

On the borders between sanity and mental illness  
Prof. Dr. Jim Van Os, NL-Maastricht

ADHS – Modebegriff oder Krankheit?  
Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen

„Burn-out“: Gesellschaftliches Phänomen oder  
psychische Erkrankung?  
Prof. Dr. Peter Falkai, München

### **Workshop 1.2 (Raum Rhein/Ruhr/Erft)**

**Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen  
Behandlungs- und Schutzauftrag**

Vorsitz: Prof. Dr. Tilman Steinert, Ravensburg  
Dr. Philipp Massing, Köln

Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung bei Suizidgefährdung  
Prof. Dr. Barbara Schneider, Köln

Kann die Psychiatrie ohne Zwangsmaßnahmen auskommen?  
(Zwangsmaßnahmen im internationalen Vergleich)  
Prof. Dr. Tilman Steinert, Ravensburg

Wie viel Behandlung ist in der Forensischen Psychiatrie möglich?  
Jutta Muysers, Langenfeld

Trialogische Diskussion:  
Ruth Fricke, Bochum  
Gudrun Schliebener, Bonn

### **Workshop 1.3 (Raum Niers)**

**Vorbeugen ist besser als Heilen:  
Gesundheitspromotion und Krankheitsprävention**

Vorsitz: Prof. Dr. Hans-Jürgen Grabe, Greifswald  
Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Essen

Kinder psychisch Kranker: Wie helfen wir ihnen gesund zu bleiben?  
Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Essen

Psychosoziale Traumatisierungen und ihre Folgen:  
Wie werden wir mit Belastungen fertig?  
Prof. Dr. Hans-Jürgen Grabe, Greifswald

Psychische Risiken des Alters – Wie altern wir gesund?  
PD Dr. Peter Häussermann, Köln

16:30 – 17:00 Kaffeepause

17:00 – 18:30 Plenum: Rapporteurberichte und Diskussion

ab 19:30 Get Together  
(Cafeteria/Foyer Horionhaus)  
Abendveranstaltung mit Kölschem Buffet

## Donnerstag, 24. Januar 2013

### Block 2: Diagnostik und Behandlung

09:00 – 10:00 Plenarvorträge  
Psychiatrie zwischen „Soteria“,  
Community-Treatment und Hightech-Medizin  
Prof. Dr. Peter Falkai, München

Genetische Disposition, biographische Erfahrung  
und psychische Erkrankung  
Prof. Dr. André Fischer, Göttingen

10:00 – 10:30 Kaffeepause

10:30 – 12:30 Vertiefungsworkshops

#### Workshop 2.1 (Raum Rhein/Ruhr/Erft)

Diagnostik und Klassifikation –  
therapierelevant oder stigmatisierend?

Vorsitz: Prof. Dr. Joachim Klosterkötter, Köln  
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

100 Jahre nach Bleuler: Neue diagnostische  
Konzepte zur Schizophrenie im Kontext  
von ICD-11 und DSM-5  
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf



Die Etablierung von Prodromalsyndromen  
in der Revision der modernen Klassifikations-  
systeme: Fortschritt und Chance oder  
Stigmatisierung?

Prof. Dr. Joachim Klosterkötter, Köln

Was bleibt vom Konstrukt  
der Persönlichkeitsstörungen?

Prof. Dr. Sabine Herpertz, Heidelberg

Einsatz von Biomarkern: Diagnostik der Zukunft?

Prof. Dr. Jens Wiltfang, Essen

### **Workshop 2.2 (Raum Wupper)**

#### **Verfahren und Methoden in der psychiatrischen Behandlung**

Vorsitz: Univ.-Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Aachen

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln

Psychosoziale Therapien – immer im Therapieplan,  
aber was sind ihre Wirkungen?

Die Leitlinie „Psychosoziale Therapien“

Prof. Dr. Thomas Becker, Ulm/Günzburg

Neuromodulation bei psychischen Störungen:

Unethische Manipulation oder ein Schritt zur  
kausalen Therapie?

Prof. Dr. Jens Kuhn, Köln

Erweiterte Wege der Partizipation –

Integration von recovery-orientierten Ansätzen  
in die psychiatrische Behandlung

Gianfranco Zuaboni, CH-Kilchberg

Trialogische Diskussion:

Margret Osterfeld, Dortmund

Wiebke Schubert, Münster

### **Workshop 2.3 (Raum Niers)**

#### **Behandlungsorganisation – Behandlungsqualität**

Vorsitz: Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum

Jochen Möller, Mönchengladbach

Leitlinien und Behandlungspfade als  
Instrument der Sicherung psychiatrischer  
Behandlungsqualität?  
Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum

Professionelle Kompetenzveränderungen im  
multiprofessionellen Team: Empirische  
Erfahrungen und Ausblicke aus Sicht der  
psychiatrischen Pflege  
Prof. Dr. Dirk Richter, CH-Bern

Therapeutisches Milieu –  
Schutzraum oder Hotelleistung? Zur Bedeutung  
der Station im psychiatrischen Behandlungsprozess  
Dr. Susanne Schoppmann, Duisburg

12:30 – 13:30 Mittagspause

13:30 – 14:30 Plenarvorträge  
**Wirksamkeit von Psychopharmaka im  
Vergleich zu anderen allgemeinmedizinischen Medikamenten**  
Prof. Dr. Stefan Leucht, München

**Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie**  
Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

14:30 – 15:00 Kaffeepause

15:00 – 17:00 Vertiefungsworkshops

**Workshop 2.4 (Raum Wupper)**

**Psychopharmaka – besser als ihr Ruf?**  
Vorsitz: Prof. Dr. Gerhard Gründer, Aachen  
Dr. Joachim Cordes, Düsseldorf

Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie  
Prof. Dr. Gerhard Gründer, Aachen

Subjektverträglichkeit und Lebensqualität  
unter Psychopharmaka – wer trägt Verantwortung?  
Margret Osterfeld, Dortmund

Zu viel? Zu wenig? Ohne Indikation?  
Zum Einsatz von Psychopharmaka in der Medizin  
Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen, Berlin

Trialogische Diskussion:  
Jurand Daszkowski, Hamburg  
Beate Lisofsky, Bonn

### **Workshop 2.5 (Raum Rhein/Ruhr/Erft)**

#### **Behandlungsprogramme der Psychotherapie**

Vorsitz: Univ.-Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Aachen  
Dr. Stephan Rinckens, Mönchengladbach

Schulen – vs. störungsorientierte Psychotherapie  
am Beispiel der posttraumatischen Belastungsstörung  
Univ.-Prof. Dr. Harald J. Freyberger, Greifswald

Modulare ärztliche Psychotherapie – Ein neuer Ansatz  
Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim

Integration von Psycho- und Pharmakotherapie  
am Beispiel der Depressionsbehandlung  
Univ.-Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Aachen

### **Workshop 2.6 (Raum Niers)**

#### **Beispiele psychiatrischer Forschung**

Vorsitz: Prof. Dr. Thomas Becker, Ulm/Günzburg  
PD Dr. Birgit Janssen, Düsseldorf

Psychiatrische Versorgungsforschung:  
Was ist ihr Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungssysteme?  
Prof. Dr. Thomas Becker, Ulm/Günzburg

Benchmarking psychiatrischer Qualitätsindikatoren  
– Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung?  
PD Dr. Birgit Janssen, Düsseldorf

Psychiatrische Genetik: Wieviel kann sie erklären?  
Prof. Dr. Marcella Rietschel, Mannheim

**17:00 – 18:30** Plenum:Rapporteurberichte und Diskussion

## Freitag, 25. Januar 2013

### Block 3: Versorgung und Organisation

09:00 – 10:00 Plenarvorträge  
**Versorgung von morgen: Strukturen, Prozesse, Vernetzung, Finanzierung**  
Dr. Iris Hauth, Berlin

**Qualitätsentwicklung – zwischen Evidenzbasierung  
und Konsumentenorientierung**  
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

10:00 – 10:30 Kaffeepause

10:30 – 12:30 Vertiefungsworkshops

#### **Workshop 3.1 (Raum Rhein/Ruhr/Erft)**

##### **Krankenhausversorgung und Gemeindepsychiatrie**

Vorsitz: Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln  
Dr. Stephan Rinckens, Mönchengladbach

Sektorisierung und Spezialisierung  
in der psychiatrischen Krankenhausversorgung  
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln

Suchtmedizin in der Gemeinde – was ist machbar?  
Prof. Dr. Markus Banger, Bonn

Gerontopsychiatrie – im Spannungsfeld zwischen  
Sozialpsychiatrie und Somatik  
Prof. Dr. Tillmann Supprian, Düsseldorf

Wie kommt die individuell angemessene Hilfe zur rechten Zeit  
zum psychisch kranken Menschen?  
Braucht es „Lotsen“ durch die psychiatrische Versorgung?  
Nils Greve, Solingen

#### **Workshop 3.2 (Raum Wupper)**

##### **Überwinden der sektoralen Grenzen der Behandlung**

Vorsitz: Prof. Dr. Martin Lambert, Hamburg  
Michael van Brederode, Köln

Integrierte Versorgungsmodelle –  
Vorläufer einer künftigen Regelbehandlung?  
Prof. Dr. Martin Lambert, Hamburg

Integrierte Versorgungsmodelle –  
Entwicklungsperspektiven aus Sicht eines Kostenträgers  
Göran Lehmann, Berlin

Tagesklinische Akutbehandlung und  
gemeindepsychiatrische Behandlungsprogramme –  
Patientengerechter? Wirksamer? Wirtschaftlicher?  
Prof. Dr. Stefan Priebe, GB-London

Trialogische Diskussion: Bettina Jahnke, Köln  
Wiebke Schubert, Münster

### **Workshop 3.3 (Raum Niers)**

#### **Künftige Entwicklungs- und Finanzierungsmodelle der Krankenhausversorgung**

Vorsitz: Dr. Iris Hauth, Berlin  
Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Entwicklungen und Erfahrungen mit dem Modellprojekt Hanau  
PD Dr. Thomas Schillen, Hanau

Neues Entgeltsystem: Auf dem Weg zu psychiatrischen DRGs?  
Dr. Iris Hauth, Berlin

Perspektiven der Krankenhausbehandlung im neuen Entgeltsystem?  
Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

**12:30 – 13:00** Pause

**13:00 – 14:30** Plenum: Rapporteurberichte und Gesundheitspolitisches Podium

## Veranstaltungsformen

### **Themenblöcke**

Das Symposium ist in drei Themenblöcke mit Plenarvorträgen und Vertiefungswshops gegliedert.

### **Plenarvorträge (60 Min.)**

2 Vorträge zum Hauptthema im Plenum

### **Vertiefungswshops (120 Min.)**

Impulsreferate zu spezifische Aspekten des Hauptthemas und fachliche Diskussion unter der Moderation von Expertinnen und Experten als Vorsitzende

### **Rapporteurberichte**

aus den Vertiefungswshops und Diskussion im Plenum (90 Min.)

### **Trialogische Diskussion**

In bestimmten Vertiefungswshops sind die Diskussionen zu den Impulsreferaten mit Vertreterinnen und Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen trialogisch besetzt. Selbstverständlich sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige auch in allen anderen Vertiefungswshops willkommen.

### **Gesundheitspolitisches Podium zum Tagungsthema**

Zum Abschluss des Symposiums: Expertinnen und Experten sowie Gesundheitspolitikerinnen und -politiker in der Diskussion mit dem Plenum

### **Tagungsmoderation**

in den Plenumsveranstaltungen und Moderation des Gesundheitspolitischen Podiums

## Referentinnen und Referenten, Vorsitzende

### **Prof. Dr. Markus Banger**

LVR-Klinik Bonn, Bonn

### **Prof. Dr. Thomas Becker**

Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Günzburg

### **Prof. Dr. Martin Bohus**

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim, Mannheim

### **Marlis Bredehorst**

Staatssekretärin Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (NRW)

### **Dr. Joachim Cordes**

LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

### **Jurand Daszkowski**

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Hamburg

### **Prof. Dr. Peter Falkai**

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

### **Prof. Dr. André Fischer**

Universität Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

### **Univ.-Prof. Dr. Harald J. Freyberger**

Universität Greifswald, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Greifswald

### **Ruth Fricke**

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V., Bochum

### **Prof. Dr. Wolfgang Gaebel**

LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

### **Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank**

LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln, Köln

### **Prof. Dr. Hans-Jürgen Grabe**

Universität Greifswald, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Greifswald

### **Nils Greve**

Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V., Solingen

**Prof. Dr. Gerhard Gründer**

Universitätsklinikum Aachen,  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik, Aachen

**PD Dr. Peter Häussermann**

LVR-Klinik Köln, Akademisches Lehrkran-  
kenhaus der Universität zu Köln, Köln

**Dr. Iris Hauth**

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-  
Weißensee, Berlin

**Prof. Dr. Johannes Hebebrand**

LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut  
der Universität Duisburg-Essen, Essen

**Prof. Dr. Sabine Herpertz**

Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

**Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann**

Universitätsklinikum Aachen, Klinik für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
-psychotherapie, Aachen

**Bettina Jahnke**

Inklusion durch Experten I.d.E.E. e.V.,  
Sankt Augustin

**PD Dr. Birgit Janssen**

LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,  
Düsseldorf

**Prof. Dr. Georg Juckel**

LWL-Universitätsklinikum Bochum, Bochum

**Prof. Dr. Joachim Klosterkötter**

Universitätsklinikum Köln,  
Zentrum für Neurologie und Psychiatrie,  
Köln

**Prof. Dr. Jens Kuhn**

Universitätsklinikum Köln,  
Zentrum für Neurologie und Psychiatrie,  
Köln

**Prof. Dr. Martin Lambert**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Hamburg-Eppendorf

**Göran Lehmann**

Techniker Krankenkasse, Berlin

**Prof. Dr. Stefan Leucht**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Technischen Universität München,  
München

**Beate Lisofsky**

Bundesverband der Angehörigen psychisch  
Kranker, Bonn

**Ulrike Lubek**

Direktorin des Landschaftsverbandes  
Rheinland, Köln

**Prof. Dr. Wolfgang Maier**

Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-  
kunde, Berlin

**Dr. Philipp Massing**

Landschaftsverband Rheinland, Köln

**Jochen Möller**

LVR-Klinik Mönchengladbach,  
Mönchengladbach

**Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen**

Arzneimittelkommission der deutschen  
Ärzteschaft, Berlin

**Jutta Muysers**

LVR-Klinik Langenfeld, Langenfeld



**Margret Osterfeld**

LWL-Klinik Dortmund, Dortmund

**Prof. Dr. Thomas Pollmächer**

Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt

**Prof. Dr. Stefan Priebe**

Barts and The London, School of Medicine,  
University of London, GB-London

**Prof. Dr. Dirk Richter**

Berner Fachhochschule, CH-Bern

**Prof. Dr. Marcella Rietschel**

Klinik für Psychosomatik und Psycho-  
therapeutische Medizin am Zentralinstitut  
für seelische Gesundheit Mannheim,  
Mannheim

**Dr. Stephan Rinckens**

LVR-Klinik Mönchengladbach, Mönchenglad-  
bach

**PD Dr. Thomas Schillen**

Klinikum Hanau GmbH, Hanau

**Gudrun Schliebener**

Bundesverband der Angehörigen psychisch  
Kranker, Bonn

**Prof. Dr. Barbara Schneider**

LVR-Klinik Köln, Akademisches  
Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln,  
Köln

**Univ.-Prof. Dr. Dr. Frank Schneider**

Universitätsklinikum Aachen, Klinik für  
Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik, Aachen

**Dr. Susanne Schoppmann**

Regenbogen Duisburg, Duisburg

**Wiebke Schubert**

Landesverband NRW der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V., Münster

**Prof. Dr. Tilman Steinert**

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg,  
Ravensburg-Weissenau

**Prof. Dr. Tillmann Supprian**

LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,  
Düsseldorf

**Michael van Brederode**

Landschaftsverband Rheinland, Köln

**Prof. Dr. Jim Van Os**

School for Mental Health and Neuroscience,  
NL-Maastricht

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann**

Ruhr-Universität Bochum, Institut für  
medizinische Ethik und Geschichte der  
Medizin, Bochum

**Martina Wenzel-Jankowski**

Landschaftsverband Rheinland, Köln

**Prof. Dr. Jens Wiltfang**

LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut  
der Universität Duisburg-Essen, Essen

**Gianfranco Zuaboni**

Psychiatrische Privatklinik Sanatorium  
Kilchberg, CH-Kilchberg



LVR-Symposium 2013

**ABSTRACTS  
DER PLENAR- UND IMPULSVORTRÄGE**

Stand: 16. Januar 2013

## Suchtmedizin in der Gemeinde – was ist möglich?

**Prof. Dr. Markus Banger, Bonn**

Die Kliniken und Abteilungen mit einem suchtmedizinischen Schwerpunkt befinden sich in einem hoch volatilen Umfeld. Dabei sind unabhängig von der Region verschiedene Fragen zu beantworten: Wie können möglichst viele Menschen erreicht werden, wie kann frühzeitig interveniert werden, wie können die Hilfen akzeptabel und bedarfsgerecht gestaltet werden, wie kann die Hilfe effektiver gestaltet werden, wie kann die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Kooperationspartner intensiviert werden? In dem Vortrag werden erste Antworten gegeben, um auf der Ebene gut abgestimmter interner Prozesse eine intensiviertere Vertiefungsdimension in der Vernetzung mit den extramoralen Partner zu erreichen.

## Psychosoziale Therapien – immer im Therapieplan, aber was sind ihre Wirkungen? Die Leitlinie „Psychosoziale Therapien“

**Prof. Dr. Thomas Becker, Ulm/Günzburg**

Neben den somatischen und psychotherapeutischen Verfahren stellen Psychosoziale Therapien eine wichtige Säule psychiatrischer Behandlung dar. Mit ihrem diagnoseübergreifenden Ansatz nimmt die Leitlinie eine Sonderstellung unter den S3-Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Psychiatrie (DGPPN) ein.

Sie behandelt Querschnittsthemen (Milieuthherapie, Empowerment, Recovery), gemeindepsychiatrische teambasierte Interventionen (z. B. gemeindepsychiatrische Teams, Assertive Community Treatment, Home Treatment) sowie Einzelinterventionen (z. B. Psychoedukation, Ergotherapie, künstlerische Therapien).

Im Vortrag wird ausführlicher zu Evidenz und Empfehlungen für gemeindepsychiatrische Behandlungsangebote, künstlerische Therapien sowie zur Integration ins Arbeitsleben (Supportive Employment, berufliche Rehabilitation) Stellung genommen.

## Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie

**Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim**

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist mittlerweile unbestritten und weitgehend akzeptiert – die Erforschung von Nebenwirkungen oder schädlichen Folgen der Psychotherapie steckt jedoch immer noch in den Anfängen fest. Der Vortrag versucht die möglichen Hintergründe dieses Neglects zu beleuchten und einen Überblick zu geben über den derzeitigen Stand des Wissens.

## Modulare ärztliche Psychotherapie – Ein neuer Ansatz

**Prof. Dr. Martin Bohus, Mannheim**

Die Überlegenheit störungsspezifischer Therapieansätze gegenüber tradierten schulens-basierten Ansätzen konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Damit er-

öffnet sich die Frage, wie diese modernen störungsspezifischen Konzepte didaktisch umgesetzt werden können, das heißt, in das Ausbildungssystem zum Psychotherapeuten integriert werden können. Die modulare Psychotherapie basiert auf der Annahme, dass jedes störungsspezifische Konzept sich aus einer definierten Anzahl von therapeutischen Komponenten (Modulen: Basis-Kompetenzen; therapeutischen Strategien und Techniken, sowie spezifischen Techniken) zusammensetzt. Diese Module können im Sinne einer schulen-übergreifenden Taxonomie definiert, charakterisiert und gelehrt werden. Der Vortrag gibt eine Einführung in die Denk- und Sichtweise dieses Modells.

## **Psychopharmaka – besser als ihr Ruf**

**Jurand Daszkowski, Hamburg**

Psychopharmaka haben bei vielen Psychiatrie-Erfahrenen einen schlechten Ruf, aber es gibt auch Betroffene, die durch Psychopharmaka gut eingestellt sind und ein weitgehend erfülltes Leben führen können.

Die erheblichen Nebenwirkungen und auf Dauer stark lebensverkürzende Wirkung von Psychopharmaka sind allgemein bekannt, was die gesammelten Studien von Dr. Volkmar Aderhold, Memorandum der DGSP und Recherchen von dem USA Medizinjournalisten Robert Whitaker klar und eindeutig bestätigen.

Nicht nur Psychopharmaka, aber auch die Pharmaindustrie hat einen schlechten Ruf – es wird ihr oft nicht ohne Grund korruptes Verhalten und profitorientiertes Denken nachgesagt.

Die Psychopharmakaverabreichung findet außerdem nicht immer freiwillig statt, sondern nicht selten im Rahmen einer Zwangsbehandlung, was sich oft sehr traumatisierend auswirkt und von manchen Betroffenen als Folter empfunden wird.

Zu dem schlechten Ruf der Psychopharmaka hat auch die oft praktizierte Polypharmazie und Überdosierung der Medikamente beigetragen.

Es ist aber nicht zu bestreiten, dass die Psychopharmaka manchmal kleinere Übel sind und die regelmäßige Einnahme auch besseres Funktionieren von Betroffenen in der Gesellschaft sichern kann, was insbesondere auch Angehörige psychisch Erkrankter bestätigen.

Um den schlechten Ruf von Psychopharmaka zumindest etwas zu verbessern, sind die Arzneimittelstudien unabhängig von der Pharmaindustrie, regionale unabhängige und kostenlose Psychopharmakaberatung und fachliche Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka und ihre vorsichtige zeitlich begrenzte Dosierung und Vermeidung der Polypharmazie unbedingt notwendig.

Wegen der hohen Risiken bei der Einnahme von Psychopharmaka müsste zwingend der adäquate Umgang mit Psychopharmaka als Qualitätsindikator nicht nur in den Kliniken, aber auch sektorenübergreifend berücksichtigt werden, was sich in der Konzeptskizze des AQUA-Institutes „Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ schon erfreulicherweise widerspiegelt.

## **Burnout: Gesellschaftliches Phänomen oder psychische Erkrankung?**

**Prof. Dr. Peter Falkai, München**

Betrachtet man die Frage, ob psychische Erkrankungen in ihrer Prävalenz zunehmen, so kann das mit Ausnahme der Demenz für alle anderen Erkrankungen dieser Gruppe verneint werden. Betrachtet man aber die Entität „Burnout“ in der Wahrnehmung der Krankenkassen und der Bevölkerung, dann handelt es sich hier um eine Epidemie, die einen substantiellen Teil der arbeitenden Bevölkerung erreicht hat. Das Anliegen dieses Vortrages ist es, den Begriff des Burnouts zu definieren und klarzustellen, dass es sich um ein Risikostadium für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen und nicht um die Diagnose einer psychischen Erkrankung handelt. Darüber hinaus muss festgehalten werden, dass für dieses Risikostadium keine evidenz-basierten Therapieansätze vorhanden sind, sondern im Sinne einer Prävention Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Entwicklung einer manifesten psychischen Erkrankung nicht zu befördern.

Betrachtet man die gesellschaftliche Dimension des Begriffes „Burnout“ so hat es in der Menschheitsgeschichte durchaus ähnliche Epidemien, z. B. unter dem Bild der „Neurasthenie“ gegeben. Als potentielle Ursache für die Ausbreitung der Erkrankung „Neurasthenie“ wurde vor fast 100 Jahren neben dem Schienenverkehr die Einführung moderner Kommunikationsinstrumente beschuldigt. Überträgt man dieses auf die heutige Welt, so sind Begriffe wie Globalisierung aber auch Informationsgesellschaft angetan, um die Überforderung des Menschen

in seiner Arbeitswelt zu charakterisieren und eine Erklärungsgrundlage zu bieten, um das Phänomen „Burnout“ zu charakterisieren.

## **Psychiatrie zwischen „Soteria, Community-treatment und Hightech-Medizin“**

**Prof. Dr. Peter Falkai, München**

Die Psychiatrie ist eine der ältesten Facharztdisziplinen der Medizin und hat in ihrer wechselvollen Geschichte immer mit der Schwierigkeit gekämpft, entweder ihren lebenswissenschaftlichen oder ihren geisteswissenschaftlichen Grundlagen gerecht werden zu müssen. Ausdruck dieser Interaktion ist zum Einen die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, auf der anderen Seite einer Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie. Die Entwicklung wissenschaftlicher Methoden zum Verständnis von ZNS- Erkrankungen haben aber dazu beigetragen, dass sich die Diskussion zwischen „nature“ und „nurture“ angeglichen hat. Wir mussten lernen, dass das Vorhandensein von Risikogenen für eine psychische Erkrankung alleine genommen nicht ausreicht, um zu einer Funktionsstörung zu führen, sondern über die Interaktion mit Umweltfaktoren biologische Kaskaden angestoßen werden, die schließlich in einer beeinträchtigten psychischen Funktion münden.

In der Diskussion der Interaktion von Risikofaktoren wird m.E. ausgelassen, dass wir für alle psychischen Störungen eine Stratifizierung im Verlauf haben. Betrachtet man die Drittelregel, so haben im Schnitt etwa ein Drittel psychisch erkrankter Menschen wenig Probleme mit ihrer Erkrankung. Bei

einem Drittel ist die Erkrankung behandelbar, klingt aber nicht vollständig ab und beim letzten Drittel führen die therapeutischen Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg. Überträgt man diese Regel z. B. auf schizophrene Psychosen, so wird deutlich, dass abhängig von der Zugehörigkeit in eine unterschiedliche Subgruppe durchaus die Methoden einer „Soteria-basierten“ ausreichen, um eine Remission zu erreichen. Im anderen Fall muss die Methode des „Community-treatment“ bzw. der aufsuchenden Dienste in Anspruch genommen werden, um den Verlauf einigermaßen positiv beeinflussen zu können. Was die Psychiatrie braucht, um ihre therapeutischen Maßnahmen gezielt an den einzelnen Patienten zu bringen, sind valide Biomarker. Der Vorteil der Hightech-Medizin ist, dass man biologische Signaturen der Patienten entwickeln kann und in absehbarer Zeit eine gezieltere Zuordnung zu Therapiestrategien erlauben werden können.

## **Genetische Disposition, biographische Erfahrung und psychische Erkrankung**

Prof. Dr. Andre Fischer, Göttingen

Bei Menschen umfasst das Genom ca. 25000 Gene. Prinzipiell ist das Genom in jeder somatischen Zelle unseres Körpers gleich. Nicht alle Gene einer Zelle werden aber auch tatsächlich abgelesen. Gene können also aktiv oder inaktiv sein. Eine Leberzelle liest also einen anderen Teil des Genoms ab, als eine Nervenzelle. Es gibt daher strenge Kontrollmechanismen, die darüber entscheiden, wann in einer Zelle ein Gen aktiv oder inaktiv ist. Eine Reihe von unterschiedlichen zellulären Prozessen reguliert daher die Aktivität

von Genen. Hierzu zählen auch die sogenannten „epigenetischen“ Mechanismen. Man muss sich das Epigenom als eine Art zweiten Code vorstellen. Es gibt den genetischen Code der in der Basenabfolge der DNA verschlüsselt ist, aber es gibt daneben den epigenetischen Code, der dynamisch und veränderbar ist. Gleichzeitig zeigen eine Reihe von Arbeiten aber auch, dass sich erworbene epigenetische Veränderungen und damit verbundene Verhaltensweisen auf Nachkommen vererben können. Epigenetische Prozesse sind daher auch in den Fokus neuropsychiatrischer Erkrankungen gerückt. Dieser Vortrag gibt einen Überblick zum Thema Epigenetik und geht dabei speziell auf epigenetische Prozesse in Nervensystem ein.

## **„Immer mehr psychisch Kranke oder veränderte Krankheitskonzepte? Prävalenzentwicklung, Versorgungsbedarf und gesundheitspolitische Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Lebensspanne“**

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Von psychischen Erkrankungen sind Menschen in allen Altersklassen betroffen, wobei das Erkrankungsrisiko einzelner psychischer Krankheitsbilder mit dem Alter variiert (z. B. Altersabhängigkeit der Demenzen). Krankenkassen und Rentenversicherungsträger berichteten in den letzten Jahren über eine drastische und stetige Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen aufgrund von psychischen Störungen, wogegen die ersten Ergebnisse

der in diesem Jahr abgeschlossenen Deutschen Erwachsenen-Gesundheitsstudie des Robert-Koch Instituts keine Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen im Vergleich zum Bundesgesundheitsurvey 1998 zeigen. Bei relativ stabiler Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen findet sich demnach eine erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems. Mögliche Erklärungsansätze hierfür könnten verbesserte Diagnostik psychischer Erkrankungen, veränderte Krankheitskonzepte, der Abbau von Stigmatisierung psychisch Erkrankter sowie soziodemographische Faktoren darstellen (Zunahme von Demenzerkrankten, „Alterung der Gesellschaft“ und damit zwar nicht relativer, aber absoluter Fallzahlanstieg). Des Weiteren könnten Verschiebungen zwischen den Prävalenzen einzelner psychischer Erkrankungen sowie vermehrte psychische Komorbidität zu einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten bei stabiler Gesamtprävalenz führen. Vor diesem Hintergrund stellt eine adäquate Bedarfsplanung der psychiatrischen Versorgung eine besondere gesundheitspolitische Herausforderung dar.

### **„100 Jahre nach Bleuler: neue diagnostische Konzepte zur Schizophrenie im Kontext von ICD-11 und DSM-5“**

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Die Schizophrenie ist eine psychische Störung, die bei etwa 1% der Bevölkerung im Laufe des Lebens auftritt. Die klinischen Verlaufstypen der Schizophrenie sind vielfältig und reichen von einmalig im Leben auftretenden, vorübergehenden Episoden bis zu

rezidivierenden oder chronisch-persistierenden Verläufen. Insbesondere bei den letztgenannten Verläufen sind die Betroffenen in der Regel in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt. In Anbetracht der Schwere der Erkrankung und der Vielfalt ihrer klinischen Ausprägungsformen und -grade ist eine sichere Diagnostik und Klassifikation der Schizophrenie von zentraler Bedeutung für die rechtzeitige Erkennung und möglichst frühzeitige Behandlung. Aufbauend auf einer Einführung in die Historie des Schizophrenie-Konzeptes von Bleuler über Schneider und die modernen Klassifikationssysteme wie der WHO-Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und der US-amerikanischen Klassifikation (DSM-IV), werden die aktuellen Entwicklungen der Revision der Schizophrenie-Kriterien in den beiden letztgenannten Klassifikationssystemen erläutert. Es soll die Frage untersucht werden, inwiefern hier grundlegend neue diagnostische und klassifikatorische Konzepte zum Tragen kommen.

### **„Qualitätsentwicklung – zwischen Evidenzbasierung und Konsumentenorientierung“**

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

Qualität im Allgemeinen und in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen ist ein komplexes Konstrukt mit struktur-, prozess- und ergebnisorientierten Merkmalen, weitgefächerten Betrachtungsebenen und Perspektiven. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmessungen decken verschiedene Qualitätsbereiche und Versorgungsaspekte ab. Der Einbezug von wissenschaftlicher Evidenz und Expertenwissen sowie die Berücksichtigung der Pa-



tientenperspektive sind bei der Entwicklung und Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig. Evidenzbasierung und Konsumentenorientierung werden in der klinischen Praxis der „Evidenzbasierten Medizin“ in einem Konzept verbunden, wobei das Verhältnis zwischen Evidenzbasierung und Konsumentenorientierung nicht spannungsfrei ist. Mit Hilfe von wissenschaftlicher Evidenz und Expertenwissen können Empfehlungen für die bestmögliche Behandlung in definierten Behandlungssituationen festgelegt werden, die jedoch unabhängig von individuellen Patientenpräferenzen sind und hiervon in der Praxis sogar deutlich abweichen können. Daher spielt bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen der Einbezug von Patientenvertretern eine wichtige Rolle. Dies erfolgt durch eine Erfassung der Patientenperspektive, z. B. durch Patientenbefragungen. Wichtig ist auch der explizite Einbezug von Patienten bei Behandlungsentscheidungen im ärztlichen Gespräch, der sogenannten „partizipativen Entscheidungsfindung“. An Beispielen der Entwicklung von Behandlungsleitlinien wird verdeutlicht, wie evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis unter Beteiligung von Patienten und Fachvertretern ausgearbeitet werden.

## **Sektorisierung und Spezialisierung in der psychiatrischen Versorgung**

**Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank,  
Köln**

Das wichtige Prinzip der gemeindeintegrierten Behandlung und Versorgung psychisch Kranker hat seine historischen Wurzeln in

der Überzeugung, dass psychiatrische Patienten den körperlich Kranken gleichgestellt sein müssen und nicht in Anstalten außerhalb von Städten und Gemeinden untergebracht werden dürfen. Dieses Prinzip, das in Deutschland größtenteils erst nach der Psychiatrie-Enquete in den 70er Jahren nach und nach realisiert wurde, führte dazu, dass die großen psychiatrischen Landeskrankenhäuser in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verkleinert wurden. Dafür entstanden an vielen Allgemeinkrankenhäusern kleinere psychiatrische Abteilungen, die übersichtliche räumliche Sektoren versorgen und mit den komplementären, sozialpsychiatrischen Netzwerken kooperieren. Damit wurde die Versorgung psychisch Kranker in die allgemeine medizinische Basisversorgung der Bevölkerung integriert und gleichgestellt.

Neben dem Prinzip der gemeindenahen Basisversorgung ist im Bereich der somatischen Medizin auch das Prinzip der Spezialisierung selbstverständlich. So existieren für den stationären Bereich neben den Krankenhäusern der Basisversorgung auch welche der Maximal-, Schwerpunkt- und Spezialversorgung. Die wissenschaftlichen Fortschritte im Verständnis und Behandlung psychischer Störungen und die zunehmende Entwicklung spezialisierter Behandlungsmethoden und -programme für verschiedene Patientengruppen lassen eine analoge Organisation der psychiatrischen Versorgung sinnvoll erscheinen. So lassen sich Sektorisierung und Spezialisierung nicht als Gegensätze, sondern als komplementäre Ansätze der psychiatrischen Versorgung verstehen.

## **Psychosoziale Traumatisierungen und ihre Folgen: Wie werden wir mit Belastungen fertig?**

**Prof. Dr. Hans-Jürgen Grabe, Greifswald**

Psychosoziale Traumata können in Abhängigkeit der Entwicklungsphase, der Prädisposition und der aktuellen protektiven Lebensfaktoren Menschen auf ganz unterschiedliche Weise belasten. In dem Vortrag werden verschiedene Formen der Traumatisierung vorgestellt und die Assoziationen zu psychischen Erkrankungen diskutiert. Explizite Berücksichtigung finden biologische Faktoren und Konstrukte wie Optimismus und Resilienz, die als protektive Wirkfaktoren auf der Persönlichkeitsebene wirken. Therapeutische Implikationen dieser Erkenntnisse im Bereich der Früherkennung und Frühintervention werden diskutiert.

## **Wie kommt die individuell angemessene Hilfe zur rechten Zeit zum psychisch kranken Menschen? Braucht es „Lotsen“ durch die psychiatrische Versorgung?**

**Nils Greve, Solingen**

Dem Ideal des mündigen Patienten, der sich als „Kunde“ die individuell erforderlichen Hilfen beschaffen kann, können psychisch erkrankte oder behinderte Hilfesuchende vielfach nicht erfolgreich gerecht werden, so dass sie sich im vielgliedrigen und unzureichend vernetzten Gesundheits- und Sozialsystem verlieren. Benötigt werden darum verbundförmig arbeitende Hilfean-

gebote der Behandlung, Rehabilitation und lebenspraktischen Unterstützung sowie eine individuelle Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson, um auch Personen mit eingeschränkten sozialen Kompetenzen eine Versorgung „wie aus einer Hand“ zu ermöglichen. Der Vortrag untersucht Modelle „Gemeindepsychiatrischer Verbände“ und „Integrierter Versorgung“ daraufhin, inwieweit sie diesen idealtypischen Anforderungen gerecht werden.

## **Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie**

**Prof. Dr. Gerhard Gründer, Aachen**

Die Therapie mit Psychopharmaka steht traditionell in der öffentlichen Kritik, und das nicht nur bei Laien, sondern auch bei in der Patientenversorgung tätigen Fachleuten. Die Therapie mit Arzneimitteln sei nur ein „Behandeln von Symptomen“, nur eine Psychotherapie sei eine nachhaltige Therapie, die sich mit den Ursachen einer psychischen Störung auseinandersetze. Zudem sei die Therapie mit Psychopharmaka mit erheblichen Nebenwirkungen belastet, die oft in keinem Verhältnis zu ihren Wirkungen stehe. Auch veränderten Psychopharmaka die Persönlichkeit, der mit psychotropen Medikamenten behandelte Patient sei nicht mehr „er selbst“. Dieses Referat zeigt, dass viele dieser Haltungen auf tief verwurzelten Vorurteilen beruhen, die durch eine einseitige Berichterstattung in der Presse immer wieder angefacht werden. Ein rationaler Umgang mit dem Thema und eine sachliche, vorurteilsfreie Berichterstattung gerade in der Laienpresse sind nicht nur sachlich gerechtfertigt, sondern auch im Interesse aller psychisch erkrankten Menschen, da sie

zur Entstigmatisierung psychischer Störung beitragen würden.

## „Psychische Risiken des Alters – Wie altern wir gesund?“

PD Dr. Peter Häussermann, Köln

Neben der genetischen Ausstattung spielt die Prävention von Alterungsprozessen eine bedeutende Rolle für ein gutes körperliches und kognitives Altern. Potentiell neuroprotektive Medikamente, Ernährungsfaktoren, Schlaf, kognitives Training und körperliche Aktivität tragen zu einem erfolgreichen kognitiven Altern bei. Anhand von klinischen Modellen erfolgreichen Alterns werden diese exemplarisch zusammengefasst.

## Kinder psychisch Kranker: Wie helfen wir Ihnen gesund zu bleiben?

Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Essen

Die moderne Verhaltensgenetik zeigt auf, dass verschiedenste psychiatrische Störungen, wie aber auch Verhalten im Allgemeinen, stark durch genetische und getrennt gemachte Umweltfaktoren geprägt werden. Gemeinsame Umweltfaktoren sind eher von untergeordneter Bedeutung. Diese Zusammenhänge gelten nicht, sofern ein Kind unter Extrembedingungen aufwächst. Diese Kenntnisse implizieren für die Kinder psychisch kranker Eltern, dass die Kinder ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufgrund einer genetischen Belastung tragen. Nur wenn eine sehr schwere psychische Störung eines Elternteils vorliegt, die

beispielsweise durch Deprivation oder Missbrauch ein Kind unmittelbar schädigt, sind gemeinsam erlebte Umweltfaktoren von größerer Bedeutung. Gegenwärtig gibt es kaum Evidenz dafür, dass bei Kindern psychisch kranker Eltern die Entstehung psychischer Störungen verhindert werden kann. Klinisch erscheint eine altersgerechte Aufklärung der Kinder über die psychische Störung des Elternteils von Bedeutung. Vermieden werden sollte eine Stigmatisierung der Familie aufgrund der Erkrankung des Elternteils.

## „Was bleibt vom Konstrukt der Persönlichkeitsstörungen?“

Prof. Dr. Sabine Herpertz, Heidelberg

Ideengeschichtlich betrachtet hafteten dem Konzept der Persönlichkeitsstörungen lange stigmatisierende Konnotationen wie „sozial störend“, „unveränderlich“ und „schwer behandelbar“ an. Im Widerspruch hierzu stehen viele empirische Befunde, die keine grundsätzlichen Unterschiede zu anderen psychischen Erkrankungen hinsichtlich Verlauf, Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung und Therapieprognose zeigen. Das neurobiologische Wissen verweist auf strukturelle und funktionelle Hirnveränderungen, die ebenfalls nicht mit der Annahme eines grundsätzlich anderen ätiologischen Modells vereinbar sind. Wie bei vielen anderen psychischen Störungen wäre eine die kategoriale Nosologie ergänzende dimensionale funktionsorientierte Klassifikation mit ihrer größeren Nähe zu neurobiologischen Grundlagen einerseits und zur Therapieplanung und Prognoseeinschätzung andererseits hilfreich.

## ADHS – Modebegriff oder Krankheit

**Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen**

In dem vorliegenden Vortrag geht es um die Frage, ob die Prävalenz der ADHS im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter zugenommen hat oder ob die Diagnose – möglicherweise unkritisch – häufiger gestellt wird.

Im Kindes- u. Jugendalter findet sich fast überall auf der Welt eine ähnliche Prävalenz der ADHS zwischen 4 und 7%. Demgegenüber ist die Zahl der Methylphenidatverordnungen von ca. 1.5% auf 2.5% aller Elfjährigen angestiegen. Entsprechend häufiger wurde die Diagnose in diesem Alter gestellt. Andererseits erhielt nur ein geringer Prozentsatz der Betroffenen eine ausreichende Dosierung. Die Problematik der Diagnose ADHS und ihrer Behandlung soll unter Berücksichtigung medizinischer und gesellschaftlicher Aspekte in diesem Vortrag dargestellt und diskutiert werden.

## Überwindung sektoraler Grenzen der Behandlung

**Bettina Jahnke, Sankt Augustin**

Ein Statement aus Verbrauchersicht: Krankenhausversorgung und Gemeindepsychiatrie: Zwei Systeme, die sich mit ihren Angeboten künftig vermutlich immer öfter gegenseitig in die Quere kommen. Ob zentrale Strukturen (Krankenhäuser) oder dezentrale Strukturen (GPV) sich dabei als ökonomischer Wettbewerbsvorteil erweisen, bleibt abzuwarten:

- Krankenhäuser könnten zielgruppenorientierter arbeiten und besser aufeinander abgestimmte Spezialtherapien als Komplettpakete entwickeln, aber zugleich auch zu mehr Stigmatisierung beitragen.
- In der Gemeindepsychiatrie könnten sich gerade im Bereich der Integrierten Versorgung neue – von Kunden gewünschte – Behandlungsalternativen durchsetzen. Die Organisationsstrukturen sind aber recht undurchsichtig und die Angebote selektiv.

Aus Verbrauchersicht sehe ich einerseits die Gefahr einer künftigen Zweiklassenmedizin, mit Qualitätsverlusten für die breite Masse. Andererseits erhoffe ich mir in diesem Prozess einen Wandel zum Positiven, denn in beiden Systemen lässt sich viel Verbesserungspotential erkennen:

- was die Qualität der bisherigen Leistungen angeht (bisher Stabilisierung anstatt Recovery als Zielvorgabe)
- was die Haltung der Mitarbeiter in beiden Systemen angeht (bisher systemzentriertes anstatt personenzentriertes Denken und Handeln)

Als qualitätssichernde Maßnahmen wünsche ich eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation aller Angebote mit Blick auf langfristiger Genesungserfolge, sowie die Stärkung der Verbraucher-/Nutzerposition - was mehr Inklusion miteinschließt.

## **Benchmarking psychiatrischer Qualitätsindikatoren – Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung?**

PD Dr. Birgit Janssen, Düsseldorf

Die gewachsene epidemiologische und gesundheitspolitische Bedeutung der psychischen Erkrankungen lässt sich nicht zuletzt an der Tatsache ablesen, dass die Weltgesundheitsorganisation bereits im Jahr 2001 die Verbesserung der Versorgung dieser Krankheitsbilder zu einer weltweiten Schwerpunktaufgabe erklärt hat. Über 30% der in der Bundesrepublik insgesamt anfallenden direkten und indirekten Krankheitskosten werden für Patienten mit psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen ausgegeben.

Für viele dieser Krankheitsbilder konnten in den letzten Jahrzehnten erhebliche neue Möglichkeiten zu Diagnostik und Therapie zur Verfügung gestellt werden. Psychiatrische Fachgesellschaften gaben den Anstoß – ähnlich wie in anderen medizinischen Disziplinen – das vorhandene konsenterte Wissen in Form von Behandlungsleitlinien zusammen zu fassen und als Unterstützung für die ärztliche Entscheidungsfindung zur Verfügung zu stellen. Dennoch konnte gezeigt werden, dass die Versorgung psychischer Erkrankungen vielfach noch durch mangelnde Leitlinienkonformität, und daraus resultierend durch unterschiedliches qualitatives Niveau und vermeidbare Kosten gekennzeichnet ist. Es erscheint daher sinnvoll, das vorhandene Potential an erreichbarer Behandlungs- und Versorgungsqualität durch gegenseitiges Lernen von Beispielen der Best practice zu erschließen. Voraussetzung dafür ist eine kontinuierliche Erhebung

und Darlegung des vorhandenen Qualitätsniveaus durch Qualitätsindikatoren, verbunden mit vergleichenden qualitätsorientierten Rückmeldungen (Benchmarking) zwischen Versorgungsinstitutionen. Die Entwicklung von entsprechenden Qualitätsindikatoren wird aktuell durch das AQUA-Institut im Auftrag des GBA durchgeführt.

Die Erprobung von qualitätsindikatorgestützten Benchmarking-Maßnahmen unter Routinebedingungen sowie ihre Verknüpfung mit sonstigen Maßnahmen eines systematischen Qualitätsmanagements wird anhand von Ergebnissen aus Pilotprojekten diskutiert.

## **Leitlinien und Behandlungspfade als Instrument der Sicherung psychiatrischer Behandlungsqualität?**

Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum

Standardisierung in der Psychiatrie findet nach der psychopathologischen Diagnostik und nosologischen Klassifikationen zunehmend mehr nun auch im Bereich der Behandlung Anwendung. Die Entwicklung von Leitlinien für psychiatrische Krankheitsbilder ist selbstverständlich geworden, jedoch ist ihre bindende Kraft im Alltag limitiert. Erst Behandlungspfade bringen die Leitlinien-Empfehlungen in eine verbindliche Praxis. Voraussetzung hierfür ist jedoch die Einbeziehung aller Behandlungselemente und Berufsgruppen sowie eine tragfähige EDV-Grundlage. Ein solcher Ansatz wird hier am Beispiel der Entwicklung und Implementierung eines Behandlungspfades für stationäre Patienten mit einer schizophrenen Störung dargestellt. Erste Ergebnisse zeigen, dass Patienten, die gemäß des EDV-gestütz-

ten Behandlungspfades multi-modal behandelt wurden, von der klinischen Besserung, bemessen mit CGI, PANSS und PSP, deutlich besser abschnitten als die Vergleichspatienten. Dies zeigt, dass durch Einführung von Behandlungspfaden die Behandlungsqualität angehoben werden konnte, was vor dem Hintergrund des neuen Entgeltsystems bedeutsam ist.

### **„Die Etablierung von Prodromalsyndromen in der Revision der modernen Klassifikationssysteme: Fortschritt und Chance oder Stigmatisierung?“**

**Prof. Dr. Joachim Klosterkötter, Köln**

Die in den Früherkennungszentren Hilfesuchenden Risikopersonen mit präpsychotischen Prodromalsymptomen leiden zumeist unter schwerwiegenden kognitiven und affektiven Defiziten mit psychosozialen Behinderungsfolgen und sind deshalb als bereits krank und behandlungsbedürftig einzustufen. Die Etablierung einer eigenständigen Diagnosekategorie für das initiale Prodrom in DSM-V und ICD-11 würde also in erster Linie den Betroffenen dienen, die Anspruch auf die Bereitstellung eines wirksamen Therapieangebots haben und nicht länger wegen fehlender Diagnosen durch die Maschen des Gesundheitssystems fallen dürfen. Die Gefahr der Stigmatisierung kann dadurch klein gehalten werden, dass man eine solche neue Diagnose weder in der Klassifikationssystematik noch bei ihrer Handhabung in der Versorgungspraxis mit Schizophrenie in Verbindung bringt.

### **Neuromodulation bei psychischen Störungen: Unethische Manipulation oder ein Schritt zur kausalen Therapie?**

**Prof. Dr. Jens Kuhn, Köln**

Mit der Zielsetzung, auf Basis der neurowissenschaftlichen Forschungsergebnisse der letzten Jahre, eine spezifischere Therapie für schwerwiegende psychische Erkrankungen anzubieten, werden auch invasive Therapiemethoden wie die Tiefe Hirnstimulation (THS) zunehmend in Betracht gezogen. Und in der Tat scheint dieses innovative Verfahren die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten einiger, vermeintlich therapieresistenter, neuropsychiatrischer Erkrankungen etwa des Tourette-Syndroms oder der Zwangsstörung erfolgreich zu erweitern. Vor diesem Hintergrund werden immer mehr psychische Störungen bei fehlenden anderen wirksamen Therapien als mögliche Indikation der THS erprobt. So gibt es erste wissenschaftliche Projekte, die den Nutzen der THS für stoffgebundene Abhängigkeiten und die Alzheimer Demenz erforschen. Gleichwohl werden im Zusammenhang mit dem vermehrten Einsatz der Tiefen Hirnstimulation auch ethische Aspekte kritisch diskutiert. Ein Hauptkritikpunkt ist, dass der Wirkmechanismus des Verfahrens bis dato nicht abschließend verstanden ist.

Vor diesem Hintergrund möchte der Vortrag einen aufklärenden Beitrag zum derzeitigen Anwendungs-, Forschungs- und Diskussionsstand der THS bei nicht etablierten psychiatrischen Indikationen leisten.

## **Integrierte Versorgungsmodelle – Vorläufer einer künftigen Regelbehandlung?**

**Prof. Dr. Martin Lambert, Hamburg**

In den letzten 6 Jahren wurde durch den § 140 SGB V und andere gesetzliche Regelungen die Entwicklung von Integrierten Versorgungsmodellen in der Medizin vorangetrieben. Im Gegensatz zu anderen medizinischen Bereichen steht diese Entwicklung für psychische Erkrankungen erst am Anfang. Die adäquate Entwicklung wird durch zahlreiche Faktoren behindert, u. a. unzureichende gesundheitspolitische Regelungen, ökonomische Einzelinteressen oder die Implementierung von nicht evidenz-basierten Modellen. Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie wird diese Probleme eher fördern.

Der Vortrag wird sich mit den bis dato in Deutschland implementierten Integrierten Versorgungsmodellen befassen und deren Vor- und Nachteile aufzeigen. Darüber hinaus werden nationale und internationale erfolgreiche Modelle vorgestellt sowie die notwendigen politischen Rahmenbedingungen diskutiert.

## **„Entwicklungsperspektiven aus Sicht eines Kostenträgers“**

**Göran Lehmann, Berlin**

Folgende Anforderungen sollten aus Sicht eines Kostenträgers in der Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen im Mittelpunkt stehen:

### **Patientenbezug**

Die ganzheitliche Betrachtung eines Patienten über alle relevanten Bereiche des Lebens (Beruf, Familie, soziales Umfeld etc.) über einen längeren Zeitraum muss ermöglicht werden. Die Bedürfnisse des Patienten sind in den Mittelpunkt zu stellen, so dass der Ort und die Intensität der Behandlung durch den Patienten bestimmt werden. Therapiekonzepte sind individuell und bedarfsgerecht frei wählbar.

### **Sektorenübergreifend**

Die Bedeutung der bereichsübergreifenden Verzahnung aller Behandlungsangebote ist in der Psychiatrie und Psychosomatik auf Grund der chronischen Krankheitsverläufe besonders wichtig. Die Beziehungskontinuität zwischen Therapeut und Patient ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Behandlung. Die freie Wahl der Behandlungsintensität ist nur dann gewährleistet, wenn ein flexibler Wechsel zwischen den einzelnen Behandlungssektoren möglich ist.

### **Leistungsbezug**

Auch in der Psychiatrie und Psychosomatik muss Transparenz über das Leistungsgeschehen gegeben sein. Dies ist zwingend Voraussetzung für eine leistungsgerechte Vergütung. Geld muss der Leistung folgen, Fehlanreize (z. B. Up- und Downcoding) sind zu minimieren, um den Misstrauensaufwand zu begrenzen. Finanzielle Anreize sind so auszugestalten, dass patientenorientierte und bedarfsgerechte Behandlungen möglich sind. Versorgungsbudgets mit klaren Regeln für die Bemessung von Morbiditätsrisiken und einer leistungsgerechten Refinanzierung stehen dabei im Mittelpunkt der Betrachtung.

**Qualität**

Die Entwicklung einer aussagefähigen Qualitätssicherung ist elementarer Bestandteil einer sektorenübergreifenden flexiblen Behandlung. Dazu sind geeignete Qualitätsparameter (Dauer und Häufigkeit der Erkrankung, Remissionen, Arbeitsfähigkeit, Berentungen) zu definieren, die im Verhältnis zu den eingesetzten Ressourcen zu evaluieren sind. Neben der Evaluation der Ergebnisqualität könnte eine Verlaufsbeobachtung (z. B. HoNOS-D) wichtige Hinweise für die Optimierung der Prozesse liefern.

## Effizienz von Psychopharmaka im Vergleich zu anderen allgemeinmedizinischen Medikamenten

**Prof. Dr. Stefan Leucht, München**

Angestoßen durch die Veröffentlichung methodisch problematischer Metaanalysen, welche nur für schwere, nicht jedoch für leichte und mittelgradige Depressionen einen Wirksamkeitsnachweis für eine Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva erbringen konnten (z. B. Kirsch et al., 2008), besteht gegenwärtig sowohl bei vielen Ärzten als auch Patienten eine Unsicherheit und Skepsis hinsichtlich der Effektivität von Psychopharmaka. Psychiater werden daher oft mit dem Vorwurf konfrontiert, dass psychiatrische Medikamente möglicherweise nicht so wirksam seien wie Medikamente anderer medizinischer Fachrichtungen. In einer 2012 publizierten Übersichtarbeit (Leucht et al.: Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses; Br J Psychiatry 2012; 200: 97–106), welche im Rahmen des

Vortrages vorgestellt wird, wurde vor diesem Hintergrund erstmals systematisch die Wirksamkeit von Psychopharmaka im Vergleich zu Nicht-Psychopharmaka untersucht. Dazu wurden die psychiatrischen und somatischen (v.a. internistische und neurologische) Erkrankungen mit den höchsten Prävalenzraten, für die eine medikamentöse Therapie mit einer bestimmten Substanzgruppe eindeutig die Behandlungsoption der ersten Wahl darstellt, a-priori ausgewählt. Mittels systematischer Literaturrecherche wurde nach den aktuellsten Metaanalysen gesucht, in denen für das jeweilige Krankheitsbild die entsprechende Pharmakotherapie (Interventionsgruppe) mit einer Placebo-Medikation (Kontrollgruppe) verglichen wurde. Insgesamt wurden 33 Metaanalysen zu Psychopharmaka (insgesamt 8 psychiatrische Krankheitsbilder und 16 Medikamentenklassen) und 94 Metaanalysen zu Nicht-Psychopharmaka (20 somatische Erkrankungen und 48 Medikamentenklassen) analysiert. Primäres Outcome war die standardisierte mittlere Differenz (SMD) der jeweiligen Metaanalysen, eine Effektstärke für kontinuierliche Studienendpunkte (z.B. Skalenwerte psychiatrischer Rating-Skalen oder Laborwerte). Im Rahmen der statistischen Zusammenfassung der einzelnen Metaanalysen konnten für die Psychopharmaka eine gepoolte mediane SMD von 0,41 (95%iges Konfidenzintervall: 0,41-0,57) und für die somatischen Medikamente eine gepoolte mediane SMD von 0,37 (95%iges Konfidenzintervall: 0,37-0,53) ermittelt werden. Trotz der klinischen und methodologischen Heterogenität der analysierten Krankheitsbilder bzw. Metaanalysen kann aufgrund der nur geringen Unterschiede hinsichtlich der gepoolten medianen Effektstärken (SMDs) geschlussfolgert werden, dass Psychopharmaka grundsätzlich ähnlich effektiv sind wie Medikamente



anderer medizinischer Fachrichtungen. Für die Psychopharmaka konnte darüber hinaus herausgearbeitet werden, dass die Metaanalysen zur Erhaltungstherapie (z.B. Rückfallprophylaxe bei bipolaren oder schizophrenen Störungen) durchweg höhere Effektstärken (Wirksamkeitsunterschiede im Vergleich zu Plazebo) aufweisen als diejenigen, in denen Akutphase-Studien evaluiert wurden. Darüber hinaus konnte identifiziert werden, dass vor allem in psychopharmakologischen Studien die Effektstärken über die letzten Jahrzehnte hinweg kontinuierlich abgenommen haben, was primär auf ein immer besseres Abschneiden der Plazebo-Gruppen zurückgeführt werden kann. Mögliche studienmethodologische Gründe für diese Phänomene werden im Rahmen des Vortrages dargestellt und diskutiert.

## Wie viel Behandlung ist in der forensischen Psychiatrie möglich?

Jutta Muysers, Langenfeld

Behandlung im Maßregelvollzug bedeutet im Gegensatz zur Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie jahrelange stationäre Verläufe, allerdings auch von schweren und komplexen Krankheitsbildern und eben von meistens männlichen Patienten mit einem gewissen Gefährdungspotential für Straftaten. Dies ermöglicht aber z. B. gerade bei der Gruppe der jungen schizophrenen Patienten mit Sucht- und Verhaltensproblemen eine ausreichende Behandlungszeit mit einer Motivationsphase und Erarbeitung von Krankheitsverständnis.

Dies Patientengruppe zeichnet sich durch eine Zunahme im Maßregelvollzug aus. Es

handelt sich um Patienten, die zuvor bereits mehrfach, aber nicht ausreichend in der Allgemeinpsychiatrie behandelt wurden. Im Rahmen der aktuellen Entwicklungen zum Verbot von Zwangsbehandlungen ist zu erwarten, dass diese Patienten im Maßregelvollzug noch weiter zunehmen.

Die Behandlungsgrundlagen für Patienten mit Intelligenzminderungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sind im Maßregelvollzug durch stete Verbesserungen von Behandlungsmethoden und Prognosestellungen gegeben, unterliegen aber wegen der Komplexität der Krankheitsbilder Limitierungen.

## Subjektverträglichkeit und Lebensqualität unter Psychopharmaka – Wer trägt die Verantwortung?

Margret Osterfeld, Dortmund

Seit in den 90er Jahren eine neue Generation von Psychopharmaka den Markt überschwemmt, geht den psychiatrisch verordneten Medikamenten der Ruf nach, dass es für jedes seelische Leid, für jede psychosoziale Unverträglichkeit die richtige Pille gäbe. So vielversprechend schienen die neuen Medikamente zu sein, dass schon 1996 auf einer zertifizierten ärztlichen Fortbildungsveranstaltung unter der Leitung der Universitätsklinik Köln verkündet wurde: „Wenn die atypischen Neuroleptika so wenig Nebenwirkungen haben, dann können sie ja auch schon bei Kindern eingesetzt werden.“ Die Kampagnen haben sich gelohnt, heute gehören zwei atypische Neuroleptika in Deutschland zu den am häufigsten verordneten Medikamenten, und auch der Umsatz

von Antidepressiva hat sich im letzten Jahrzehnt mehr als verdoppelt.

Die Verantwortung für diesen ökonomischen Aufschwung tragen einwandfrei die verordnenden Ärzte. Ohne Psychopharmaka ver-teufeln zu wollen, möchte ich feststellen, ihr Ruf ist weit besser als ihre langfristige Wirkung. Psychopharmaka können psychische Erkrankungen nicht heilen, sie unterdrücken lediglich die Symptome einer akuten Krankheitsepisode. Dies kann durchaus sehr sinnvoll sein, doch unsere Fürsorge greift zu kurz, wenn wir Psychiater zu rasch und zu oft zum Rezeptblock greifen.

Die Psychiatrie des 21. Jahrhunderts steht vor drei Aufgaben:

- 1 Die zahlreichen Wechselwirkungen, die gerade Psychopharmaka untereinander und mit anderen Arzneien haben, dürfen nicht mehr außer Acht gelassen werden. Die Frage, ob nicht manch ein Negativsyndrom durch Kombinationstherapien und Hochdosierungen hervorgerufen wird, ist heute durchaus berechtigt.
- 2 Zumindest seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention müssen wir uns fragen, ob unser Umgang mit den Ordnungs- und Sonderrechten in der Psychiatrie – unser rascher Rückgriff auf Zwangsmedikation statt Aufklärung und Vertrauenswerb nicht kontraproduktiv war.
- 3 Psychopharmaka sind nicht der einzige und auch nicht der Hauptweg zur Behandlung von psychischen Störungen. Das wichtigste therapeutische Mittel ist immer noch die Beziehungsgestaltung. Es wird der Psychiatrie nicht gelingen, als „sprechende Medizin“ ernst genommen zu werden, wenn sie weiterhin in Forschung und Klinik ihr Hauptaugenmerk auf die medikamentöse Unterdrückung von Symptomen lenkt.

Die Grenzen der Psychopharmakotherapie sind längst bekannt, gleichgültig, ob wir von Antidepressiva, Tranquilizer oder sogenannten Antipsychotika reden. Ebenso bekannt ist die ärztliche Haltung: „Der Patient allein ist schuld an seinem Rückfall, wenn er eigenmächtig seine Medikamente absetzt.“ Dass Medikamente auch bei regelmäßiger Einnahme nur einen bedingten Rückfallschutz bieten, soll erläutert werden. Dass alle Medikamente, also auch Psychopharmaka, mehr oder weniger viele unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben, wird gerade in der Psychiatrie oft genug nicht offen gegenüber den Patienten kommuniziert. Deutlich gemacht werden soll, dass die Lebensqualität unter Neuroleptika erheblich eingeschränkt sein kann und dass dies und erst recht die Wünsche, Erfahrungen und Erwartungen des Patienten an eine Medikation berücksichtigt werden müssen. Die häufige Klage von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, dass Psychiater nicht bereit sind auf ihre Reduktionswünsche einzugehen und Reduktionsversuche medizinisch zu begleiten, passt nicht mehr in unsere Zeit.

## **Tagesklinische Akutbehandlung und gemeindepsychiatrische Behandlungsprogramme – Patientengerechter? Wirksamer? Wirtschaftlicher?**

**Prof. Dr. Stefan Priebe, London**

Gesundheitspolitische Reformen haben die psychiatrische Versorgung in den letzten Jahrzehnten in praktisch allen westlichen Ländern grundlegend verändert. Die Ergebnisse der Reformen und die entstandene Versorgungspraxis unterscheiden sich von

Land zu Land sehr. Nahezu überall aber sind gemeindepsychiatrische Einrichtungen entstanden, und auch tagesklinische Akutbehandlungen haben sich häufig etabliert. Ausgehend von der historischen Entwicklung wird der Vortrag die wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität tagesklinischer Akutbehandlung und gemeindepsychiatrischer Behandlungsprogramme zusammenfassen. Dabei werden insbesondere Befunde zur Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt. Bei der Diskussion der entsprechenden Forschung müssen verschiedene methodische Schwierigkeiten und Grenzen berücksichtigt werden. Vor allem aber können die Ergebnisse nur vor dem Hintergrund konzeptioneller und praktischer Erwägungen interpretiert werden, welche die Generalisierung von Studienergebnissen erschweren. Der Vortrag versucht, daraus Folgerungen für die mögliche Rolle tagesklinischer Akutbehandlung und gemeindepsychiatrischer Behandlungsprogramme in der deutschen Situation abzuleiten.

## **Professionelle Kompetenzveränderungen im multiprofessionellen Team: Empirische Erfahrungen und Ausblicke aus Sicht der psychiatrischen Pflege**

**Prof. Dr. Dirk Richter, CH-Bern**

Die psychiatrische Versorgung in den westlichen Ländern sieht sich erheblichen Herausforderungen gegenüber, die zweifelsohne zu massiven Veränderungen führen werden:

- neue Ansprüche der PatientInnen und KlientInnen (Inklusion, Recovery, therapeutische Entscheidungsfindungen, weniger Zwang etc.),

- zunehmender Mangel an Fachpersonal (v. a. ÄrztInnen, Pflegefachpersonen),
- verbesserte Aus- und Weiterbildung und Akademisierung der psychiatrischen Pflege,
- Unsicherheiten bezüglich der Wirksamkeit pharmakologischer Therapien.

Diese Entwicklungen zwingen dazu, die Kooperation im multiprofessionellen Team zu überdenken und neu zu gestalten. Ein wesentlicher Anteil daran wird die vermehrte Übernahme von Verantwortung der psychiatrischen Pflege ausmachen. Der Beitrag skizziert die Richtung der Veränderungen und diskutiert die Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Professionen.

## **Psychiatrische Genetik: wie viel kann sie erklären?**

**Prof. Dr. Marcella Rietschel, Mannheim**

Schon seit Jahrhunderten ist es bekannt, dass psychische Störungen gehäuft in Familien vorkommen. Die genaue Art der Vererbung hat lange Zeit große Rätsel aufgegeben und tut es weiterhin. Die Hoffnungen durch die Anwendung moderner Technologien, wie die der Untersuchung des gesamten Genoms, rasch Einblicke in die Ursachen psychischer Störungen zu erhalten oder den Krankheitsverlauf des einzelnen Betroffenen besser vorhersagen zu können, wurden immer wieder enttäuscht. So stellt sich nun mancher ernüchert die Frage, was und wie viel kann das Forschungsfeld der Psychiatrischen Genetik eigentlich zum Verständnis und zur Therapie psychischer Störungen beitragen.

Psychische Störungen sind wie alle Volkskrankheiten komplex bedingt, dies bedeutet,

dass sowohl genetische als auch Umweltfaktoren zur Entstehung der Erkrankungen beitragen. Während man bei den anderen Volkskrankheiten wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck oder Krebs die Krankheitssymptome wie die Glucosekonzentration, den Blutdruck oder das Ausmaß des Tumorbefalls jedoch objektiv messen kann, stehen bei psychischen Störungen solche objektiv messbaren biologischen Parameter nicht zur Verfügung. Sowohl zur Diagnosesicherung als auch zur Einschätzung des Therapieverlaufes ist man auf die Beobachtung klinischer Symptome angewiesen. Die Unkenntnis, welche biologischen Systeme beim Zustandekommen der Erkrankungen eine Rolle spielen hat u. a. auch dazu geführt, dass die pharmazeutische Industrie sich immer weiter aus der Entwicklung neuer Medikamente zurückzieht.

Vor allem durch die neuen genetischen Technologien, die systematische genomweite Untersuchung ermöglichen, wurden nun erstmals ganz neue Gene und biologische Systeme identifiziert, die bei psychischen Störungen eine Rolle spielen. Wann sich diese Grundlagenforschung in eine verbesserte Therapie umsetzen lässt ist bislang noch nicht vorherzusagen. Allerdings zeigen die Untersuchungsergebnisse schon heute, dass die klassischen Diagnosen, wie wir sie zur Zeit verwenden, fehlerhaft sind, auch wenn sie in Ermangelung besserer Systeme im Alltag von großem Nutzen sein können. Dies sollte vor allem bei Therapieempfehlungen bedacht werden, da die genetische Forschung deutlich zeigt, dass unterschiedliche Individuen mit den gleichen Diagnosen unterschiedliche genetische Konstellationen aufweisen, die auch unterschiedlicher biologische Behandlungen bedürfen. Dieses Feld, die sogenannte Psychopharmakogenetik ist ein weiterer Schwerpunkt der psychiatrisch

genetischen Forschung, der unter optimistischer Einschätzung schon in wenigen Jahren zur Verbesserung der Therapien führen dürfte.

## **Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung bei Suizidgefährdung**

**Prof. Dr. Barbara Schneider, Köln**

Bei der Frage um ein präventives Eingreifen bei Suizidgefährdung steht die zunehmende Betonung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des freien Bürgers dem Argument der gesellschaftlichen Verantwortung des Lebensschutzes gegenüber. Das Recht auf Selbstbestimmung findet dort seine Grenze, wo es etwa die Rechte anderer berührt oder auch dann, wenn aufgrund von Krankheit oder fortschreitender Demenz von einer freien Selbstbestimmung nicht mehr ausgegangen werden kann. Das Recht auf Lebensschutz, das ja immer auch die Fürsorgeverpflichtung der Gesellschaft beinhaltet, kommt da an eine Grenze, wo dem Betroffenen das Weiterleben subjektiv dauerhaft nicht mehr erstrebenswert erscheint und eine Änderung dieser Situation vernünftigerweise nicht erwartet werden kann. Bei Einschränkung oder Aufhebung der (stets individuell zu prüfenden) Selbstbestimmungsfähigkeit ist präventives Eingreifen im Sinne eines „schwachen Paternalismus“ geboten.

## **Integration von Psycho- und Pharmakotherapie am Beispiel der Depressionsbehandlung**

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Aachen

Depressionserkrankungen gehören zu den bedeutendsten psychischen Erkrankungen in den industrialisierten Ländern mit erheblicher Krankheitslast für die Betroffenen und deren Angehörigen. Die Weltgesundheitsorganisation erwartet, dass im Jahr 2030 Depressionserkrankungen in der Statistik über das Ausmaß an beeinträchtigten Lebensjahren die führende Position einnehmen werden.

Depressionen werden ebenso wie die meisten anderen psychischen Erkrankungen als Folge eines multifaktoriellen biopsychosozialen Geschehens verstanden, ebenso sind erfolgreiche Behandlungskonzepte in der Regel multidimensional.

Neben der Psychotherapie, spielt die Pharmakotherapie eine wichtige Rolle. Darüber hinaus sind ergänzende Ansätze, zum Beispiel aus der Ergotherapie, der Soziotherapie oder aus dem Bereich der körperlichen Aktivität von Bedeutung. Für schwere depressive Erkrankungen steht darüber hinaus die Methode der Elektrokrampftherapie zur Verfügung.

Die anspruchsvolle Aufgabe des Therapeuten in dem konkreten Fall besteht in der individuellen Auswahl einer möglichst geeigneten Methodenkombination, hier kann er sich zum Teil auf die Nationale Behandlungsleitlinie auf S3-Niveau stützen.

Diese beschreibt, dass bei leichten depressiven Episoden unter Umständen nur psychotherapeutisch zu behandeln ist, spätestens bei mittelgradigen Depressionen zusätzlich eine Pharmakotherapie angewendet werden soll.

## **Therapeutisches Milieu – Schutzraum oder Hotelleistung? Zur Bedeutung der Station im psychiatrischen Behandlungsprozess.**

Dr. Susanne Schoppmann, Duisburg

Die Gestaltung des therapeutischen Milieus gehört zu den traditionellen Aufgaben der psychiatrischen Pflege. Allerdings bleibt häufig unklar was ein therapeutisches Milieu ist und wie es gestaltet werden kann.

Vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung des Begriffs der Milieugestaltung werden Definitionen des Begriffs Milieu vorgestellt und aufgezeigt welche Prozesse in der Gestaltung eines therapeutischen Milieus von besonderer Bedeutung sind. Anhand praktischer Beispiele wird deutlich wie sich diese Prozesse im praktischen psychiatrischen ‚Pflegealltag‘ darstellen. Es wird diskutiert, ob die tradierten Prinzipien der Milieugestaltung unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen noch zeitgemäß und angemessen sind.

## **Kann die Psychiatrie ohne Zwangsmaßnahmen auskommen? (Zwangsmaßnahmen im internationalen Vergleich)**

Prof. Dr. Tilman Steinert,  
Ravensburg-Weissenau

- In Anbetracht des gesetzlichen Auftrags, auch Menschen mit akuter Fremdgefährdung zu versorgen, ist ein vollstän-

diger Verzicht auf Zwangsmaßnahmen kaum vorstellbar.

- Ausgrenzungen insbesondere dieser Klientel können eine scheinbare Gewaltfreiheit zu Lasten Dritter ermöglichen.
- Daten sowohl aus Deutschland als auch im internationalen Vergleich zeigen jedoch, dass Häufigkeit, Dauer und Art von Zwangsmaßnahmen einer großen Variabilität unterliegen.
- Sehr wahrscheinlich gibt es einen Zusammenhang zwischen mehr Personal und weniger Zwangsmaßnahmen (Großbritannien, Norwegen, Island)
- Mechanischer Zwang (Isolierung, Fixierung) ist nicht humaner als Medikation.

Der vielversprechendste Ansatzpunkt zur Reduzierung von Fixierungen in Deutschland ist die Einführung von Haltetechniken, adaptiert nach den britischen Erfahrungen, in Verbindung mit Deeskalation und Medikation

## „Gerontopsychiatrie – im Spannungsfeld zwischen Sozialpsychiatrie und Somatik“

Prof. Dr. Tillmann Supprian, Düsseldorf

- Dezentralisierung gerontopsychiatrischer Einrichtungen ist möglich und in einem gewissen Umfang sinnvoll, hat aber Grenzen. Akut-Aufnahmen deliranter Patienten (mit und ohne Demenz) erfordern geschlossene Stationen – auch in Zukunft. Kooperationen mit somatischen Einrichtungen sind unerlässlich und nur vereinzelt ausreichend gelöst.
- Niederschwellige Beratung älterer Menschen, wie sie in dem ursprünglichen Konzept der „Gerontopsychiatrischen

Zentren GPZ“ gefordert wurde, hat heute an Stellenwert verloren. Sinnvoller sind aufsuchende gerontopsychiatrische Fachdienste, die sich gezielt um Risikogruppen kümmern und die mit komplementären Versorgungsstrukturen gut vernetzt sind. Am Beispiel des GerHaRD-Projekts („Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf“) wird die Netzwerkarbeit im Demenznetz Düsseldorf skizziert.

- Suizidversuche im Alter werden wahrscheinlich zunehmen und benötigen Nachsorgeprogramme, auf welche die Kliniken z. Zt. nicht gut vorbereitet sind. Ambulante (Richtlinien-) Psychotherapie geht an dieser Zielgruppe bislang vorbei, hier besteht deutliches Verbesserungspotenzial.
- Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen werden zukünftig in der Demenzversorgung eine Schlüsselrolle einnehmen und müssen speziell legitimiert werden, Heimeinrichtungen zu betreuen. Die Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Demenzkranke mit demenz-assoziierten Verhaltensstörungen ist noch ungenügend und bedarf weiterer Verbesserung.

## Experience at the divide between normal mentation and psychosis: a continuum perspective

Prof. Dr. Jim van Os, Maastricht

**Background.** The psychosis-proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder incorporates notions of both phenomenological and temporal continuity (persis-

tence) of psychotic experience (PE), but not structural continuity. Specific testable propositions of phenomenological continuity and persistence are identified.

**Method.** Propositions are tested by systematic reviews of the epidemiology of PE, persistence of PE, and disorder outcomes, and meta-analyses (including Monte Carlo permutation sampling) of reported rates and odds ratios.

**Results.** Estimates of the incidence and prevalence of PE obtained from 61 cohorts revealed a median annual incidence of 2.5% and prevalence of 7.2%. Meta-analysis of risk factors identified age, minority or migrant status, income, education, employment, marital status, alcohol use, cannabis use, stress, urbanicity, and family history of mental illness as important predictors of PE. Mode of assessment accounted for significant variance in observed rates. Across cohorts, the probability of persistence was very strongly related to the rate of PE at baseline. Of those who report PE, ~20% go on to experience persistent PE whereas for ~80%, PE remit over time. Of those with baseline PE, 7.4% develop a psychotic disorder outcome.

**Conclusions.** Together, findings from the review provide compelling support for phenomenological and temporal continuity between PE and psychotic disorder as well as the fundamental proposition that this relationship is probabilistic. However, imprecision in epidemiological research design, measurement limitations, and the epiphenomenological nature of PE invite further robust scrutiny of the continuity theory.

## Einsatz von Biomarkern: Diagnostik der Zukunft bei Alzheimer Demenz

Prof. Dr. Jens Wiltfang, Essen

Die krankheitsspezifischen Veränderungen der Biomarker Tau, p-tau und A $\beta$ 42 haben inzwischen Eingang in die leitliniengerechte Diagnose der Alzheimer Demenz (AD) gefunden. Dabei scheint die Kombination aus p-tau und A $\beta$ 42 die höchste diagnostische Spezifität in der Differentialdiagnose der AD zu besitzen. Ebenso kann mittels derselben Biomarker die Frühdiagnose der AD unterstützt werden. Hier bieten krankheitstypische Veränderungen der Biomarker p-tau und A $\beta$ 42 bei Patienten im prodromalen Stadium der Leichten Kognitiven Störung (Mild cognitive impairment, MCI) insbesondere sogar die Möglichkeit, eine Demenzentwicklung mindestens 4–6 Jahre vorherzusagen. Dadurch ist es möglich, Patienten mit MCI zu identifizieren, die ein besonders hohes Risiko tragen, im Verlauf eine AD zu entwickeln. Dies ist bei Behandlungsansätzen im Sinne einer Sekundärprävention der Demenzentwicklung bei der Alzheimer Krankheit von besonderer Bedeutung. Diese können insofern wesentlich zielgerichteter untersucht werden, als dass durch die krankheitsspezifische Veränderung von p-tau und A $\beta$ 42 im Liquor vermehrt Patienten in die Studien gelangen, bei denen die MCI am ehesten Ausdruck einer beginnenden Demenz bei Alzheimer Krankheit ist. Derzeit werden verschiedene medikamentöse und nicht medikamentöse Therapieansätze untersucht, die mehr kausal orientiert sind als die derzeit etablierten, vor allem symptomatisch ausgerichteten medikamentösen Behandlungsstrategien. Dazu gehören

die aktive/passive Immunisierung gegen A $\beta$ , die Entwicklung von Sekretase-Hemmstoffen, oder die Entwicklung von Medikamenten, welche die Aggregation von A $\beta$ -Peptiden oder Tau hemmen.

Zielgruppe der sekundären Prävention sind Patienten mit MCI, die anhand eines typischen Biomarker Profils im Liquor ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer Demenz besitzen. Die Tertiärprävention soll es Patienten mit leichter Alzheimer Demenz möglichst lange ein weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

## **Erweiterte Wege der Partizipation – Integration von recovery-orientierten Ansätzen in die psychiatrische Behandlung**

**Gianfranco Zuaboni, CH- Kilchberg**

Innerhalb der psychiatrischen Dienstleistung stellen die Pflegenden die größte Berufsgruppe dar. Ihre thematische Ausrichtung ist somit für die gesamte Leistungserbringung von enormer Bedeutung. Traditionell steht die therapeutische Beziehungsgestaltung, die es auch unter schwierigsten Bedingungen zu etablieren gilt, im Zentrum ihrer täglichen Arbeit. Der personenzentrierte Recovery-Ansatz setzt bei dieser Tradition an und beinhaltet die Vision einer professionellen psychiatrischen Pflege, deren Umsetzung, anhand evidenzbasierter Methoden, uns zukünftig beschäftigen wird. Im Referat werden Merkmale einer recovery-orientierten Dienstleistung genannt und Beispiele der praktischen Umsetzung im Sanatorium Kilchberg vorgestellt. Zusätzlich werden aktuelle, themenspezifische Forschungsaktivitäten erläutert.