



Ganz entspannt. Der moderne gehetzte Mensch braucht Widerstandsressourcen – wie Entspannungsübungen, aber auch ein Gefühl der Zufriedenheit am Arbeitsplatz.

Foto: Blend Images/Fotolia

Was die Seele gesund hält

Die Bedeutung psychischer Krankheiten wird noch immer unterschätzt – sinnvolle Arbeit kann auch positive Effekte haben

VON ANNE VOLKMAN

„Es gibt keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit.“ Dieser Satz wurde im Jahr 2005 auf der ersten Ministerkonferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur psychischen Gesundheit geprägt. Nach Schätzungen der WHO leiden weltweit etwa 450 Millionen Menschen unter psychischen Erkrankungen, und vor allem in den Industrie- und Schwellenländern breiten sich psychische Leiden immer weiter aus. Die WHO macht hierfür unter anderem die höhere Arbeitsverdichtung und die gestiegenen Anforderungen an die Beschäftigten verantwortlich.

Auch in Deutschland ist eine deutliche Zunahme der diagnostizierten psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. So meldete der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK), dass im Jahr 2011 psychische Erkrankungen erstmals an dritter Stelle hinter Rückenleiden und

Auf die Diagnose Burnout gingen 2011 rund 2,7 Millionen Fehltage zurück

Atemwegserkrankungen standen. Und das wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) ließ verlauten, dass sich die Zahl psychischer Erkrankungen in den vergangenen 15 Jahren verdoppelt habe. Allein auf die Diagnose „Burnout“ gingen im zurückliegenden Jahr 2,7 Millionen Fehltage zurück.

Es ist zwar strittig, ob diese Steigerungen tatsächlich auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen hinweisen oder ob diese Erkrankungen nur öfter diagnostiziert werden. Letzteres würde bedeuten, dass der seelischen Gesundheit heute mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als früher und dass sich die Menschen eher trauen, psychische Probleme anzusprechen. Unstrittig ist bei allen Fachleuten aber, dass der Leistungsdruck in den Unternehmen gestiegen ist und dass die Folgen von psychischen Belastungsstörungen heute deutlicher spürbar sind als früher.

„Die Menschen fühlen sich in ihrem Leben und bei ihrer Arbeit immer häufiger überfordert“, stellt auch Professor Rainer

Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK), fest. „Auch die moderne Arbeitswelt der Dienstleistungen und Konkurrenz kennt eine Art Fließbandarbeit. Zeitdruck und zu geringe Kontrolle über die Arbeitsabläufe sind Risikofaktoren für psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz.“ Und die Folgen sind erheblich. Nicht nur der volkswirtschaftliche Schaden ist immens – nach jüngsten Berechnungen der Bundesregierung entstehen den Unternehmen durch psychische Krankheiten jährliche Produktionsausfälle von 26 Milliarden Euro –, auch die Folgen für den Einzelnen sind gravierend. So hat eine Studie der WHO ergeben, dass eine Depression die belastendste Krankheit ist, der ein Mensch ausgesetzt sein kann. Und nicht zuletzt in Hinblick auf somatische Folgeerkrankungen sind psychische Erkrankungen von großer Bedeutung. Immer häufiger bringen Studien den Zusammenhang zwischen Stress und psychischen Erkrankungen auf der einen und körperlichen Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Problemen auf der anderen Seite ans Licht.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, warum es manchen Menschen – trotz der Zunahme der Belastungen im Alltag und in der Arbeit – gelingt, gesund zu bleiben. Wie man heute weiß, spielen dabei mehrere Faktoren eine Rolle. Dazu gehören die frühkindliche Konditionierung, individuelle Erfahrungen und auch genetische Faktoren. Eine heute recht populäre Theorie des Medizinsoziologen

Aaron Antonovsky besagt, dass ein ausgeprägtes „Kohärenzgefühl“ gesund hält. Dieses Gefühl entsteht nach Antonovsky, wenn die Prozesse, denen sich der Mensch gegenübergestellt sieht, für ihn verstehbar, zu bewältigen und sinnvoll sind. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, stärkt das der Theorie nach den Menschen so, dass er auch mit akuten Stresssituationen umgehen kann.

Zahlreiche Studien belegen mittlerweile eine Korrelation zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit. Früher glaubte man, das Kohärenzgefühl werde weitgehend in der Kindheit festgelegt. Heute weiß man, dass das Kohärenzgefühl sich im Laufe des Lebens auch später noch veränderbar sind. Einigkeit herrscht darin, dass der Mensch Widerstandsressourcen braucht, um den täglichen Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein. Denn Stress ist normal und gehört in einem gewissen Maß zum Leben. Die Ressourcen können durch alles „gefüttert“ werden, was dem Menschen gut tut, ihn stärkt und für Entspannung und Ausgleich sorgt. Das kann vom gemütlichen Kaffeeklatsch mit Freundinnen über Sport und Hobbies bis hin zu Entspannungsverfahren wie progressiver Muskelrelaxation oder Meditation reichen.

Eine wichtige Ressource, die den Menschen widerstandsfähiger machen kann, ist die berufliche Integration. Denn auch wenn in Medienberichten häufig über Stress und Überforderung durch Arbeit berichtet wird, ist Arbeit an sich nicht

schädlich für die psychische Gesundheit – vielmehr kann sie diese sogar fördern. Arbeit stärkt das Selbstwertgefühl, sorgt für soziale Anerkennung, strukturiert den Tagesablauf und kann das psychische Gleichgewicht stabilisieren. Die Zahlen bestätigen das: Arbeitslose sind nach Angaben der BptK drei- bis viermal so häufig psychisch krank wie Erwerbstätige. Auch wenn das Kausalitätsverhältnis dabei nicht immer klar ist, kann doch davon ausgegangen werden, dass Arbeit eine positive Wirkung auf die Psyche haben kann.

Natürlich ist es wichtig, dass die Arbeit nicht überfordert. „Entscheidend ist, ob Arbeit als etwas Sinnvolles und Selbstbestimmbares erlebt wird, auf das ich Einfluss habe“, erklärt Professor Rainer Hellweg, Oberarzt an der Klinik für Psychia-

Die Entgrenzung von Arbeit und Freizeit durch neue Medien ist ein Problem

trie und Psychotherapie an der Charité in Berlin-Mitte. „Wichtig ist auch, an der Arbeit Freude zu haben und zu lernen, mit arbeitsbedingten Stressoren umzugehen.“ Für Hellweg ist es daher auch sinnvoll, nach einer psychischen Erkrankung keine dauernde Schonhaltung einzunehmen, sondern möglichst schnell wieder in die Arbeit zurückzukehren.

Dass Arbeit allerdings auch oft dazu beiträgt, dass Menschen krank werden,

liegt nach Meinung von Experten unter anderem an den modernen Arbeitsstrukturen wie beispielsweise der Verbreitung der neuen Medien. Die ständige Erreichbarkeit durch Smartphone und Laptop führt dazu, dass die Menschen ständig in Bereitschaft sind. Arbeit mit nach Hause zu nehmen oder kurz vor dem Einschlafen noch mal E-Mails zu lesen, ist weit verbreitet und kann dazu führen, dass sich die Menschen nicht mehr erholen können. Die „Entgrenzung von Arbeit und Freizeit“ nennt Dr. Wolfgang Panter, Präsident des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), dieses Phänomen. Wo sich beides nicht mehr auseinanderhalten lasse, gebe es keinen Feierabend mehr. Eine Studie, die vom VDBW in Auftrag gegeben wurde, bestätigt das. 40 Prozent der befragten Arbeitnehmer sagten aus, dass ihre Arbeit Stress erzeuge, und zwar so sehr, dass sie oft nicht mehr ihren privaten Verpflichtungen nachkommen könnten.

Hier sind auch die Arbeitgeber gefragt. Und allmählich werden diese sich ihrer Verantwortung auch bewusst. So steht in einer Richtlinie der Telekom, dass niemand, der außerhalb der Dienstzeit E-Mails versendet, erwarten darf, dass diese ebenfalls außerhalb der Dienstzeit beantwortet werden.

Und beim Autobauer Volkswagen haben im vergangenen Jahr Betriebsrat und Unternehmen zum Schutz der Tarifmitarbeiter eine neue Vereinbarung abgeschlossen, nach der für dienstliche BlackBerry-Handys am Feierabend automatisch der E-Mail-Eingang abgeschaltet wird. Das soll verhindern, dass die Mitarbeiter rund um die Uhr zur Verfügung stehen.

Es ist also in vielen Bereichen möglich und notwendig, etwas für die seelische Gesundheit zu tun und Widerstandsressourcen zu stärken. Aber auch wenn schon einiges in Bewegung gekommen ist, wird die Bedeutung von seelischen Erkrankungen immer noch unterschätzt. Zudem ist eine bessere Zusammenarbeit von Arbeitgebern, Politik, Ärzten, Krankenkassen, Vereinen und Netzwerken dringend nötig. Denn die seelische Gesundheit der Menschen zu schützen, entwickelt sich immer mehr zu einer der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit.

EDITORIAL

Eine große Herausforderung

VON ULF FINK

Die Anzahl der psychisch erkrankten Menschen in Deutschland hat sich in den letzten Jahren verdoppelt. Zwar ist strittig, ob dies auf eine tatsächliche Zunahme hindeutet oder ob sich Betroffene öfter trauen, psychische Schwierigkeiten zu offenbaren. Unstrittig ist aber, dass immer mehr Menschen mit der stressigen Organisation unserer modernen Wirtschaft sowie den Mehrfachbelastungen des Alltags nicht zurechtkommen.

Rund ein Drittel der Bevölkerung ist jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen. Mit der Alterung der Bevölkerung wird sich dieser Anteil wahrscheinlich noch erhöhen. Wir sind dieser Entwicklung aber nicht ausgeliefert! Im Gegenteil: Es gibt Fortschritte in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen, und die Zusammenarbeit zwischen dem stationären und ambulanten Sektor verbessert sich – wenn auch ziemlich mühsam. Die Unternehmen erkennen die

Notwendigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung gerade bei psychischen Erkrankungen. Auch gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote und Modelle zur (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt.

Für mich sind zwei Handlungsfelder von großer Bedeutung: Zum einen eine in der Versorgungspraxis tatsächlich umgesetzte – integrative, ganzheitliche, medizinisch-therapeutische Betreuung der Patienten, um Drehtüreffekte sowie Wartezeiten zu reduzieren. Hier sind vor allem auch die Krankenkassen gefordert, stationäre und ambulante Leistungserbringer durch die Verträge zur Integrierten Versorgung zur Zusammenarbeit zu verpflichten und die Widerstände in den Sektoren zu überwinden.

Zum anderen ist die Integration in den Arbeitsmarkt zentraler Baustein zur Stabilisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eine erfüllende berufliche Aufgabe, die das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu tun, stärkt das Selbstwertgefühl der Betroffenen und die Widerstandskräfte gegenüber Belastungen. Von der Schaffung guter Rehabilitationsmöglichkeiten bis hin zum Aufbau sinnvoller Arbeitsmöglichkeiten reicht das Spektrum der Aufgaben.

Der Verein Gesundheitsstadt Berlin fühlt sich verpflichtet, ganz konkret zur Verbesserung der Versorgungs- und Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen beizutragen. Die vorliegende redaktionelle Beilage, die wir in bewährter Kooperation mit dem Tagesspiegel umsetzen, zeigt auf, wofür wir uns in diesem Feld engagieren. Ich hoffe, Sie finden Anregungen – vor allem auch Ermutigendes!

— Der Autor ist Vorsitzender des Vorstands von Gesundheitsstadt Berlin e.V.

INHALT

SCHENBARE EPIDEMIE	B2
Die psychischen Erkrankungen werden zunehmend ernst genommen. In der Versorgung ist der Nachholbedarf groß.	
LEBENSBRÜCKEN	B3
Psychisch kranke Menschen brauchen nahtlose Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.	
ZURÜCK IN DEN BERUF	B4
Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch kranke Menschen können Berentung verhindern. Möglichkeiten und Angebote.	
SENSIBILISIEREN	B5
Wie Arbeitgeber die psychischen Krankheiten ihrer Mitarbeiter vorbeugen.	
GEGEN DAS STIGMA	B6
Iris Hauth im Gespräch über Ängste und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen.	
WIR WISSEN ZU WENIG	B7
Probleme und Chancen der neuropsychiatrischen Grundlagenforschung.	
RÄTSEL GEHIRN	B8
Klinische Forscher ergründen die Psyche, um wirkungsvolle Behandlungsstrategien für Patienten zu entwickeln.	

VERSORGUNG IN BERLIN Zur Situation psychischer Erkrankungen

Den Drehtüreffekt verhindern

Mario Czaja zur Versorgung in Berlin

Senator Czaja, in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es nach wie vor viele Defizite. Wo liegen Ihrer Meinung nach die Hauptprobleme?

Eines der Hauptprobleme in Berlin ist die Tatsache, dass ambulante und stationäre Versorgung, Nachsorge und Rehabilitationsmaßnahmen weitgehend voneinander getrennt sind. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist es daher oft nicht einfach, sich in diesem mehrteiligen Versorgungssystem zurechtzufinden. Speziell in Berlin gibt es zudem einen Mangel an Angeboten zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker.

Gibt es auch positive Entwicklungen?

Ja. Positive Beispiele für eine flexiblere Versorgung psychisch kranker Menschen sehe ich in den Gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen, bei denen auf regionaler Ebene verschiedene Institutionen Hand in Hand arbeiten. Auch die Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung gehören zu den positiven Tendenzen.



Mario Czaja ist Senator für Gesundheit und Soziales in Berlin

Beides wollen wir in Zukunft weiter stärken und ausbauen. Zudem haben wir durch das neue Versorgungsstrukturgesetz die Möglichkeit, auf die zukünftige Bedarfsplanung ambulanter medizinischer Versorgung Einfluss zu nehmen. Bisher ist es ja in einzelnen Bezirken Berlins sehr schwierig, einen Termin bei einem Psychiater oder einem Psychotherapeuten zu bekommen. Das wollen wir ändern.

Was kann die Politik sonst noch leisten, um die Situation zu verbessern?

Eines unserer Anliegen ist es, die Behandlung psychisch Kranker aus ihrem Schattendasein herauszuholen. Psychische Erkrankungen sind schon lange keine Randerscheinung mehr. In Berlin werden wir zudem durch die neue Fassung des Gesetzes zur Behandlung von psychisch Kranken die Patientenrechte stärken. Außerdem müssen wir schauen, wie sich das neue bundesweite Psych-Entgelt-Gesetz auf Berlin auswirkt, durch das die Vergütung der psychiatrischen Versorgung in Krankenhäusern umgestellt wird. Einige Fachleute befürchten, dass dadurch der Kostendruck in den Krankenhäusern weiter zunimmt, die Patienten zu früh nach Hause geschickt werden und es dadurch zum sogenannten Drehtüreffekt in der Psychiatrie kommt. Doch fordert das neue Gesetz auch dazu auf, neue, die Leistungssektoren übergreifende Modelle zu erproben. Ich wünsche mir, dass die psychiatrischen Kliniken diese Möglichkeiten nutzen und sich aktiv an ihrer Entwicklung beteiligen, damit die Brüche, die wir heute im System beklagen müssen, der Vergangenheit angehören.

— Das Gespräch führte Anne Volkmann

Nehmen psychische Erkrankungen zu?

Fakten über eine scheinbare Epidemie – in der Versorgung der Erkrankten besteht großer Nachholbedarf

VON ANDREAS HEINZ UND ULRICH WITTCHEN

Seit einigen Monaten prägt das Thema Burnout die öffentliche Diskussion über psychische Erkrankungen. Immer häufiger wird berichtet, dass viele Menschen dem beruflichen Stress kaum noch gewachsen sind, eines Tages „ausbrennen“ und körperlich und seelisch zusammenbrechen. Zusammen mit den täglichen Berichten über die „krankmachenden“ Bedingungen unserer modernen technischen Lebenswelten und die Auswirkungen der ökonomischen und gesellschaftlichen Krisen auf den Einzelnen entsteht der Eindruck, dass wir uns mitten in einer epidemischen Ausbreitung psychischer Erkrankungen befinden. Doch

Betroffene trauen sich immer häufiger, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen

stimmt das wirklich? Nehmen psychische Störungen zu oder ist das nur eine Frage der öffentlichen Wahrnehmung und eines veränderten Umgangs mit psychischen Nöten?

Schauen wir auf die Fakten: Die Daten der Krankenkassen und Rentenversicherungen scheinen eindeutig zu sein. Sie dokumentieren über die letzten zehn Jahre eine kontinuierliche Zunahme der Krankenschreibungen wegen psychischer Störungen sowie eine Zunahme der frühzeitigen Beratungen wegen psychischer Erkrankungen. Und im Gegensatz zu anderen Krankheitsgruppen wie beispielsweise den kardiovaskulären Erkrankungen, die in ihrer Bedeutung wegen verbesserter Prävention und Therapie eher abnehmen, scheint kein Ende dieser „Epidemie“ in Sicht.

Aber sind das alles wirklich Nachweise einer Zunahme psychischer Krankheiten? Befragungen deuten darauf hin, dass Betroffene sich in den letzten Jahren ver-



Veränderte Wahrnehmung. Das Bewusstsein für psychische Erkrankungen ist in der Gesellschaft gewachsen. Foto: Petair - Fotolia

stärkt trauen, zu ihren psychischen Schwierigkeiten zu stehen und sich gegenüber Ärzten zu offenbaren. Und auch die Ärzte selbst sowie die Psychologen und Vertreter anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens haben offensichtlich ihre Einstellung und ihr diagnostisches Verhalten geändert und stellen jetzt psychische Erkrankungen öfter fest. Dass sich in erster Linie das Bewusstsein der Menschen gewandelt und nicht die Häufigkeit psychischer Erkrankungen geändert hat – dafür spricht auch die Mehrzahl der epidemiologischen Bevölkerungs-

untersuchungen. Hier stellen wir seit 20 Jahren fast unverändert fest, dass knapp ein Drittel der Bevölkerung jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen ist. Hinweise auf eine generelle Zunahme oder gar eine Epidemie ergeben sich dabei nicht – wohl aber eine Zunahme der Anzahl diagnostizierter Fälle. Wissenschaftlich betrachtet sehen wir also in erster Linie, dass psychische Erkrankungen ernster genommen werden und dass sich die gravierende Unterversorgung von Menschen mit psychischen Störungen langsam verbessert. Aller-

dings ist der Nachholbedarf noch groß.

Daher sollten wir nicht überrascht sein, wenn die Gesundheitsstatistiken der nächsten Jahre weitere Zunahmen ausweisen. Zu den erwähnten Veränderungen in der Wahrnehmung kommen nämlich noch gesellschaftliche Faktoren und die soziodemografische Entwicklung. Beides macht die Erfolge der verbesserten Diagnostik und Therapie scheinbar zunichte. Denn in unserer hoch technisierten, immer komplexer werdenden Welt sind die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung schwerwiegender als früher. Die Ver-

breitung der neuen Medien, Zeitdruck, Mehrfachbelastungen durch Familie, Beruf und Versorgung kranker Angehöriger sind nur einige Beispiele. Hier schließt sich auch der Kreis zum Burnout-Phänomen. Denn der vielbesprochene „Stress“ ist meistens weniger die eigentliche Ursache, als vielmehr der Treibstoff, der den Übergang von einer bestehenden psychischen Belastung zum völligen Zusammenbruch befördert.

Der zweite Faktor, die verlängerte Lebenserwartung, bedeutet, dass Menschen mit psychischen Störungen auch länger mit ihrer Erkrankung und entsprechenden Therapiebedürfnissen leben. Zudem ist das höhere Alter mit dem steigenden Risiko neurodegenerativer Prozesse und so-

Der demografische Wandel bedingt eine Zunahme der Folgen psychischer Störungen

zialer Probleme verbunden, die das Risiko für psychische Störungen auch bei bisher gesunden Menschen erhöhen können. Auch vor dem Hintergrund des viel bewussten „demographischen Wandels“ sehen wir also aufgrund der wissenschaftlichen Daten zwar keine epidemische Zunahme psychischer Erkrankungen, aber durchaus eine Zunahme der Auswirkungen psychischer Störungen. Zugleich haben wir einen großen Nachholbedarf, was die bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen angeht. Denn obwohl es wissenschaftlich gut gesichert eine effektive Therapie für nahezu allen psychischen Erkrankungen gibt, erhält sie bisher nur etwa jeder zehnte Betroffene.

— Andreas Heinz ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité-Mitte. Ulrich Wittchen ist Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden

Der Patient im Mittelpunkt

Die Behandlung muss sich an der Lebenswelt der Erkrankten orientieren und nicht an den Regeln der Institution

Jahrzehnte bestimmten die Institutionen – früher die großen Landesnervenkliniken, später die psychiatrischen Abteilungen und Kliniken, im ambulanten Bereich dann auch die betreuenden Einrichtungen und Praxen – darüber, wie ein psychiatrischer Patient behandelt wurde. Heute muss sich die Behandlung an der Lebenswelt der Erkrankten und nicht an den Regeln der Institutionen orientieren. Das Ziel der Behandlung sollte dabei – soweit dies möglich ist – die Vermeidung von Chronifizierung und die Erhaltung einer möglichst umfassenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sein.

Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines über alle beteiligten Institutionen hinweg gemeinsamen Versorgungsverständnisses. Diese Idee liegt der Integrierten Versorgung (IV) zugrunde, bei der Krankenkassen, Kliniken und ambulante Leistungserbringer zusammenarbeiten, wodurch eine verbesserte ambulante Versorgung und eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulanten Bereich erreicht werden. Dass dieses am grünen Tisch plausibel klin-

gende Modell angesichts des fraktionierten Versorgungssystems in Deutschland in der Praxis auf allerlei Widerstände stoßen würde, war zu erwarten. Umso bemerkenswerter ist, was durch die spezifischen IV-Verträge einiger Krankenkassen bereits auf den Weg gebracht wurde.

Integrierte Versorgung verkürzt Klinikaufenthalte

Das Kernelement der vom gemeinnützigen Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. (VPSG) beziehungsweise seiner Managementgesellschaft, der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB), organisierten Integrierten Versorgung ist eine umfassende ambulante Komplexbehandlung schwer psychisch kranker Patienten. Die Versorgung reicht von der medizinischen Behandlung über pflegerische Leistungen bis hin zur Psychotherapie. Jeder Patient hat neben dem Psychiater einen Bezugstherapeuten, der

während der gesamten Behandlung als individueller Lotse zur Verfügung steht.

Das Projekt startete im Jahr 2005 mit der DAK; später kamen über 100 Betriebskassen dazu. In Berlin und Brandenburg nehmen mittlerweile etwa 130 ambulante Pfleger und Psychotherapeuten sowie rund 50 Psychiater an der Integrierten Versorgung teil. Dass dadurch Krankenhausaufenthalte verkürzt und vermieden werden können, hat eine von 2007 bis 2009 durchgeführte wissenschaftliche Evaluation durch das sozialmedizinische Institut der Charité eindrucksvoll aufgezeigt. Der besondere Vorteil ist, dass die dadurch entstehende Einsparung an Kosten parallel mit einem Zuwachs an Lebensqualität für die Patienten einhergeht.

Nach Jahren der Erprobung und Bewährung hat die Entwicklung der IV in Berlin und Brandenburg im letzten Jahr einen großen Entwicklungssprung gemacht. Die AOK Nordost hat im Dezember 2011 mit der PIBB einen Vertrag abgeschlossen, an dem alle Versicherten mit einer psychiatrischen Erkrankung teilnehmen

können. Unter der Koordination des Psychiaters wird dem ambulanten Einsatz des häuslichen Fachpflegers, der unter anderem die stützenden Gespräche führt und die medikamentöse Behandlung sicherstellt, und der Soziotherapeuten, die zur weitergehenden Krankheitsverarbeitung bereitstehen, eine zentrale Bedeutung zugemessen.

Baldige Integration in die Arbeitswelt ist das Ziel

Zudem sollen die häufigen somatischen Begleiterkrankungen psychisch Erkrankter vom IV-Psychiater stärker beachtet und gegebenenfalls eine hausärztliche Behandlung veranlasst werden. Dieser den Patienten ganzheitlich wahrnehmende Ansatz ist bislang in Deutschland einmalig. Der Ausbau dieses Versorgungskonzeptes ist auf mehrere Jahre angelegt. Bis Ende September haben sich bereits etwa 800 AOK-Patienten eingeschrieben.

Seit März 2012 läuft ein weiterer, bundesweit beachteter Vertrag zur Integrierten Versorgung, der sich an arbeitsunfähige psychisch Kranke richtet. Gesundheitsberater der DAK Gesundheit können motivierten Versicherten über die Internet-Plattform der PIBB einen sofortigen Termin bei einem dem IV-Netz angeschlossenen Psychiater vermitteln, der dann unverzüglich eine komplexe ambulante Therapie mit psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, soziotherapeutischer Beratung bei Arbeitsplatzproblemen und einem gezielten Ausdauer-Sport-Programm starten kann. Einem Hauptziel der Integrierten Versorgung, durch rasche, fachlich kompetente Intervention die Integration in die Lebens- und Arbeitswelt zu erhalten und einer Chronifizierung psychischer Störungen vorzubeugen, wird dieser Ansatz in besonderer Weise gerecht.

NORBERT MÖNTER

— Der Autor ist Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. (VPSG)

Erfolgreiche Hilfe möglich

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden oft übersehen

Wenn von „Psychiatrie“ die Rede ist, denken die meisten Menschen an psychisch kranke Erwachsene. Dass auch Kinder und Jugendliche und sogar schon sehr kleine Kinder unter psychischen Problemen leiden können, wird häufig übersehen. Das hat mehrere Gründe. Kinder artikulieren ihre Schwierigkeiten meistens nicht direkt oder „überspielen“ sie im wahren Sinn des Wortes. Und Eltern betroffener Kinder fühlen sich oft schuldig und haben ein schlechtes Gewissen, weswegen sie die Probleme lieber verschweigen.

Dabei ist es wissenschaftlich erwiesen, dass die meisten psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen unter fachgerechter Behandlung weitgehend gelindert oder sogar gelöst werden können. Dazu zählen als häufigste Probleme verschiedene Ängste und depressive Verstimmungen. Sie gehören zu den sogenannten „leisen“ Störungen und können sich – je nach Alter – in verschiedenen Formen zeigen. Die eher „lauten“ Störungen des Sozialverhaltens, darunter auch manche der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, fallen deutlicher auf und sind oft schwerer zu behandeln. Umso mehr gilt auch hier: Je früher die Behandlung beginnt, desto aussichtsreicher ist sie.



Schutzbedürftig. Kinder und Jugendliche sind auf Wohlergehen im Umfeld angewiesen. Foto: lassedesignen - Fotolia

Kinder- und Jugendpsychiater sind die ersten Ansprechpartner auch bei vielen anderen psychischen Erkrankungen. Essstörungen wie Magersucht oder Ess-Brechsucht, Selbstverletzungen, Alkohol- und Drogenprobleme, komplexe Entwicklungsverzögerungen, Autismus, die Folgen traumatischer Erfahrungen, verschiedene Lern- und Leistungsstörungen und andere Schwierigkeiten und Erkrankungen werden ambulant und bei Be-

darf auch stationär diagnostiziert und behandelt. Dabei werden Körper und Seele als Einheit verstanden und dementsprechend Medizin und Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie integriert. Die Einbettung der Therapie in Familie, Kindergarten, Schule und Freundeskreis ist ebenfalls unerlässlich. Kinder und Jugendliche sind noch viel mehr als Erwachsene zu ihrem Wohlergehen auf ihr Umfeld angewiesen. So ist kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit auch soziale Arbeit und ohne Kommunikation mit allen für das Kind wichtigen Bezugspersonen nicht denkbar. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt damit eine der vielseitigsten und herausforderndsten ärztlichen Aufgaben dar.

In Berlin stehen für betroffene Kinder und Jugendliche eine Vielzahl von Fachärztinnen und -ärzten in Kliniken, Praxen und bei den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten zur Verfügung. Kinder- und Jugendpsychiater koordinieren in Absprache mit Kinder- und Hausärzten auch über ihre unmittelbare Tätigkeit hinaus die nötigen therapeutischen und pädagogischen Hilfen.

HANS WILLNER

— Der Autor ist Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am St. Joseph Krankenhaus in Berlin-Tempelhof

RBS roeser broenner susat

NUTZEN SIE DAS POTENZIAL DER GESUNDHEITSBRANCHE – MIT UNSERER HILFE

Wirtschaftsprüfung
Steuerberatung
Rechtsberatung
Corporate Finance & Consulting

RBS RoeserBroennerSusat prüft, berät und vertritt seit vielen Jahren medizinische Leistungserbringer, die im stationären, ambulanten, rehabilitativen, präventiven oder pflegerischen Bereich tätig sind.

Unsere Kompetenz im Health-Care-Bereich basiert auf einem ganzheitlichen Prüfungs- und Beratungsansatz sowie einem profunden Branchen-Know-how. Interdisziplinäre Teams aus branchenerfahrenen Spezialisten bieten Ihnen je nach Zielstellung eine umfassende Expertise.

Unser Health-Care-Expertenteam, bestehend aus Wirtschaftsprüfern, Steuerberatern, Rechtsanwältinnen und IT-Consultants, konzentriert sich hierbei auf die gestiegenen Anforderungen an Rechnungslegung, Transparenz, Compliance und Risikomanagement sowie sämtliche branchenspezifischen rechtlichen und steuerlichen Belange unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen des Gesundheitsmarktes, in der Gesetzgebung, der Rechtsprechung und der Finanzverwaltung.

Ansprechpartner
Ingo Fehlborg
Diplom-Kaufmann
Wirtschaftsprüfer
Steuerberater
Partner

Rankestraße 21
10789 Berlin
T +49 30 208 88-1232
F +49 30 208 88-1181
E i.fehlborg@rbs-partner.de

www.rbs-partner.de

VERSORGUNG IN BERLIN Zwischen Praxisbesuch und Klinikaufenthalt

Lebensbrüche, Lebensbrücken

Psychisch kranke Menschen brauchen nahtlose Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

VON ADELHEID MÜLLER-LISSNER

Notaufnahme eines Berliner Krankenhauses: Eingeliefert wird ein 39-jähriger Mann, der wegen einer leichten geistigen Behinderung seit Jahren in einer Einrichtung des beschützten Wohnens lebt. Im Heim ist man mit seinem zunehmend aggressiven Verhalten gegenüber Betreuern, Mitbewohnern und nicht zuletzt sich selbst nicht mehr fertig geworden. Schon länger ist bekannt, dass er unter einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises leidet. Auch seine Aggressivität kam nicht aus heiterem Himmel: Die Betreuer bestätigen, dass sie sich über die letzten zwei Wochen hinweg immer weiter gesteigert habe. Doch man habe abwarten wollen, weil der behandelnde Arzt gerade in Urlaub war. Bis es nicht mehr ging – und die Notaufnahme angesteuert wurde.

Was hätte besser laufen können? Dass der Arzt, der den jungen Mann und seine Geschichte kannte, nicht greifbar war, als sich dessen aggressives Verhalten langsam aber sichtbar steigerte, kann man als Pech bezeichnen. Dass den Betreuern kein anderer Mediziner bekannt war, an den sie sich mit ihrem mehrfach belasteten Schützling kurzfristig hätten wenden können, ist ärgerlich. Denn es machte einen Menschen ohne eigentliche Not zum Notfall.

„Hier steckt der Teufel im Detail“, sagt Albert Diefenbacher, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Lichtenberg. Wäre der junge Mann in ein Programm der Integrierten Versorgung eingeschrieben gewesen, dann hätten sich die Verantwortlichen im Heim zu nächst am Notfalltelefon schlau machen können.

Als nächstes wären möglicherweise Mitarbeiter der psychiatrischen Hauskrankenpflege zu ihm gekommen. „Und wenn wirklich eine Krankenhausaufnahme nötig gewesen wäre, dann hätte man wenigstens Hektik vermeiden und sie in Ruhe vorbereiten können“, meint Diefenbacher.

Der niedergelassene Allgemeinarzt, der Facharzt für Psychosomatische Medizin oder für Psychiatrie – sie sind es, die sozusagen die niedrigste „Dosis“ an Psychiatrie anbieten. Ambulante Psychotherapien bei psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten tragen gegebenenfalls zu deren Wirksamkeit bei. Falls das nicht ausreicht, um einen Erkrankten wieder ausreichend stabil im Leben stehen zu lassen, kommen Kliniken ins Spiel.

Doch das heißt nicht, dass gleich zur „Höchstdosis“ gegriffen werden müsste, also zur stationären Aufnahme. „An diesem Punkt spielen Tageskliniken eine kaum zu überschätzende Rolle, ob nun

Mehr Tageskliniken für bedürftige Menschen wären hilfreich

bei Depressionen, bei Angststörungen oder auch bei Schizophrenien“, betont Diefenbacher. In den Tageskliniken könne viel abgefangen werden, so der Psychiater, so dass ein Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station nur selten nötig sei.

Gebraucht würden allerdings auch deutlich mehr niedergelassene Nervenärzte. Obwohl die Hauptstadt im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ privilegiert erscheint, gibt es wochen- bis monatelange Wartezeiten. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) fordert, ein Verhältnis von einem Facharzt pro 6000 Bürgern anzusteuern; derzeit sind es über 17 000.

„Die Praxen unserer niedergelassenen Kollegen sind stark überlaufen, noch dramatischer ist die Situation bei den Psychotherapeuten“, berichtet Peter Neu, Chefarzt der Psychiatrie am Jüdischen Krankenhaus. Leider sei der Fall einer jungen Frau mit einer schweren Depression, die nach einer dreiwöchigen stationären Behandlung mit allen Anzeichen einer deutlichen Besserung aus der Klinik entlassen



Höchstdosis. Der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist immer das letzte Mittel. Andere Möglichkeiten sollten verstärkt geprüft werden. Foto: TrudiDesign - Fotolia

werden konnte, schon drei Monate später aber wieder aufgenommen werden musste, keine Ausnahme. „In dieser Zeit hatte sie nur wenige kurze Termine bei

einem niedergelassenen Psychiater. Für den Beginn der notwendigen ambulanten Psychotherapie bestand eine Wartezeit von mindestens sechs Monaten. Eine Sta-

Sucht und Depression

Eine Herausforderung an das Versorgungssystem

Die Suchterkrankung und die Depression stellen die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung dar. Und beide Erkrankungsformen stehen ganz oben auf der Liste der Störungen, die für die Betroffenen die größte Verminderung an Lebensqualität einerseits und den Verlust an Funktionalität im beruflichen und sozialen Leben andererseits bedeuten. Da beide Erkrankungen bereits Personen jüngerer und mittleren Alters betreffen und somit früh zu Arbeitsunfähigkeit führen können, stellen sie auch volkswirtschaftlich eine immense Belastung dar. Obwohl beide Erkrankungen eigenständige Entitäten darstellen, findet man in der klinischen Praxis nicht selten ein gleichzeitiges Vorhandensein der Symptomkomplexe. Dies stellt Herausforderungen sowohl für die Diagnostik, als auch die Behandlung dar.

Die Diagnostik muss die Frage stellen, ob womöglich eine Erkrankung durch die andere hervorgerufen oder aufrechterhalten wird. So könnte man sich vorstellen, dass Alkoholkonsum eine Art Selbstbehandlung bei Vorliegen einer Depression ist. Gleichzeitig aber wissen wir auch, dass ein regelmäßiger und lang anhalten-

Sucht und Depression können sich gegenseitig aufrecht erhalten

der Konsum von Suchtstoffen selbst Depressionen hervorrufen kann. Dies lässt sich beispielsweise durch neurobiologische Veränderungen erklären, denn alle Suchtstoffe greifen in die Regelkreise des Körpers ein. Obwohl wir noch keine abschließende Antwort auf das Zusammenspiel von Sucht und Depression geben können, ist sicher, dass sich beide Erkrankungen sowohl gegenseitig bedingen können als auch unabhängig voneinander auftreten können. Auf jeden Fall muss vor der Therapie von Sucht und Depression das Vorhandensein der jeweils anderen Krankheit überprüft werden.

Die Therapie beider Erkrankungen steht vor der schwierigen Aufgabe, beiden Beschwerdekomplexen genügend Rechnung zu tragen. Hier ist schon die Frage wichtig, zu welchem Zeitpunkt welche der Erkrankungen behandelt wird. Wenn ein Patient mit der Diagnose Depression und aktuellem Konsum von Suchtmitteln in der Klinik behandelt wird, empfiehlt es sich meist, zunächst den Körper von dem Suchtstoff zu befreien, weil sich auch das psychische Empfinden nach einer Entgiftung völlig anders darstellen kann als vorher. Es darf aber dann nicht versäumt werden, unter dem nun "giftfreien" Zustand das mögliche Weiterbestehen einer Depression erneut zu bewerten. Sollte weiter die Einschätzung eines gleichzeitigen Vorhandenseins von Sucht und Depression bestehen bleiben, muss dies auch in das Weiterbehandlungskonzept mit eingefügt werden, wenn der Patient aus der stationären Behandlung entlassen wird und in das ambulante oder teilstationäre Versorgungsnetz überführt wird. PETER NEU

— Der Autor ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Jüdischen Krankenhauses Berlin

Ängste nehmen und Auskunft geben

Freundliches und respektvolles Auftreten der Klinikmitarbeiter ist wichtig

Von 1000 Berlinern benötigt einer pro Jahr eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Die Arbeit der Kliniken umfasst aber weit mehr als die stationäre Versorgung. Auch psychotherapeutische Gespräche, Krisen- und Notfallbehandlung gehören dazu, denn mehr als 50 Prozent der Patienten kommen unangemeldet als Krisenfall. Der Notfalkoffer gehört daher längst zur Ausstattung eines Psychiaters, und in den Rettungsstellen sind Psychiater nicht mehr wegzudenken.

Die Qualität der Versorgung in einer psychiatrischen Klinik misst sich in erster Linie an organisierter, zielführender sowie nachvollziehbarer Diagnostik und Therapie. Patienten erkennen die Qualität psychiatrischer Arbeit auch an freundlichem und respektvollem Auftreten der Mitarbeiter und daran, wie gut sie sich unterrichtet fühlen, also mit welcher Sicherheit und Plausibilität diagnostische und therapeutische Maßnahmen erläutert werden. Gute Ärzte und Therapeuten nehmen ihren Patienten die Ängste, indem sie ihnen mitteilen, was sie erwartet, nach speziellen Anliegen fragen und geduldig Auskunft geben. Darüber hinaus müssen die Sicherung des Behandlungserfolges und die Rückfallvorbeugung ein erkennbares Anliegen der Behandler sein. In Zukunft wird es immer wichtiger werden, dass Ärzte und Therapeuten die Qualität ihrer Arbeit nicht hinter einem Fachchinesisch verbergen.

Zu einer guten stationären Versorgung gehören neben den Gesprächen mit den Ärzten und der medikamentösen Einstellung auch spezielle Psychotherapieprogramme. Gerade bei Depressionen, Ängsten und stressassoziierten Erkrankungen sind diese unerlässlich. Heute weiß man, dass eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung die

meisten Erfolgsaussichten hat.

Wichtig ist auch, dass den Patienten nach der Entlassung eine poststationäre Behandlung durch die Klinikärzte oder eine Weiterbehandlung in einer Tagesklinik ermöglicht wird. Zudem muss dafür gesorgt werden, dass möglichst früh Termine für ambulante Weiterbehandlungen

Nach der Entlassung muss eine ambulante Behandlung gewährleistet sein

vereinbart werden. Normalerweise sind die Patienten dafür selbst verantwortlich. Besonders schwer Betroffene erhalten dabei Hilfe vom Krankenhauspersonal.

Die Stationen der meisten Berliner Kliniken sind auf bestimmte Diagnose- und Altersgruppen spezialisiert. Eine Besonderheit hält das Humboldt-Klinikum vor. Es hat als einziges Krankenhaus eine Schwerpunktabteilung für seelisch kranke Frauen. Bei Frauen wird etwa doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert wie bei Männern. Allerdings gleichen sich die Zahlen bei zunehmender Schwere der Erkrankung an. Häufig sind es einschneidende Ereignisse, die bei Frauen psychische Erkrankungen hervorrufen. Oft sind diese Ereignisse auch an hormonelle Veränderungen, wie beispielsweise durch eine Schwangerschaft oder die Menopause, geknüpft. Die Diagnostik und Therapie weiblicher psychischer Beschwerden und Erkrankungen bedarf daher einer besonderen Kenntnis der komplizierten Zusammenhänge zwischen Körper und Seele.

Entscheidend für eine gute Versorgung ist heute auch, dass genug Versorgungs-

möglichkeiten für ältere Menschen mit seelischen Erkrankungen vorgehalten werden, wie es beispielsweise im Humboldt-Klinikum oder im Klinikum Spandau der Fall ist. Hier gibt es Psychiater, die zugleich auch Geriater, also Altersmediziner, sind. Das ist wichtig, da sich die Krankheitsbilder, aber auch die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen oft von denen junger Patienten unterscheiden. Aufgrund des demografischen Wandels werden die über Sechzigjährigen bald die Bevölkerungsmehrheit darstellen. Daher wird auch die Versorgung älterer Menschen mit seelischen Erkrankungen in den nächsten Jahren immer mehr gefragt sein, und auch die Behandlung von Demenzen wird ein größeres Thema werden. Darauf werden sich die Kliniken einrichten müssen.

Zudem werden die Kliniken in den kommenden Jahren mit einer Zunahme stressassoziiierter Erkrankungen konfrontiert sein. In der modernen Arbeitswelt und ihrem Leistungsdenken wird Stress zu einem immer größeren gesundheitlichen Risikofaktor. Bei einer vorhandenen Disposition kann er Auslöser einer Depression sein. Betroffen sind davon oft besonders disziplinierte und pflichtbewusste Menschen, die sehr zeitintensiv arbeiten, so dass die Balance zwischen Belastung und Entlastung, Anspannung und Entspannung nicht mehr stimmt. Nicht alle Menschen können diesem Druck standhalten, und manche entwickeln in der Folge eine Depression.

Doch Stress kann auch die Ursache körperlicher Erkrankungen sein, die wiederum das Risiko für eine Depression erhöhen. Gerade die somatischen Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Schmerzstörungen stellen nicht zu unterschätzende Risikofaktoren für psychische Erkrankungen dar. Menschen, die an einer dieser Krankheiten leiden, haben ein besonders hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Daher wird in Zukunft bei der Arbeit der psychiatrischen Kliniken auch das interdisziplinäre Denken immer wichtiger werden.

PETER BRÄUNIG, STEPHANIE KRÜGER UND JUTTA HENSEL

— Peter Bräunig ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Vivantes Humboldt-Klinikum und Klinikum Spandau. Stephanie Krüger ist Chefarztin des Zentrums für seelische Frauengesundheit im Vivantes Humboldt-Klinikum. Jutta Hensel ist Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Vivantes Klinikum Spandau

Lücke in ambulanter Versorgung

Bessere Vernetzung soll Abhilfe schaffen

Die Wartezeiten bei niedergelassenen Psychiatern oder Psychotherapeuten sind lang und betragen selbst in Berlin mitunter ein halbes Jahr oder mehr. Es gibt jedoch auch Modelle zur Verbesserung der Situation. So kann ein Patient, der bereits in stationärer Behandlung war, in eine Tagesklinik aufgenommen werden, wo er tagsüber an Gruppentherapien und Gesprächen teilnimmt und die Nacht sowie das Wochenende zu Hause verbringt. Diese Therapieform kann den Patienten den Übergang vom stationären Aufenthalt in die ambulante Nachsorge erleichtern.

Bewährt haben sich auch die Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), die an die jeweilige Fachabteilung der Klinik angeschlossen sind und die bei Einweisungen als Vorschaltambulanz dienen können oder aber nach einem stationären Aufenthalt die Nachsorge koordinieren. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Patienten die Eingangskriterien für die Behandlung in einer Psychiatri-

schen Institutsambulanz erfüllen müssen. Diese Kriterien beziehen sich auf die Art, Dauer und Schwere der Erkrankung.

Ein weiteres, relativ neues Modell ist die sogenannte „Konsiliarsprechstunde für Hausärzte“. Per Telefon erörtert der Hausarzt schwierige Fälle mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. „Durch die Vorbesprechung am Telefon haben wir eine gute Vorauswahl, welcher Patient vom Hausarzt adäquat behandelt werden kann oder wer zum psychiatrischen Facharzt sollte“, erklärt Dr. Ronald Burian vom Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH). Abgestuft nach Schweregrad und Komplexität ist der Psychiater also entweder indirekt-beratend oder direkt in die Behandlung eingebunden.

ALBERT DIEFENBACHER

— Der Autor ist Chefarzt der Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)



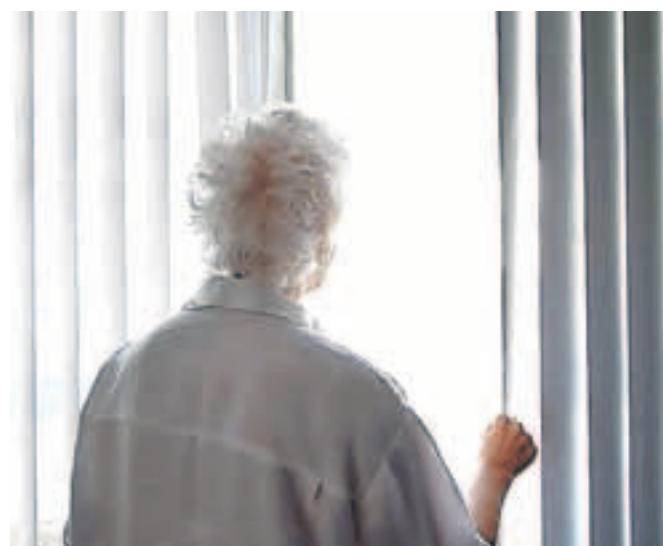
Gesunde Seele. Mehr Lebensqualität.

Behandlung psychosomatischer Erkrankungen im DAK Spezialisten-Netzwerk Berlin-Brandenburg.

- So profitieren Ihre Patienten vom DAK-Spezialisten-Netzwerk:
- Kurzfristiger Zugang zu einem krankheitsangemessenen Versorgungssystem aus Fachärzten, Psychotherapeuten, Rehasportanbietern und Soziotherapeuten
- Fachärztliche Versorgung als Basis, optional:
 - Einzelpsychotherapie/Gruppenpsychotherapie
 - Rehasport in Gruppen für psychosomatisch Erkrankte
 - Arbeitsplatzkonfliktmanagement durch qualifizierte Soziotherapeuten

Neugierig?

Kontakt:
 DAK-Gesundheit
 Vertragsgebiet Berlin/Brandenburg
 sabine.negenborn@dak.de
 PIBB (Psychiatrieinitiative Berlin/Brandenburg)
 Dr. Norbert Mönter, iv@psychiatrie-in-berlin.de



Vorausblickend. Die Kliniken werden sich immer mehr auf die Versorgung älterer Menschen mit seelischen Erkrankungen einstellen müssen. Foto: Fotolia

INTEGRATION IN DEN ARBEITSMARKT Innovative Konzepte

Viele Wege führen zurück in den Beruf

Möglichkeiten und Angebote für psychisch kranke Menschen – berufliche Rehabilitationsmaßnahmen können Abwanderung in die Rente verhindern

VON KARIN HIRDINA UND FRIEDRICH KIESINGER

Die Anzahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen nimmt in Deutschland seit Jahren kontinuierlich zu. Auch im Jahr 2012 stieg sie nach Angaben des DAK-Gesundheitsreports 2012 weiter an. Das betriebliche Gesundheits- und Eingliederungsmanagement wird daher zukünftig eine immer wichtigere Rolle spielen. Doch wie geht es für Menschen mit psychischen Erkrankungen nach einer längeren klinischen Behandlung und Rehabilitation beruflich weiter? An den Arbeitsplatz zurückzukehren, stellt viele vor eine Reihe von Fragen: Wie belastbar bin ich? Kann ich so weitermachen wie vorher? Was denken Kunden, Kollegen und Vorgesetzte über mich?

Die Unterstützungsangebote in diesen Fällen sind vielfältig. Die Krankenkassen ermöglichen über das sogenannte Hamburger Modell die schrittweise Wiedereingliederung erkrankter Menschen. Des Weiteren gibt es Beratungen, Kurse und Trainings für Betroffene, die beispielsweise von den Krankenkassen, der Rentenversicherung, der Arbeitsagentur oder den Berufsgenossenschaften finanziert werden. Zudem können die Arbeitgeber grundsätzlich bei der Einstellung von Menschen mit Vermittlungshemmnissen unterstützt werden. Die Möglichkeiten reichen von Eingliederungszuschüssen über die Unterstützung bei der Ausstattung des Arbeitsplatzes bis hin zur Gewährung von Zuschüssen für (behinderungsbedingte) Minderleistungen.

Hilfen für Arbeitgeber können gewährt werden



Erste Schritte. In speziellen Werkstätten werden Tätigkeiten für Menschen mit (psychischen) Behinderungen angeboten.

Foto: dapid

Für Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung sind die Integrationsfachdienste zuständig. Im Rahmen des Job-to-Job-Coachings können sie bei der Anpassung des Arbeitsplatzes oder der Vermittlung in eine neue Arbeitsstelle tätig werden. An der Schnittstelle zu den besonderen Leistungen für schwerbehinderte Menschen sind Integrationsfirmen tätig. Diese beschäftigen zwischen 25 und 50 Prozent besonders betroffene schwerbehinderte Menschen. Behinderungsbedingte Nachteile und der

Betreuungsbedarf werden finanziell ausgeglichen. Ansonsten nehmen diese Firmen wie jeder andere Betrieb auch am Wettbewerb teil. Derzeit sind bundesweit etwa 10 000 schwerbehinderte Menschen in Integrationsfirmen tätig.

Auch die Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen nehmen zu. Während 2009 noch 64 500 Personen eine Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Erkrankung erhielten, stieg diese Zahl im Jahr 2010 auf 71 000 Personen an. Eine Berentung erfolgt beispiels-

weise nach einer längeren Phase der Erkrankung verbunden mit erfolglosen Versuchen, im Arbeitsleben wieder Fuß zu fassen. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen können unter Umständen eine Berentung verhindern. Sie werden jedoch nur gewährt, wenn sie auch Aussicht auf Erfolg haben. Zu den Maßnahmen, welche die Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben ermöglichen sollen, gehören auch leistungsträgerübergreifende Angebote wie die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke

(RPK). Die RPKs, die in Berlin leider noch nicht realisiert worden sind, verbinden die Leistungen der Medizinischen Rehabilitation mit der Teilhabe am Arbeitsleben. In Berlin gibt es die sogenannten „Zuverdienstprojekte“. Hier arbeiten Menschen regelmäßig einige Stunden in der Woche und verdienen sich somit etwas zur Rente oder Sozialhilfe dazu. Diese Projekte stellen niedrigschwellige Angebote dar, welche die Anforderungen an Arbeitszeit und Leistungen für die Mitarbeiter bewusst niedrig halten. Die Mitar-

beit in einer solchen Firma kann der erste Schritt zurück ins Arbeitsleben sein.

Eine alternative Möglichkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben ist der Bildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen, der unter bestimmten Voraussetzungen eine Fortführung der Beschäftigung bis zum Rentenalter bietet. Die Werkstätten bemühen sich verstärkt um die Zusammenarbeit mit Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes, beispielsweise durch Schaffung von sogenannten Außenarbeitsplätzen. Sie bleiben zudem fortlaufend verpflichtet, für die Betroffenen Übergänge auf den Arbeitsmarkt zu fördern und zu realisieren.

Eine weitere Möglichkeit ist das ehrenamtliche Engagement. Menschen mit seelischen Erkrankungen können als Experten in eigener Sache aktiv werden und sich in Verbänden, psychosozialen Einrichtungen oder EX-IN-Programmen (Experienced Involvement, Einbeziehung Erfahrener) engagieren. Mittlerweile gibt es auch Projekte, die wirtschaftliche Denkansätze mit einem sozial verantwortlichen Handeln in Einklang bringen. So beschäftigen beispielsweise einige Firmen aus der IT-Branche Menschen mit autistischen Störungen und nutzen ihre spezifischen Fähigkeiten für sich. Ein gesellschaftlich verantwortliches Denken kann also durchaus auch ein Wettbewerbsvorteil sein.

— Karin Hirdina und Friedrich Kiesinger arbeiten als Psychologen in gemeinnützigen Strukturen. Friedrich Kiesinger ist zudem Geschäftsführer der Pegasus GmbH für soziale/gesundheitliche Innovation

Elf Freunde müsst ihr sein

Zeitarbeit für Menschen mit und ohne Behinderung

Die ursprüngliche Idee, die zur Genossenschaft „Elf Freunde müsst ihr sein“ führte, war der Gedanke, körperlich, seelisch oder geistig eingeschränkten Menschen eine gleichnamige Teilhabe an Bildung und Arbeit zu ermöglichen. Da viele geeignete Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung bei größeren Unternehmen durch deren eigene leistungsgewandelte Mitarbeiter besetzt sind und kleinere Betriebe kaum Behinderte in Vollzeit fest einstellen, müssen andere Wege für Beschäftigungsmöglichkeiten gesucht werden. Arbeit ist bei kleineren Betrieben immer wieder da, aber schwankend nach Auftragslage und Saison. Hierfür werden häufig Zeitarbeiter eingesetzt. Auch private Auftraggeber, beispielsweise für hausnahe Dienstleistungen, sind potenzielle Kunden für Zeitarbeit.

Mit einem Modellprojekt wollen wir einen Inklusionsbetrieb für Mitarbeiter mit und ohne Behinderung beziehungsweise psychischen Erkrankungen aufbauen. Die Mitarbeiter werden von der Genossenschaft „Elf Freunde müsst ihr sein“ fest angestellt. Genossenschaftsmitglieder sind Unternehmen und Privatkunden mit Bedarf an Zeitarbeitnehmern. Auch Kommunen, Hochschulen und Verbände können Mitglieder werden. Als Mitarbeiter in der Genossenschaft kommen Teilnehmer aus einer modularen Qualifizierung, geeig-

nete Beschäftigte aus Werkstätten und grundsätzlich alle arbeitssuchenden und motivierten Menschen in Frage.

Bewerber, die bei Kunden über stark nachgefragte Kompetenzen verfügen, werden von der Genossenschaft in Vollzeit fest angestellt. Andere Teilnehmer mit weniger (nachgefragten) Kompetenzen oder gesundheitlichen Einschränkungen können als Mitarbeiter auf 400-Euro-Basis bei der Genossenschaft beschäftigt werden. Schwer vermittelbare Arbeitssuchende erhalten gelegentliche Aufträge und bauen Kompetenzen und Selbstbewusstsein für einen Übergang in feste Beschäftigungsverhältnisse auf. Die Anfragen der Kunden werden mit den Profilen der Mitarbeiter verglichen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der geeignete Mitarbeiter behindert oder nicht behindert, jung oder alt ist. Beim Profiling spielen ausschließlich die Kompetenzen eine Rolle. Arbeitsverträge, klare Regeln und eine vernünftige Entlohnung dienen dem Erfolg der Genossenschaft. Sie wiederum bietet ihren Mitarbeitern Unterstützung und den Kunden Sicherheit und Qualität. ROLAND NAGL.

— Der Autor ist Referent für Prozess- und Produktentwicklung der IWL Werkstätten für Menschen mit Behinderung gemeinn. GmbH

Bessere Betreuung

Neue Chancen für psychisch kranke Arbeitnehmer

Für psychisch erkrankte Menschen erfolgt nach einer längeren Krankheitsperiode oftmals der Verlust des Arbeitsplatzes mit den bekannten Schwierigkeiten zur Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. In den letzten Jahren sind vor diesem Hintergrund innovative Konzepte der Krankenkassen entstanden, die unter anderem Angebote für die persönliche Betreuung von Versicherten im Falle länger drohender Arbeitsunfähigkeit (AU-Fallmanagement) umfassen. Dadurch soll die Koordination der oft unübersichtlichen Hilfen für den beruflichen Wiedereinstieg professionalisiert und ein im Einzelfall notwendiger Arbeitsplatzwechsel im beruflichen Alltag erleichtert werden.

In diesem Rahmen werden seit Jahren verstärkt auch Verträge mit erfahrenen Betreuungsdiensten für seelische Erkrankungen vor Ort abgeschlossen. Die neuen Konzepte sollen den Versicherten eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen, indem zunächst in gemeinsamen Fallgesprächen mit den Patienten die Hintergründe und konkreten Ursachen des Arbeitsplatzverlustes abge-

klärt und dann die neuen Einstiegschancen detailliert ausgeleuchtet werden.

Eine weitere Möglichkeit zur Eingliederung sind die von der Agentur für Arbeit geförderten berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB-Reha), die auch für psychisch kranke Menschen angeboten werden. Häufig können die Teilnehmer danach in betriebliche oder überbetriebliche Ausbildungen, Umschulungen oder Studiengänge weitervermittelt werden. Manche arbeiten sogar direkt bei einem Unternehmen.

Auch Zeitarbeit wird seit einigen Jahren für Menschen mit psychischen Erkrankungen angeboten. Für den Arbeitgeber entfällt das Risiko der Lohnkostenfortzahlung bei krankheitsbedingtem Arbeitsausfall, da er nur die vom Mitarbeiter tatsächlich geleisteten Stunden bezahlen muss. Somit kann er sich unverbindlich ein Bild vom tatsächlichen Leistungsvermögen des Mitarbeiters machen. Das Konzept funktioniert nur durch eine sorgfältige Auswahl und Betreuung der Mitarbeiter durch die Zeitarbeitsfirma, aber dann kann es eine gute Chance für Betroffene darstellen, im Beruf wieder Fuß zu fassen. REINHARD ZURGEISSEL, BERND GANDER

— Reinhard Zurgeissel ist Vorstandsmitglied der Stiftung Pinel. Bernd Gander ist Geschäftsführer der Pinel gGmbH

Schnellere Rückkehr der Mitarbeiter in den Beruf ist das Ziel

Potenziale ausloten

Durch Außenarbeitsplätze zurück ins Erwerbsleben

Die Chance auf einen Neustart auf dem Arbeitsmarkt ist für psychisch erkrankte Menschen besonders schwer, denn beispielsweise Depressionen, Psychosen oder Suchterkrankungen bedeuten für die Betroffenen nicht nur private, sondern auch häufig berufliche Einschnitte.

Sven Schattenberg zählt zu denen, die den Sprung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wagte. Seit Anfang Juli arbeitet er auf einem Außenarbeitsplatz bei der Firma FAHRER, die Produkte rund um das Fahrrad herstellt. Davor war er im Arbeitsbereich der Abteilung Digitale Medien der VIA Werkstätten, einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderung.

„Meine Abteilung bekam regelmäßig Aufträge der Firma FAHRER, die ich zum größten Teil erledigt habe. Da die Zusammenarbeit so gut klappt, ist sogar geplant, dass ich ab Januar 2013 eine reguläre Anstellung bekomme. Darauf freue ich mich besonders, denn damit würde sich ein großer Traum von mir erfüllen“, sagt Sven Schattenberg.

In den VIA Werkstätten stehen Mitarbeiter des Begleitenden Dienstes und

Fachkräfte mit pädagogischer Zusatzqualifikation den Rehabilitanden zur Seite und unterstützen sie dabei, Potenziale und Kompetenzen auszuloten und weiterzuentwickeln. Individuelle Bildungspläne helfen, im zweijährigen Berufsbildungsbereich die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu entwickeln oder wieder herzustellen.

Mit ausgelagerten Arbeitsplätzen forcieren die Werkstätten gemeinsam mit Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes und dem Integrationsfachdienst einen neuen Weg der beruflichen Integration. Dabei geht es darum, dass Fähigkeiten der Mitarbeiter optimal eingesetzt und weiterentwickelt werden. Bis zu der angestrebten Übernahme in den Beruf stehen Fachkräfte weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung. „Wirkliche Integration von Menschen mit Behinderungen kann aber nur gelingen, wenn jeder Einzelne von uns unvoreingenommen auf die Betroffenen zugeht, sie im Alltag begleitet und in unser tägliches Leben einbezieht“, erklärt Uwe Gervink, Geschäftsführer der VIA Werkstätten. „Daher appelliere ich auch an Betriebe und Arbeitgeber, diesen Menschen im Arbeitsleben verstärkt eine Chance zu geben.“ KARIN RIEDESSER

— Die Autorin ist Leiterin der Unternehmenskommunikation im VIA Unternehmensverbund

UNSERE KLINIKEN UND ANGEBOTE

- //// Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- //// Klinik für Neurologie
- //// Klinik für Suchtmedizin
- //// Zentrum für seelische Gesundheit im Alter
- //// Psychiatrische Institutsambulanz
- //// Psychologisch psychotherapeutische Tagesklinik
- //// Vier Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
- //// Therapeutische Wohngemeinschaften
- //// MVZ am St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

Die Alexianer GmbH ist ein Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, in dem rund 10.750 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt sind. Bundesweit betreibt sie Krankenhäuser, Heime der Senioren- und Eingliederungshilfe, ambulante Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen sowie Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfirmen. Die Ordensgemeinschaft der Alexianerbrüder als Träger des Unternehmens hat eine rund 800-jährige Tradition im Dienst am Menschen.

„Grundlage unserer Arbeit ist die Vision einer Gesellschaft, in der Menschen mit psychischen Erkrankungen frei von Vorurteilen leben können und die Hilfe erhalten, die sie benötigen.“

Dr. med. Iris Hautz, Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin, St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

EINE AUSWAHL UNSERER INTEGRIERT AMBULANTEN UND STATIONÄREN DIAGNOSTIK- UND BEHANDLUNGSPROGRAMME

- //// Zentrum für Angst- und Zwangsstörungen
- //// Zentrum für Psychotraumatologie, posttraumatische Belastungsstörung
- //// Zentrum für Früherkennung und Therapien von Psychosen
- //// Mutter-Kind-Behandlung für Frauen mit Krisen vor und nach der Geburt, Rooming-In und Elternberatung
- //// Frühdiagnostik von Gedächtnisstörungen
- //// Belastungsstörungen und Depressionen
- //// Körperliche Beschwerden mit psychischen Ursachen
- //// Ambulante Physiotherapie und Ergotherapie
- //// Stationäre und ganztägige ambulante Entwöhnungstherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Unsere Therapieansätze sind so individuell wie unsere Patienten. Im Vordergrund steht immer ein einfühlsames, patientenorientiertes Vorgehen, das die gesamte Behandlungskette von ambulant über teilstationär bis zur stationären Behandlung kontinuierlich verbindet.

St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee | Gartenstraße 1 | 13088 Berlin

Weitere Informationen zu den Einrichtungen erhalten Sie im Internet unter: www.alexianer.de

JÜDISCHES KRANKENHAUS BERLIN

Unfallkrankenhaus | 305 Betten | 26.000 Patienten pro Jahr | 5 Fachkliniken
10 Abteilungen | 4 Medizinische Zentren | Neues Operationszentrum
Neue Rettungsstelle | Facharztpraxen am Standort | Zertifiziertes Gefäßzentrum

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**
Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen, Traumafolgestörungen, Borderline-Erkrankungen
- Klinik für Innere Medizin**
Abteilungen für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, Herzkatheterlabor
- Zentrum für Herzinsuffizienz**
„Intelligente Implantate“ bei Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche
- Zentrum für Gastroenterologie und Diabetologie**
Behandlung von Magen-Darm-Leber-Erkrankungen, interdisziplinäre Diabetestherapie
- Klinik für Chirurgie**
Abteilungen für Orthopädie/Unfallchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie
- Klinik für Neurologie**
Zentrum für Multiple Sklerose, Schlaganfallbehandlung mit Stroke Unit, Neurologisches Schlaflabor
- Zentrum für Gefäßmedizin**
Interdisziplinäre Behandlung durch Kardiologen, Angiologen, Diabetologen Gefäßchirurgen, Neurologen, Radiologen
- Radiologie und Neuroradiologie & Zentrum für minimal invasive Therapie**
Konventionelles Röntgen, CT-Computertomographie, MRT-Kernspintomographie, Angiographieplatz
- Rettungsstelle** - Unfallkrankenhaus, Notfallversorgung rund um die Uhr
- Anästhesiologie** - Sämtliche Verfahren der modernen Anästhesie und Schmerztherapie

Sie möchten GERN mehr über uns wissen? www.juedisches-krankenhaus.de
Jüdisches Krankenhaus Berlin | Heinz-Galinski-Straße 1 | 13347 Berlin | Tel.: 030-4994.0

PRÄVENTION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN AM ARBEITSPLATZ *Wie Arbeitgeber vorbeugen können*

Sensibilisieren, nicht diagnostizieren

Manager sind bei psychischen Krankheiten ihrer Mitarbeiter oft überfordert

VON MARGARET HECKEL

Die Anfrage bekommt Melanie Brauck derzeit sehr oft. „Wie können wir denn die mentalen oder psychischen Probleme unserer Mitarbeiter erkennen?“, bekommt die Psychologin aus dem Hamburger Fürstenberg-Institut zu hören. Ihre Antwort ist eindeutig: „Manager müssen das nicht erkennen, das ist eine komplette Überforderung“.

Keine Führungskraft sei in der Lage, eine Depression von einem Burnout oder einer anderen psychischen Erkrankung zu unterscheiden. Was von ihnen aber zu erwarten sei, ist Aufmerksamkeit für die Mitarbeiter, echte Gesprächsangebote und – wenn nötig – externe Hilfe. Angesichts steigender Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen sind viele Manager in Deutschland stark verunsichert. Aus der Chefetage kommt oft genug der Druck, den Krankenstand zu verringern und für ein gutes Betriebsklima zu sorgen. Gleichzeitig führen enge Zielvorgaben und sinkende Personalschlüssel zu steigenden Anforderungen an Mitarbeiter und Führungskräfte.

Immer mehr Unternehmen gehen das Thema strategisch an

Immer mehr Unternehmen gehen das Thema deshalb strategisch an. Der Lebensmittelkonzern Unilever hat alle Führungskräfte zwei Tage lang zusammengerufen, um in Kleingruppen über die Unternehmenskultur zu diskutieren. Themen waren beispielsweise das Rollenverhalten im Team, die Fürsorgeverpflichtung der Vorgesetzten aber auch Themen wie die Funktionsweise des Gehirns. Das „We-care“ genannte Programm sollte die



Früherkennung. Manager sollen nicht den Mediziner spielen, wohl aber die permanente Überlastung von Mitarbeitern erkennen und sensibel darauf mit Hilfeangeboten reagieren.

Foto: fhmedien.de - Fotolia

Teamleiter für eine achtsame Arbeitsatmosphäre sensibilisieren und ihnen die Instrumente für ein gutes Betriebsklima sowie zielgerichtete Mitarbeitergespräche an die Hand geben.

Denn darum geht es letztlich bei der Prävention von psychischen Erkrankungen: die Führungskräfte dafür „zu sensibilisieren, dass sie einen enorm wichtigen Beitrag für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter leisten können und müssen“, wie Werner Fürstenberg sagt. Dafür braucht es keine medizinischen Kenntnisse, meist reicht das ganz normale Bauchgefühl: Warum ist

die Mitarbeiterin, die sonst immer mit Enthusiasmus für die Geburtstage der anderen sammelt und den Blumenstrauß kauft, plötzlich so zurückhaltend? Was ist mit dem Stillen am Rand des Großraumbüros los, der plötzlich so richtig aufdreht und schrill herumkreischt? Und was hat der Team-Clown, der kaum mehr den Mund aufbekommt, wenn man ihn im Fahrstuhl trifft?

Wenn sich Mitarbeiter so verändern, ist es Zeit für ein Gespräch. Nicht zwischen Tür und Angel, sondern gut vorbereitet und auf Augenhöhe. „Ganz wichtig ist, dass die Firmen die Vorgesetzten hier in der Gesprächsführung schulen“, sagt Brauck.

Keinesfalls sollte der Chef sich hier als Mediziner in Szene setzen. Sätze wie „Ich habe den Eindruck, Sie sind kurz vor dem Burn-Out“ sind genau das Falsche und bewirken lediglich, dass der Mitarbeiter sich noch mehr zurückzieht oder zu einer Notlüge greift. Stattdessen sollte die Führungskraft sachlich schildern, welche Veränderungen sie an dem Mitarbeiter erlebt, und ihre Sorge äußern, dass es dem Mitarbeiter vielleicht nicht gut geht.

Optimal ist, wenn das Unternehmen Hilfe von außen anbietet

Optimal ist, wenn das Unternehmen externe Hilfe anbieten kann wie beispielsweise anonyme Beratungen am Telefon oder im persönlichen Gespräch. „Employee Assistance Programme“ oder kurz EPA heißen derartige Angebote. Knut Krämer, der Personalchef der Targobank, bietet seinen 6500 Mitarbeitern seit vier Jahren derartige Hilfe rund um die Uhr an – auch an Weihnachten und Ostern. „Wir wollten von Anfang an das Komplettpaket bieten, damit es nie passiert, dass ein Mitarbeiter abgewiesen wird“, sagte er der Fachzeitschrift „wirtschaft + weiterbildung“.

Fünf bis sieben Prozent seiner Mitarbeiter nutzen das Angebot pro Monat, die Resonanz sei ausschließlich positiv. Und der Arbeitgeber profitiert davon, dass er sich laufend Rückmeldungen über die Arbeitsatmosphäre geben lassen kann – natürlich anonym.

Zufriedenheit durch Flexibilität

Firma Dornseif bietet Familienservice

Psychische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch und viele Firmen erkennen nicht die Möglichkeiten, die sie selbst haben, um die (körperliche) Arbeitskraft und den (psychischen) Arbeitswillen ihrer Mitarbeiter zu erhalten. Gerade kleine und mittlere Unternehmen tun sich bisher häufig noch schwer damit, die Chancen und Möglichkeiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung für sich zu nutzen. Dabei können gerade sie längere Ausfallzeiten ihrer Mitarbeiter nur schlecht kompensieren. Prävention spielt für sie daher eine besondere Rolle, auch und gerade in Hinsicht auf psychische Erkrankungen.

Das hat auch die Firma Dornseif aus Münster, ein Winterdienst-Unternehmen mit 32 Mitarbeitern, erkannt. Der Unternehmensleitung war klar, dass Betriebliche Gesundheitsförderung an verschiedenen Punkten ansetzen muss. Daher wurde das Projekt Dreamwork® ins Leben gerufen. Es ist aus vier Säulen aufgebaut, die sich wechselseitig ergänzen: Diversity, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Work-Life-Balance und Umweltschutz. Dies ist auch in Hinsicht auf psychische Erkrankungen sinnvoll, denn Belastungen, gerade auch Stress, können verschiedene Gründe haben.

Externer Dienstleister hilft bei Kinderbetreuung und Pflegenotfällen

Zu den innerbetrieblichen Maßnahmen, die zur Reduktion von Stress beitragen, gehören flexible Arbeitszeiten und ein Jahresarbeitszeitkonto. Ein Home-Office-Koffer macht den Arbeitsort flexibel und bietet die Möglichkeit, von zu Hause aus zu arbeiten.

Zudem hat sich Dornseif einen externen Dienstleister ins Boot geholt. Dieser bietet beispielsweise einen Familienservice an, der in Notfällen wie beim Ausfall der Kinderbetreuung oder des Pflegedienstes einspringt. Gerade im Zuge des demografischen Wandels wird die Pflege von Angehörigen zu einem immer wichtigeren Thema.

Und da die Pflege von kranken Angehörigen oder die Betreuung von Kindern bedeutende Stressfaktoren sein können, ist die Unterstützung in diesen Bereichen ein wichtiger Baustein bei der Prävention von Überlastung und psychischen Erkrankungen. Jedem Mitarbeiter von Dornseif wurde eine Visitenkarte des Familienservices mit einer 24-Stunden-Hotline ausgehändigt. Zudem wird eine individuelle psychologische Beratung angeboten. Die Inanspruchnahme aller Leistungen bleibt selbstverständlich anonym.

Dass Dornseif für seine Maßnahmen mehrfach ausgezeichnet wurde, ist nur eines der Ergebnisse, über die sich die Unternehmensleitung freuen kann. Wichtiger ist, dass eine gute Betriebliche Gesundheitsförderung zufriedener, motiviertere und auch erfolgreichere Mitarbeiter bedeutet. Gerade für kleine und mittlere Unternehmen kann das durchaus auch ein Wettbewerbsvorteil sein.

MARKUS DORNSEIF

— Der Autor ist Prokurist bei Dornseif

„Der Speck ist weg“

Olaf Tscharnetzki über die Vorzüge des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Herr Tscharnetzki, überall liest man, dass psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz zunehmen. Bemerken Sie dies in Ihrem Unternehmen auch?

Die Experten streiten sich ja darüber, ob psychische Erkrankungen tatsächlich zu-



Olaf Tscharnetzki ist Leitender Betriebsarzt bei Unilever für Deutschland, Österreich und die Schweiz

nehmen oder nur öfter diagnostiziert werden. Was man auf jeden Fall sagen kann, ist, dass die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen jetzt stärker be-

merkbar sind. Überall in den Unternehmen steigt der Druck. Und Menschen, die vielleicht etwas weniger belastbar sind als andere, halten diesem Druck nicht immer stand. Zudem sind die Mitarbeiterzahlen in den Unternehmen mittlerweile so knapp kalkuliert, dass der Ausfall eines Kollegen nicht mehr so einfach kompensiert werden kann. Man kann sagen: Der Speck ist weg. Auch das führt zu einem erhöhten Druck.

Was tut Unilever für die Prävention von psychischen Erkrankungen seiner Mitarbeiter?

Wir haben zusätzliche Schulungen für unsere Führungskräfte eingerichtet, sogenannte We-Care-Workshops. Das Motto lautet: Hinsehen statt wegsehen. Das heißt, dass die Führungskräfte angehalten sind, einen Mitarbeiter, der sich verändert, sich zurückzieht oder vermehrt Fehler macht, darauf anzusprechen und

mit ihm gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Zudem haben wir eine Hotline eingerichtet, bei der die Mitarbeiter im vertrauensvollen Gespräch mit Psychologen über ihre Sorgen sprechen können. Wir bieten auch Vorträge an, beispielsweise zum Thema Stressmanagement. Bei all diesen Angeboten arbeiten wir eng mit dem Fürstenberg-Institut als externer Mitarbeiterberatung zusammen. Und wir bieten unseren Mitarbeitern im Rahmen des Betriebssports Entspannungskurse an.

Heute ist man sich weitgehend einig, dass Arbeit selbst nicht krank macht – mangelnde Anerkennung oder das Gefühl der Überforderung allerdings schon.

Ja, das ist richtig. Viele Experten sind der Meinung, dass Arbeit fast therapeutisch wirken kann, wenn sie Erfolgserlebnisse vermittelt. Wir beteiligen uns daher an einem neuen Forschungsprojekt, bei dem

Menschen, denen Arbeitsunfähigkeit droht, ein „training on the job“ angeboten wird. Speziell ausgebildete Psychologinnen sollen betroffene Mitarbeiter dabei unterstützen, das Gefühl der Kontrolle über ihre Arbeit und ihr Leben zurückzugewinnen.

Welche konkreten Veränderungen können Sie durch Ihre Programme feststellen?

Es ist sicherlich schwierig, die Veränderungen konkret messbar zu machen. Zumindest können wir bisher noch keine sinkenden Arbeitsunfähigkeitszeiten feststellen. Allerdings hat sich der wirtschaftliche Druck in vielen Unternehmen ja gerade in den letzten Jahren noch einmal erhöht. Was ich persönlich feststelle, ist, dass die Programme von den Mitarbeitern dankbar angenommen werden und dass es eine größere Offenheit im Umgang mit psychischen Problemen gibt. Die Menschen verstecken sich nicht

mehr. Sie lernen allmählich, dass Abgrenzung wichtig ist und dass man auch als Mitarbeiter einmal „Nein“ sagen muss. Zudem verbessert sich das Betriebsklima. Das Arbeiten wird ja durch gegenseitige Wertschätzung für alle angenehmer.

Was kann ein Unternehmen für einen Mitarbeiter, der dann doch krank geworden ist, tun?

Für Menschen, die über einen langen Zeitraum krank gewesen sind, ist die stufenweise Wiedereingliederung ein sehr sinnvolles Instrument. Hier ist es wichtig, flexibel zu sein. So kann es angebracht sein, dass ein Mitarbeiter einen Teil seiner Arbeit von zu Hause aus erledigt. Wir müssen auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen eingehen. Schließlich sind wir auf gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter angewiesen.

— Das Gespräch führte Anne Volkmann

4x ausgezeichnete Expertise

Der Anspruch, als eine der ersten Berliner Adressen für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie zu gelten, basiert auf kompetenter Zusammenarbeit unserer vier Fachabteilungen.

Psychiatrie I – Diagnostik und Therapie von z. B. Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen

Psychiatrie II – Diagnostik und Therapie von z. B. Demenz und Depressionen, Psychosen und Suchtmittelabhängigkeiten

Psychosomatik – Behandlung von z. B. Somatoformen Störungen, Essstörungen, Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Säugling/Kleinkind

Neurologie – Behandlung von z. B. akuten und chronischen Schmerzsyndromen, Polyneuropathie, Multiple Sklerose

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk

Potsdamer Chaussee 69 | 14129 Berlin
www.tww-berlin.de | 030.81 09-0



Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge
gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Ihre Gesundheit ist bei uns in guten Händen!

Im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) als modernem Krankenhaus der Regelversorgung finden Patienten medizinische und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau. In seinen historischen Gebäuden im Landschaftspark Herzberge bietet es neben der Grundversorgung in der Inneren Medizin, Chirurgie, Geriatrie und Urologie spezialisierte Leistungen in Neurologie und Psychiatrie für Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen.

Zentrale Aufnahme und Diagnostik
Telefon: 54 72 – 30 02

- Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Telefon: (030) 54 72 – 3801
- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Telefon: (030) 54 72 – 4801.
- Psychiatrisch-psychosomatische Tagesklinik, Telefon: (030) 54 72 – 30 50

Zentren

- Epilepsie Zentrum Berlin Brandenburg, Telefon: (030) 54 72 – 35 01
- Gefäßzentrum Berlin, Telefon: (030) 54 72 – 37 01
- Behandlungszentrum für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung, Telefon: (030) 54 72 – 48 05
- Chirurgisches Behandlungszentrum für Menschen mit Behinderung, Anmeldung über Zentrale Aufnahme, Telefon: (030) 54 72 – 30 20
- MVZ Ärztehaus für psychische Gesundheit und Epileptologie am KEH, Telefon: (030) 50 05 – 12 33

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) • Herzbergstraße 79 • 10365 Berlin
Telefon: (030) 54 72 - 0 • keh@keh-berlin.de • www.keh-berlin.de

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN Noch immer stigmatisiert

„Alles, was fremd ist, macht Angst“

Iris Hauth über Ängste und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen

Frau Hauth, nach wie vor müssen psychisch Erkrankte gegen soziale und berufliche Ausgrenzung kämpfen. Welche Ängste und Vorurteile gibt es in der Bevölkerung?

Beim Thema psychische Erkrankungen spielen verschiedene Ängste eine Rolle. Da gibt es zum einen die Angst vor dem Fremden, die besonders bei den Psychosen eine Rolle spielt, dann natürlich die Angst, selbst krank zu werden, und zum Teil auch die Angst vor Gewalt, die beispielsweise durch die Medien geschürt wird - obwohl die spektakulären Fälle, über die gerne berichtet wird, die abso-



Iris Hauth ist Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

lute Ausnahme darstellen. Bei allen Ängsten kann man sagen, dass sie ihre Ursache in mangelnder Information haben.

Gibt es denn Unterschiede in der Wahrnehmung der verschiedenen psychischen Erkrankungen?

Grundsätzlich gibt es gegenüber allen psychischen Erkrankungen Vorurteile. Allerdings scheint sich bei den Themen Depression und Burnout mittlerweile etwas zu bewegen. So wird beispielsweise seit dem Tod von Robert Enke in den Medien vermehrt über Depressionen berichtet, und nach und nach bekennen sich immer mehr Prominente zu der Krankheit. Bei Psychosen, Suchterkrankungen und Demenzen sieht das noch anders aus. Als etwas zwiespältig betrachte ich die Burnout-Debatte. Burnout ist ja keine echte Erkrankung, und zudem haftet ihm fast ein positives Image an, weil man glaubt, dass Burnout vor allem Menschen betrifft, die beson-



Am Rande. Wer Angst vor dem Fremden hat, lässt nichts mehr an sich heran. Doch Ausgrenzung macht einsam und kann psychische Erkrankungen verschlimmern.

ders hart arbeiten, während man bei Depressionen eher antriebslose Menschen denkt, die sich hängen lassen. Es kann daher leicht passieren, dass sich Betroffene, die eigentlich unter einer Depression leiden, hinter dem Begriff Burnout verstecken. Hier müssen wir aufpassen, dass wir nicht eine Aufteilung in gute und schlechte psychisch Kranke bekommen.

Welche Sorgen haben Arbeitgeber, wenn ein Mitarbeiter psychisch erkrankt, und wie kann man sie ermutigen, diesen Mitarbeiter weiter zu beschäftigen?

Die Sorge vieler Arbeitgeber ist ja, dass psychische Erkrankungen besonders schlecht heilbar seien. Viele Menschen glauben: einmal psychisch krank, immer

psychisch krank. Doch das stimmt nicht. Der allergrößte Teil der Menschen mit Depressionen hat im Leben eine oder vielleicht auch zwei oder drei Episoden, ist aber ansonsten ganz normal arbeitsfähig. Nur etwa 20 Prozent sind von immer wiederkehrenden Episoden betroffen und dann meistens auch zwischendurch nicht voll belastbar. Auch Angst- oder Zwangs-

störungen sind heute sehr gut behandelbar. Hier müssen die Arbeitgeber einfach besser informiert werden.

Welche Rolle können bei der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen Politik und Medien spielen?

Die Medien sollten beispielsweise stärker auf die guten Heilungschancen von psychischen Erkrankungen hinweisen. Und es müssten nationale Aufklärungskampagnen gestartet werden. Es gibt ja bereits einen Aktionsplan der Europäischen Kommission, der den Ländern empfiehlt, solche Programme zu unterstützen. In Deutschland setzt sich beispielsweise das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit für eine bundesweite Aufklärung ein. Aber das reicht noch lange nicht. Eigentlich müsste man auch schon in den Schulen mit der Aufklärungsarbeit anfangen, zum Beispiel den Schülern den Kontakt mit Betroffenen ermöglichen. Auch präventiv müsste hier mehr passieren. In den Lehrplänen kommen zwar gesunde Ernährung und Sport vor, aber nicht, wie man seine seelische Gesundheit erhält.

Glauben Sie, dass wir in naher Zukunft mit einer Verbesserung der Situation rechnen können?

Ich glaube, dass schon jetzt etwas in Gang kommt. Wir stellen ja fest, dass sich Menschen heute öfter wegen psychischen Erkrankungen krankschreiben lassen, obwohl Experten davon ausgehen, dass diese Erkrankungen nicht oder kaum häufiger geworden sind. Das ist ein Indiz dafür, dass sich mehr Menschen trauen, über psychische Probleme zu reden. Und das bedeutet auch, dass der Druck auf Krankenkassen, Rententräger und Politik wächst. Ich bin daher recht optimistisch, dass sich in Zukunft einiges tun wird. Allerdings wird es wohl noch ein bis zwei Jahrzehnte dauern, bis wir wirkliche Veränderungen feststellen können.

Das Gespräch führte Anne Volkmann

Stigmatisierung Erkrankter entgegenwirken

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen - das können Symptome einer psychischen Erkrankung sein. Doch viele Betroffene scheuen sich aus Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, über ihre Probleme zu sprechen. „Stigmatisierung bezeichnet den Prozess der sozialen Ausgrenzung von Menschen mit einem bestimmten Merkmal“, erklärt Professor Wolfgang Gaebel, Psychiater und Vorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit. Eine psychische Erkrankung kann ein solches Merkmal sein.

Die Ausgrenzung psychisch kranker Menschen hat eine lange Geschichte. Vieles hat sich schon verbessert. Doch auch heute noch stoßen Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Vorurteile und Abwertung. Dabei kann eine psychische Erkrankung jeden zu jeder Zeit treffen. Trotzdem trauen sich Betroffene oft nicht einmal, ihren engsten Freunden von ihren Problemen zu erzählen, geschweige denn, ihre Erkrankung dem Arbeitgeber zu offenbaren.

Hier setzt die Arbeit des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit an, das unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministeriums über 70 Mitgliedsorga-

Mehr Offenheit und Toleranz im Umgang mit psychischen Erkrankungen

nisationen verbindet und vernetzt. Die Initiative zur Förderung der Seelischen Gesundheit arbeitet dafür, mehr Offenheit und Toleranz im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu erreichen und die Stigmatisierung von Betroffenen in der Gesellschaft abzubauen. So organisiert das Bündnis beispielsweise jedes Jahr eine bundesweite Aktionswoche zum Thema Seelische Gesundheit, um über psychische Erkrankungen aufzuklären. In über 30 Städten und Regionen finden dann Informationsveranstaltungen, Tage der offenen Tür, Workshops, Theateraufführungen und Fachkonferenzen statt.

Das Aktionsbündnis bietet auch einen Informationsdienst für Medien an. Journalisten, die sich über psychische Erkrankungen informieren wollen, können hier auf ein breites Fundament an Erfahrungen zurückgreifen. Zudem wird durch das Bündnis in Betrieben und Organisationen gezielt Aufklärungsarbeit geleistet. Dafür wurden gemeinsam mit der Familienverbände Fortbildungen zum Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz entwickelt.

Das Aktionsbündnis zeichnet sich also durch eine vielfältige und auf mehreren Ebenen ansetzende Arbeit aus. Das Ziel ist es, die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im öffentlichen Diskurs - in der Politik, der Wissenschaft und den Medien - voranzutreiben, damit Betroffene ohne Scham und Angst über ihre Krankheit reden und sich die Hilfe holen können, die sie benötigen.

MARTINA GAUDER

Die Autorin ist Projektmitarbeiterin beim Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Die „zweite Krankheit“

Diskriminierung am Arbeitsplatz und die Folgen

Auch wenn es allmählich einen Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung zu geben scheint, sind Stigmatisierung und Diskriminierung von psychischen Erkrankungen nach wie vor weit verbreitet. Betroffene erfahren dies in ihrem privaten und sozialen Umfeld, besonders aber in der Arbeitswelt. Beispielsweise werden Psychose-Kranke oft pauschalierend als gewalttätig oder nicht zu vernünftigen Entscheidungen fähig, Menschen mit Depressionen oder Suchtkranke als nicht leistungsfähig und zudem selbst verantwortlich für ihre Erkrankung betrachtet.

Eine der dramatischen Folgen ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen diese negativen Konzepte häufig verinnerlichen, was das Selbstwertgefühl beeinträchtigt und einen nicht zu unterschätzenden negativen Einfluss auf den Verlauf haben kann. Dieser Vorgang wird auch als „zweite Krankheit“ bezeichnet. Zudem führt dies häufig zur Geheimhaltung der Erkrankung, wodurch notwendige Hilfestellungen zum Teil nicht in Anspruch genommen werden.

Auch am Arbeitsplatz können die Folgen der Stigmatisierung gravierend sein

und von Ausgrenzung über Mobbing bis hin zur Kündigung reichen. Zwar haben kranke Mitarbeiter seit einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts das Recht auf einen Versuch der beruflichen Wiedereingliederung. Doch oft folgt der Wiedereingliederungsplan einem formalen Schema, das nicht die spezielle Situation der Betroffenen und deren Bedürfnisse berücksichtigt - mit der häufigen Folge, dass die Mitarbeiter erneut dauerhaft ausfallen. Und das ist besonders fatal, da für sie jedes Negativerlebnis eine scheinbare Bestätigung ihres Versagens ist.

Allerdings macht nicht jeder so negative Erfahrungen. Hört man sich unter Betroffenen um, stößt man auch auf positive Berichte, beispielsweise über den Arbeitgeber, der seine Angestellte sogar in der psychiatrischen Klinik besuchte, oder über die Kollegen, die sich mehr Sorgen zu machen scheinen als die Betroffene selbst. Doch die Regel scheint das nicht zu sein. So gilt für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die auf Verständnis bei Kollegen und Vorgesetzten stoßen, bisher scheinbar dies: Sie haben einfach Glück gehabt. ANNE VOLKMAN

Ausgrenzung und Scham

Besondere Probleme bei psychisch Kranken mit Migrationshintergrund

Nach aktuellen Erhebungen leben mehr als 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Das sind etwa 19,6 Prozent der Bevölkerung. Hinter dieser großen „Bevölkerungsgruppe“ subsumieren sich Menschen aus unterschiedlichen Ursprungsländern, mit unterschiedlichen Bildungsniveaus, Akkulturationsstatus und sozioökonomischen Lebensbedingungen.

Im Migrationsprozess sind sie oft erheblichen Belastungsfaktoren wie abwertenden Vorurteilen ausgesetzt, die an ihrem Selbstbewusstsein nagen und sogar krank machen können. Untersuchungen zeigen, dass Diskriminierungserfahrungen, Stigmatisierung und Scham zu signifikant schlechterer Gesundheit führen können und gleichzeitig bei einigen Menschen die Ursachen für eine medizinische Unterversorgung sind. Dies gilt insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hinzu kommt, dass aufgrund vermeintlicher Diskriminierung oftmals Misstrauen gegenüber deutschen Hilfeeinrichtungen besteht.

Bei einigen Betroffenen sind es auch frühere Erfahrungen von Gewalt, die zu

erheblichem Stress mit seinen Folgen beitragen. Chronischer Stress kann zu Rückzug, Depressionen und Angst bis hin zum Suizid führen. Angesichts der Tatsache, dass jeder fünfte Bürger in Deutschland einen Migrationshintergrund hat, ist es unverständlich, dass sich die medizinische Versorgung hier mit Insellösungen wie Spezialambulanzen und Spezialange-

Einrichtungen öffnen sich nur zögernd der Interkulturalität

boten im stationären Bereich zufrieden gibt. Oftmals wird zudem die Behandlung an Mitarbeiter, die selbst einen Migrationshintergrund haben, delegiert, sicherlich aufgrund der Annahme, dass Migranten andere Migranten besser verstehen. Das ist vermutlich gut gemeint - klare strukturelle Rahmenbedingungen sehen allerdings anders aus.

Kultursensibilität und interkulturelle Kompetenz der Akteure sowie eine interkulturelle Öffnung der Einrichtungen stel-

len Grundpfeiler einer adäquaten Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund dar. Bisher sind wir davon noch weit entfernt. Auf einem Symposium mit dem Titel „Psychisch krank durch Migration? Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland“ im September 2012 wurde aufgezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund bis heute keinen gleichberechtigten Zugang zu unserem Sozial- und Gesundheitswesen haben. Zudem wurde festgestellt, dass im Gesundheitssektor ausgebildete Sprach- und Kulturvermittler kaum Einsatz finden. Denn im Gegensatz zu den Gerichten leistet sich die medizinische Versorgung eine unverantwortliche Lücke. Gerade Sprach- und Kulturbarrieren führen zu teuren Mehrfach- und Fehlbehandlungen und in der Folge zu hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Frühberentungen, die wiederum zu einer großen gesundheitsökonomischen Last führen. Das kann nicht gewollt sein.

MERYAM SCHOULER-OCAR

Die Autorin ist Ltd. Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus



Betreutes Wohnen

- Betreutes Wohnen bedeutet fachkundige Begleitung in der alltäglichen Umgebung. Es gibt verschiedene Varianten: in der eigenen Wohnung, in einem von mehreren Appartements unter einem Dach oder in einer ggf. rund um die Uhr betreuten Wohngemeinschaft. Betreuungsziele werden individuell vereinbart und regelmäßig überprüft. Es sollen verlässliche Beziehungen entstehen, Bezugsbetreuungen sind längerfristig angelegt.

Kontaktstellen

- Kontaktstellen ermöglichen unbürokratischen und auf Wunsch anonymen Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem. Sie bieten mit einem breit gefächerten Angebot Gelegenheit zur Freizeitgestaltung. Hier kann man Rat bekommen und die Tage sinnvoll strukturieren.

Arbeit

- Arbeit ist mehr als das Verdienen von Geld. Arbeit ist auch die Möglichkeit, Fähigkeiten einzusetzen und zu erweitern, sie gibt das Gefühl, dazu zu gehören und gebraucht zu werden. In der globalisierten, gewinnorientierten Arbeitswelt ist es für Menschen mit seelischer Behinderung äußerst schwierig, sich zu behaupten. Dennoch brauchen gerade diese Menschen Lob, sinnvolle Zeitgestaltung und Zugehörigkeit. Wir stellen eine breite Palette von Arbeitsmöglichkeiten bereit. Auch schwer erkrankte Menschen können sich erproben, z.B. stundenweise oder auch mit Begleitung. Auf die aktuelle Befindlichkeit wird immer Rücksicht genommen. Man kann sich nach und nach den üblichen Anforderungen annähern und auf diesem Weg Selbstbewusstsein entwickeln. Leider gibt es keine Einnahmen, von denen man ein selbstfinanziertes Leben bestreiten könnte.

Pflegedienst

- Die Ambulante Alternative Pinel gGmbH erbringt Hilfe am Wohnort und in Gemeinschaftswohnungen, in denen unter Wahrung der Eigenständigkeit auch intensivere Pflegebedarfe erfüllt werden können. Das Hauptziel ist die Heimvermeidung, um, so lange es vertretbar ist, in der eigenen Privatwohnung bleiben zu können. fachärztliche Versorgung Medizinische Behandlung ist ein untrennbarer Teil der Versorgung psychisch kranker Menschen. Von der MVZ-Pinel gGmbH wurden zwei Versorgungszentren mit psychiatrischem Schwerpunkt gegründet. Hier werden u.a. schwer psychisch kranke Menschen behandelt, auch wenn sie das Wartezimmer meiden müssen. Neuerdings arbeitet ein Pilot-Projekt an besserer Bewältigung von psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit.

Krisenbewältigung

- Die Krisenpension und Hometreatment gGmbH schafft ambulante Alternativen zur Klinikeinweisung in Krisen. In solchen Phasen wird eng begleitet und wenn nötig auch einen kurzzeitige Bleibe in der Krisenpension ermöglicht. Frühzeitige Intervention und vorbeugende Angebote helfen, dass Krisen einen eher sanften Verlauf nehmen oder erst gar nicht ausbrechen. In Kooperation mit Krankenkassen wurde das Netzwerk für psychische Gesundheit gegründet. Interessierte schreiben sich in dieses Programm ein, dann entstehen Analysen der Situation, der bisherigen Krisenerfahrungen und ein Krisenplan. Je nach Bedarf werden regelmäßige Begleitung oder punktuelle Maßnahmen vereinbart, einzeln oder in Gruppen, ggf. steht jederzeit die Krisenpension zur Verfügung, ein geschützter Rückzugsraum, in dem man unter fachkundiger Begleitung eine Krise möglichst ohne stationäre Einweisung bewältigen kann.

ein politischer Standpunkt

- Pinel unterstützt die Aktion „Gedenkort T4“, benannt nach der Zentrale der NS-Euthanasie in der Tiergartenstraße 4. Wir sehen eine besondere Verpflichtung für die Aufarbeitung des tausendfachen Mordes von seelisch kranken Menschen im Nationalsozialismus, da das Unternehmen seine Angebote an Menschen richtet, die vor wenigen Jahrzehnten Opfer der sogenannten Euthanasie der Nationalsozialisten geworden wären. wo und wie Sie uns finden Manche Angebote gelten in ganz Berlin, andere nur in einzelnen Bezirken, bitte fragen Sie uns. Info-Hotline: (030) 48 48 29 17 eMail: geschaeftsstelle@pinel.de Internet: www.pinel.de

NEUES AUS FORSCHUNG UND THERAPIE *Woran Wissenschaftler arbeiten*

Wir wissen zu wenig

Probleme und Chancen der neuro-psychiatrischen Grundlagenforschung

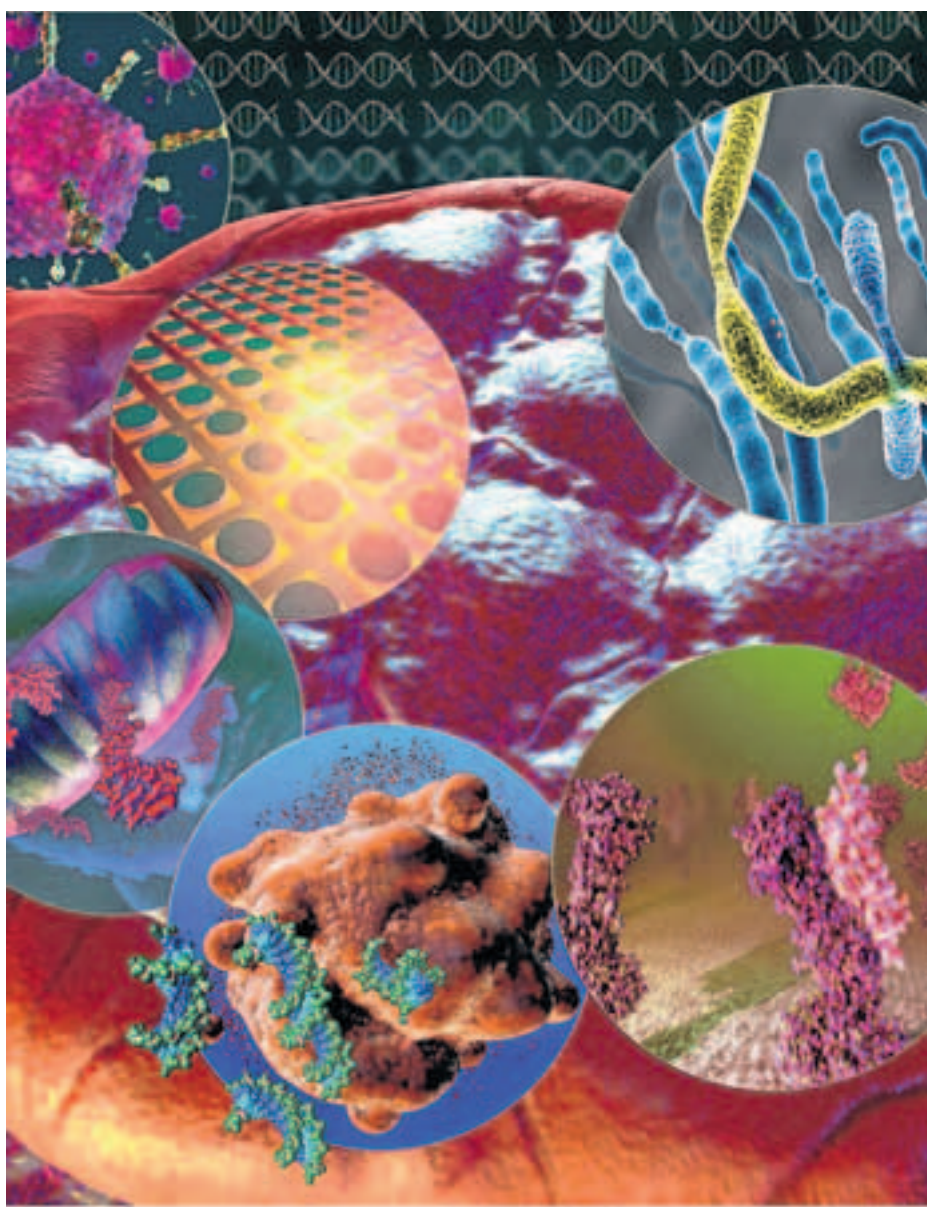
VON RAINER HELLWEIG

Die biologische Psychiatrie verspricht sich von der Neurobiologie entscheidende Impulse zum besseren wissenschaftlichen Verständnis neuro-psychiatrischer Erkrankungen. Die praktische Umsetzung gestaltet sich aber ausgesprochen schwierig, wofür eine Vielzahl von Gründen verantwortlich ist. So lassen sich in vitro gefundene Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf die Situation in vivo übertragen, an Labortieren erhobene Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf den Menschen. Auch lassen sich die in der Psychiatrie gebräuchlichen Klassifikationen oft nur schwerlich in Beziehung zu neurobiologischen Befunden setzen. Entsprechend sind die Entstehung und die genauen molekularen Mechanismen der meisten neuro-psychiatrischen Erkrankungen noch weitgehend unklar, ebenso die Möglichkeiten zu deren Prävention und Behandlung.

Der Ursache kognitiver Störungen auf der Spur

Wie auch in der übrigen Medizin beruhen die bisher erzielten Fortschritte zu einem großen Teil auf dem Einsatz von Tierexperimenten. Dabei kommt inzwischen eine große methodische Vielfalt aus Genetik, Biochemie, Neurophysiologie, Immunhistochemie und Verhaltensbeobachtung – in jüngerer Zeit auch in Verbindung mit funktionaler Bildgebung am lebenden Tier – zum Einsatz. Genetisch manipulierte Tiermodelle ermöglichen die nähere neurobiologische Charakterisierung beispielsweise von depressiven und demenziellen Syndromen.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf Modellen, die in der Lage sind, die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen von der Embryonalzeit und Kindheit bis hin zum Erwachsenenalter im Längsschnitt nachzuzeichnen. Derzeit werden zunehmend auch kognitive Störungen wie Lern- und Gedächtnisprobleme und emotionale Störungen wie Motivations-



Verschiedene Biomarker. Neue Biomarker für psychiatrische Krankheiten werden zunehmend an Bedeutung gewinnen, um die Krankheit frühzeitig zu erkennen. Foto: mauritius-images

defizite und Angst mit neuro-psychiatrischen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht. Derartige Profile von Störungen werden als Endophänotypen beschrieben, also physiologische Marker, die biologisch mit der Erkrankung zusam-

men hängen und als Verbindungsglied zwischen dem klinischen Symptom und den biologischen Grundlagen gelten.

Solche Endophänotypen werden genutzt, um die neurobiologischen Grundlagen neuropsychiatrischer Erkrankungen

auf tierexperimenteller Ebene zu untersuchen. Bekanntlich sind neuro-psychiatrische Erkrankungen – insbesondere die epidemiologisch häufigen Erkrankungen wie Depressionen, Demenzen und Schizophrenien – überaus komplex.

So weisen Patienten mit derselben Störung oft unterschiedliche Symptome auf. Andererseits können identischen klinischen Anzeichen unter Umständen verschiedene Krankheiten zugrunde liegen. Um psychiatrische Störungen in Zukunft zuverlässiger zu diagnostizieren, wollen Ärzte auf sogenannte Biomarker zurückgreifen, beispielsweise die Konzentration bestimmter Stoffe im Blut.

Neue Biomarker für psychiatrische Krankheiten werden zunehmend an Bedeutung gewinnen, nicht nur für die Diagnose und die Auswahl der richtigen Therapie, sondern auch, um Beginn und Verlauf der Störung, etwaige Verbesserungen sowie Rückfälle präziser zu erfassen. Eine weitere wichtige Stoßrichtung auf der Suche nach Biomarkern besteht da-

Ziel: Signalwege innerhalb von Zellen aufdecken

ren, Signalwege innerhalb von Zellen aufzudecken, die einerseits als Angriffsziel für Medikamente dienen können, aber auch die individuelle Vulnerabilität oder Widerstandskraft (Resilience) gegenüber der Ausbildung neuro-psychiatrischer Erkrankungen maßgeblich beeinflussen. Auf der Basis solcher Erkenntnisse könnten individuell angepasste Therapien entstehen, zumindest aber Verlauf und Therapieerfolg neuro-psychiatrischer Erkrankungen besser verfolgt werden. Bislang sind jedoch meist hochkomplexe Technologien nötig, um molekulare Unterschiede zwischen Kranken und Gesunden zu bestimmen. Abhilfe kann hier nur der technische Fortschritt auf mehreren Fachgebieten schaffen.

— Der Autor ist Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité-Mitte

Urbanität und Stress

Psychische Gesundheit in Großstädten als Herausforderung der Zukunft

Urbanisierung gehört zu den wichtigsten globalen Veränderungen, denen die Menschheit in den kommenden Jahrzehnten ausgesetzt sein wird. Bereits heute lebt jeder zweite Mensch auf der Erde in einer Stadt. Im Jahr 2050 werden sogar 70 Prozent der Weltbevölkerung Stadtbewohner sein – mit Folgen für die Gesundheit. So ist für Stadtbewohner beispielsweise das Erkrankungsrisiko für Schizophrenien um das Zweifache erhöht, für Depressionen um das 1,4-Fache. Hektisches Stadtleben gilt für das Schizophrenierisiko bei genetisch vorbelasteten Menschen sogar als ähnlich relevant wie Cannabiskonsum.

Dabei leben Stadtbewohner in einer Umgebung, in der im Durchschnitt die ärztliche Versorgung besser, ein Psychotherapeut leichter zu finden und der Weg zum nächsten Krankenhaus oder zur nächsten Apotheke kürzer sind. Das Erkrankungsrisiko ist auch nicht für alle psychischen Störungen generell erhöht. So kommen Suchterkrankungen bei Stadt- und Landbevölkerung gleich häufig vor. Dennoch hängen Stadtleben und psychische Gesundheit zusammen. Nur wie? Es mag leicht einleuchten, dass Stadtleben, vor allem Großstadtleben, mit mehr Alltagsstress verbunden ist. Und Stress kann verschiedene Erkrankungen, besonders auch psychische, zur Folge haben.

Aber was genau ist „Stadstress“ und worin liegt sein krankmachender Effekt? In einer Studie konnte gezeigt werden, dass das Leben und Aufwachen in der Stadt die stressabhängige Aktivierung und Konnektivität emotionsregulierender Hirnareale wie der Amygdala oder des zingulären Kortex beeinflusst. Ein spezifisches Merkmal von Stadstress scheint die Gleichzeitigkeit von sozialer Dichte und sozialer Isoliertheit zu sein, verbunden mit dem Gefühl einer „unkontrollierbaren Umgebung“. Studien zeigen, dass soziale Dichte bei Primaten und Menschen und sogar bei Insekten in einem hohen Maß zu Krankheiten oder Verhaltensauffälligkeiten führt. Soziale Isoliertheit wiederum hat ein höheres Sterblichkeitsrisiko als Rauchen, Alkoholkonsum oder Übergewicht. Somit liegt hier eine toxische Mischung vor, die vermut-

lich noch potenziert wird durch große soziale Unterschiede auf engem Raum, inadäquate Wohnbedingungen und Gewaltprobleme, die besonders stark in den schnell wachsenden Megacities der Schwellenländer vorhanden sind.

Es ist daher an der Zeit, die gesundheitsrelevanten Aspekte von Stadstress besser zu erforschen, diese messbar zu machen und spezielle Risikogruppen zu erkennen. Entscheidend wird dabei die Zusammenarbeit von Stadtplanern und Architekten mit Neurowissenschaftlern und Psychiatern sein. Wir brauchen eine Art „Neurourbanismus“, um die neurobiologischen und psychischen Effekte vom Leben im urbanen Umfeld besser zu verstehen, daraus Konsequenzen für die Gestaltung dieser Lebensräume zu ziehen und eine Präventionsstrategie für die psychische Gesundheit in der Stadt zu entwickeln.

MAZDA ADLI

— Der Autor ist Oberarzt und Leiter des Forschungsbereichs Affektive Störungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité - Universitätsmedizin Berlin



Stadstress. Hohe soziale Dichte und soziale Isoliertheit sind wichtige Faktoren bei Erkrankungen. Foto: *Sindy* - Fotolia

Licht und Schlafentzug

Psychiatrische Behandlungen jenseits von Pharmako- und Psychotherapie

Neben der Psychotherapie, der Pharmakotherapie und der Soziotherapie gibt es weitere bewährte und zum Teil überraschend gut wirksame Behandlungsverfahren. Unter anderem gehört dazu der Schlafentzug. Er ist das einzige antidepressive Behandlungsverfahren mit einer Sofortwirkung. Hinter der drastisch klingenden Bezeichnung verbirgt sich lediglich, dass der Patient in einer Nacht den Schlaf ersatzlos ausfallen lässt.

Ein Schlafentzug lässt sich besonders gut bei einem stationären Aufenthalt durchführen, da die Teilnehmer von anderen Patienten oder den Schwestern und Pflegepersonal unterstützt werden können. Nach anfänglicher Skepsis sind die meisten Teilnehmer erstaunt, wie deutlich sich am nächsten Tag Stimmung und Gedanken aufhellen. Leider kehrt die Depression jedoch häufig bald zurück. Patienten, denen der Schlafentzug hilft, schließen daher oft über eine Woche eine sogenannte Schlafphasenver-

längerung an, die dem Ziel dient, den positiven Effekt haltbar zu machen.

Eine andere Behandlungsform, die Lichttherapie, kommt vor allem bei einer Depressionsform zum Einsatz, die wiederkehrend in der dunklen Jahreszeit auftritt, bei der sogenannten Winterdepression. Die speziellen Lichttherapiegeräte imitieren das Sonnenlicht in Helligkeit und breitem Lichtspektrum. Lediglich das Infrarotlicht wird herausgefiltert, damit der Patient keinen Sonnenbrand bekommt. Bei modernen Geräten beträgt die tägliche Anwendungsdauer 30 Minuten. Da die Wirkung über die Netzhaut vermittelt wird, müssen die Augen dabei geöffnet sein.

Die Elektrokrampftherapie (EKT, abwertend auch „Elektroschocktherapie“ genannt) hat einen schlechten Ruf, da sie früher unkritisch ausgeweitet und inhuman durchgeführt wurde. Anwendungen nach heutiger Methode sind aber gut verträglich und risikoarm. Mit einer elektrischen Reizung des Gehirns wird unter Vollnar-

kose künstlich ein epileptischer Anfall ausgelöst, wodurch es zu eindrucksvollen Besserungen kommen kann. Die EKT ist das wirksamste antidepressive Behandlungsverfahren überhaupt.

Auch die Bewegungstherapie, insbesondere der Ausdauersport, ist in der Depressionsbehandlung bewährt und in seiner Wirkung durch kontrollierte Studien belegt. Alle Depressions-Patienten sollten zu sportlichen Aktivitäten ermuntert werden. In einer kontrollierten Studie in der Schlosspark-Klinik wird zurzeit eine neue Form der Bewegungstherapie für depressive Kranke erprobt, bei der die Patienten vor einem Groß-Bildschirm die Bewegungen ihres virtuellen Alter Ego durch die eigenen Körperbewegungen steuern. So ist es möglich, als Bewegungstherapie auch Sportarten wie Skifahren, Tennis oder Golf anzubieten.

TOM BSCHOR

— Der Autor ist Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik

Sport hilft der Seele

Bewegung unterstützt den Heilungsprozess bei Depressionen

Laufen, Schwimmen oder Radfahren stärken Muskeln und Herz – das wissen die meisten Menschen. Was vielerorts allerdings noch nicht bekannt ist: Ausdauersport tut auch der Seele gut. Dabei sind keinesfalls sportliche Höchstleistungen gefragt. Vielmehr ist es wichtig, dass der Sport regelmäßig zwei- oder dreimal in der Woche über einen längeren Zeitraum hinweg ausgeübt wird.

Studien belegen, dass schon 30 bis 45 Minuten regelmäßiges Laufen oder Radfahren bei leichten oder mittelschweren Depressionen die Genesung unterstützt. Warum dies so ist, konnte bisher noch nicht endgültig geklärt werden. Allerdings kennen wohl viele Ausdauersportler das Glücksgefühl, das dadurch entsteht, dass beim Sport Endorphine, sogenannte Glückshormone, ausgeschüttet werden. Ein anderer Faktor ist, dass das Training für den eigenen Körper und seine Bedürfnisse sensibilisiert – besonders, wenn es durch spezialisierte Thera-

peuten angeleitet wird. Dies kann im positiven Fall dazu führen, dass sich die Erkrankten künftig stärker um ihre eigene Befindlichkeit kümmern. Seit kurzem wird auch die These diskutiert, dass durch sportliche Betätigung die Konzentration bestimmter Nervenwachstumsfaktoren ansteigt, was ebenfalls zur ergänzenden antidepressiven Wirkung beitragen kann.

Bewegung ist neben Medikamenten und Psychotherapie ein Teil im Gesamtbehandlungsplan bei depressiven Menschen. Bevor der Patient allerdings sportliche Runden dreht, sind körperliche Voraussetzungen unerlässlich. Orthopädische oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen müssen ausgeschlossen sein. Danach aber gilt: Ob Aerobic, Aqua-Jogging oder Nordic Walking praktiziert wird, ist für den Heilungsprozess nebensächlich. Wichtig ist, dass die Betroffenen eine Sportart wählen, die ihnen gefällt, denn nur dann bleiben sie auch über einen längeren Zeitraum motiviert dabei.

Momentan fehlt es allerdings noch in vielen Regionen an passenden sporttherapeutischen Angeboten. Um Ärzte, Sporttherapeuten und Betroffene gezielt beraten zu können, hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ein bundesweites Netzwerk aus universitären sportpsychiatrischen Beratungsstellen aufgebaut (www.dgppn.de/sportspsychiatrie.html). Die Sportspsychiatern beraten vertraulich – ein wichtiges Kriterium für Leistungsportlerinnen und Leistungssportler, die sich häufig aus Angst vor dem Bekanntwerden ihrer Probleme nicht behandeln lassen. Insofern trägt die Arbeit der DGPPN-Zentren „Seelische Gesundheit im Sport“ zum Umdenken in der Leistungssportszene bei.

FRANK SCHNEIDER

— Der Autor ist Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Aachen und war Präsident der DGPPN



Berliner Krisendienst

Menschen haben Krisen - dafür sind wir da.

Krisenberatung und Krisenintervention, telefonisch oder persönlich ohne Voranmeldung - mehrsprachig - in dringenden Fällen Hausbesuche, Arzt/Ärztin in Rufbereitschaft.

Die neun Standorte im Überblick, tgl. 16 - 24 h:
Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg ☎ 030 - 390 63 - 10
Charlottenburg-Wilmersdorf ☎ 030 - 390 63 - 20
Spandau ☎ 030 - 390 63 - 30
Pankow ☎ 030 - 390 63 - 40
Reinickendorf ☎ 030 - 390 63 - 50
Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg ☎ 030 - 390 63 - 60
Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf ☎ 030 - 390 63 - 70
Treptow-Köpenick ☎ 030 - 390 63 - 80
Neukölln ☎ 030 - 390 63 - 90

Erreichbarkeit rund-um-die-Uhr durch überregionale Bereitschaft ☎ 030 - 390 63 - 00

Ein Projekt der Träger: Albatros gGmbH • Caritasverband Berlin e.V. • KBS e.V. • KUB e.V. • neuhland e.V. • Platanen 19 e.V.

www.berliner-krisendienst.de



Geschäftsstelle:

Berliner Straße 14, 13507 Berlin
Telefon 030 | 319 831 - 111
www.albatros-ggmbh.de
kontakt@albatros-ggmbh.de

Albatros ist ein stadtweiter Träger, der im Schwerpunkt Dienstleistungen für Menschen mit psychischen und psychosozialen Problemen anbietet. Als gemeinwesenorientierte Organisation engagieren wir uns in der Stadtteil- und Nachbarschaftsarbeit, entwickeln interkulturelle und generationsübergreifende Projekte und begleiten Menschen zu einem selbstbestimmten Leben.

- Krisenintervention 030 | 319 831 221
- Betreutes Wohnen & Vermeidung von Obdachlosigkeit 030 | 447 284 92
- Psychosoziale Beratung/Therapie/Behandlung 030 | 319 831 221
- Tagesstätten/Beschäftigung/Arbeitsprojekte 030 | 50 378 024

- Beratung rund ums Alter 030 | 498 724 00
- Datenbank Hilfelotse www.hilfelotse-berlin.de
- Datenbank Mobidat www.mobidat.net

- Interkulturelle Kitas- und Schulstationen 030 | 322 922 181
- Stadtteilarbeit und Nachbarschaft 030 | 322 922 180
- Frauen- und Mädchentreff 030 | 41 31 890 oder 030 | 94 11 41 56
- Prävention/Kultur/Zivilgesellschaftliches Engagement 030 | 319 831 100

Mit Ihren Aufträgen unterstützen Sie unser Ziel, vor allem psychisch beeinträchtigte Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren.

Barrierefreies Bauen, Gutachten, Maler- und Ausbaugewerke, Wohnraumanpassung ☎ 0172 - 316 66 17
030 - 47 151 45 Kultur- und Veranstaltungs-service/Catering
Reinigung und haushaltsnahe Dienstleistungen ☎ 0179 - 506 20 24
0172 - 317 81 00 www.pegasus-ggmbh.de



Soziale Dienstleistungen gGmbH

- forschen
- behandeln
- betreuen

www.prenz-komm.de

Angebote für Menschen mit erworbenen Hirnschäden
Tagesbeschäftigungszentrum
Köpenick
Beschäftigung • Förderung • Betreuung

Eröffnung: Dezember 2012
Kontakt: Frau Winkel 0175/588 0892
Mehr unter: RC Reweca Berlin gGmbH • www.rc-online.eu

NEUES AUS FORSCHUNG UND THERAPIE *Ausblick in die Zukunft*

Personalisierte psychiatrische Behandlung

Auf dem Weg zu einer individuellen Versorgung

Im Gegensatz zu den Kollegen anderer Fachrichtungen kann sich der Psychiater bei der Diagnostik nicht auf objektive Laborbefunde stützen. Der Hauptnachteil, der sich aus dieser Situation ergibt, ist die häufig unbefriedigende Ergebnisqualität der psychopharmakologischen Behandlung, selbst wenn sie durch Psychotherapie unterstützt wird. Bisher hat die pharmazeutische Industrie die Strategie verfolgt, antidepressiv wirkende Medikamente zu entwickeln, die möglichst bei allen Patienten mit der Diagnose „Depression“ eingesetzt werden können. Die vorhandenen Medikamente wirken auch immerhin bei 70 Prozent der Patienten, haben aber viele Nebenwirkungen, und es dauert oft lange bis zum Wirkungseintritt. Die Ära der „Blockbuster“, des einen Medikaments für Alle, ist daher zu Ende – das gilt auch für Antidepressiva.

Die Zukunft ist die Personalisierte Medizin. Wir wissen, dass bei Patienten, die unter einer bestimmten psychiatrischen Diagnose zusammengefasst werden, ganz unterschiedliche krankheitsverursachende Mechanismen bestehen. Die Therapie der Zukunft zielt daher auf den individuell vorliegenden Mechanismus. Beispielsweise haben alle psychischen Erkrankungen eine starke genetische Komponente. Gentests können uns also helfen, die an Depression Erkrankten in Untergruppen aufzuteilen. Dies allein reicht aber nicht für den gezielten Einsatz spezifischer Wirkstoffe, denn es sind ganz geringe Veränderungen in sehr vielen einzelnen Genen, die unser Erkrankungsrisiko bestimmen.

Die Wechselwirkung zwischen Genvariationen und äußeren Einflüssen wie Stress, Trauma oder Ernährung ist dafür verantwortlich, ob wir gesund bleiben oder erkranken. Neben den Gentests sind daher Biomarker, die durch Hormontests oder Messung der Hirnstromtätigkeit eine biochemische Momentaufnahme von unserem biologischen System liefern, unverzichtbar. Die Gen-Umwelt-Interaktion bestimmt, ob wir auf ein bestimmtes Medikament gut ansprechen oder nicht und ob wir Nebenwirkungen erwarten müssen. In der Krebsforschung sind Gentests und Biomarker für zahlreiche Erkrankungen bereits etabliert. Dies wird in der Psychiatrie nicht anders werden.

Es gibt Beispiele, die optimistisch stimmen. Die größte Hürde, die ein Antidepressivum nach der Einnahme überwinden muss, ist die Bluthirnschranke. Sie besteht aus Eiweißmolekülen, die verhindern, dass ein chemisches Molekül aus der Blutbahn in das Hirngewebe eindringt. Ihr Bauplan ist durch unsere Gene festgelegt. Je nach den individuellen Varianten kann die Bluthirnschranke von einem bestimmten Medikament leichter oder schwerer überwunden werden. Ein Gentest erlaubt es, diese Varianten zu bestimmen. Dadurch kann der Arzt abschätzen, ob er die Dosis eines Medikaments erhöhen oder auf ein anderes Medikament wechseln muss. Dieser Gentest, der schon sehr weit entwickelt ist, kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass die Personalisierte Medizin in der Psychiatrie keine Utopie mehr ist. **FLORIAN HOLTSBOER**

— Der Autor ist Direktor des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München

Innovationsschub nötig

Klinische Forschung in der Psychiatrie – Herausforderungen und Erwartungen

VON ISABELLA HEUSER

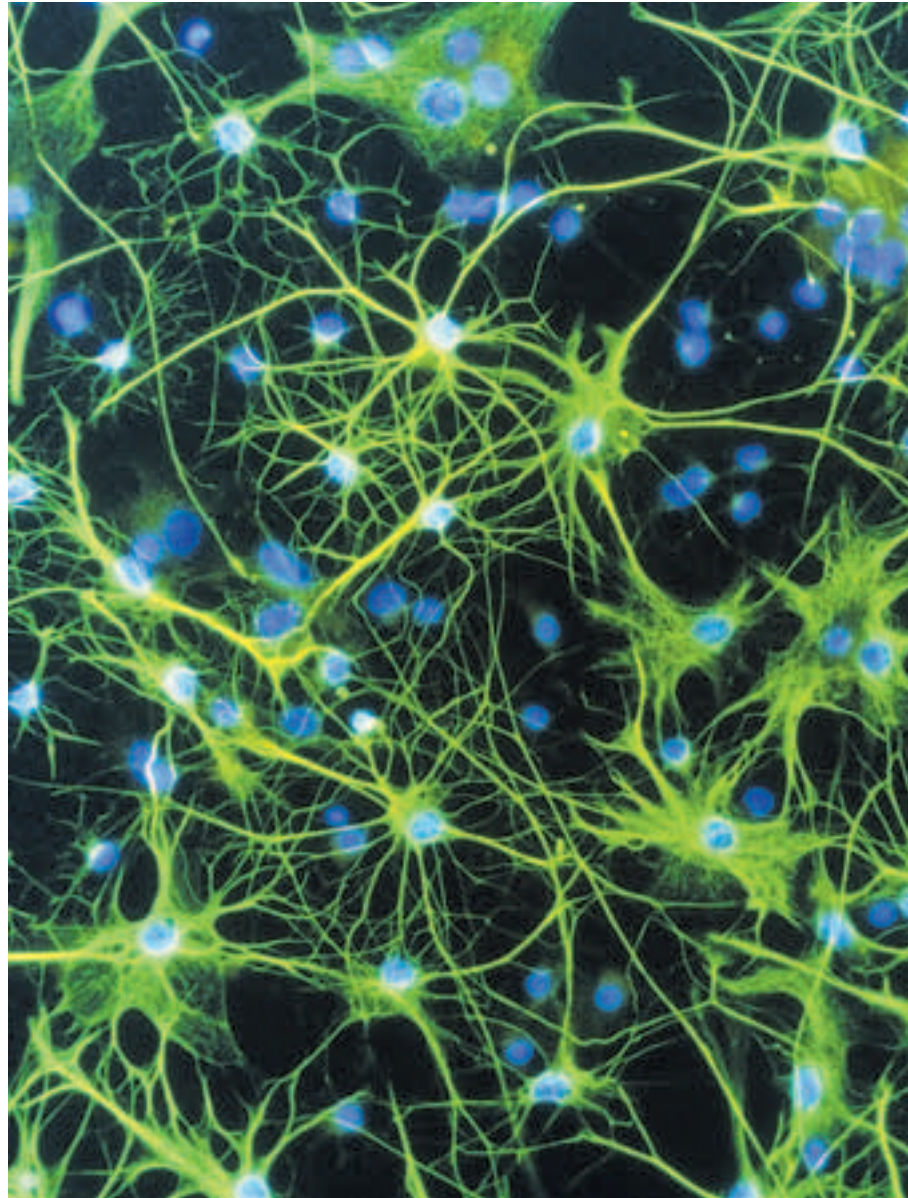
Die Psychiatrie beschäftigt sich mit komplexen psychischen Funktionen wie Verhalten, Denken und Fühlen, deren Regulation und Störungen. Klinische Forschung befasst sich mit der Beschreibung und mit dem Verstehen von Regulations- und Kausalmechanismen, die bei Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung wirksam sind, sowie mit der Entwicklung und Überprüfung von Behandlungsstrategien beim Menschen. Sie stellt gezielte Fragen an den Grundlagenbereich, integriert dessen Ergebnisse in ihre Forschungsstrategien und Krankheitsmodelle und überprüft am Menschen die Hypothesen, die präklinisch erstellt wurden. Dabei bedient sich die Klinische Forschung vielfältiger Methoden wie beispielsweise der systematischen Beobachtung und der experimentellen Untersuchung, der Analyse aller Arten von Körperflüssigkeiten,

Das Gehirn steht in einem „Weltzusammenhang“

der Bildgebung oder der elektrophysiologischen Ableitung. Häufig werden diese Methoden auch miteinander kombiniert.

Alle psychischen Funktionen und deren Störungen werden vom Gehirn generiert und gesteuert. Das Gehirn beeinflusst zudem auch alle anderen Organe des Körpers, und deren Funktionen wirken sich wiederum auf den Zustand des Gehirns und damit auf die psychischen Funktionen aus. Das Gehirn steht dabei in einem „Weltzusammenhang“, das heißt, es ermöglicht die erfolgreiche Anpassung des Individuums an die Bedingungen der Umwelt und unterliegt somit deren Einflüssen. Oder wie Charles Darwin schrieb: „Es sind nicht die Stärksten einer Spezies, nicht die Intelligentesten, sondern diejenigen, die am schnellsten auf Veränderungen (der Umwelt, Zusatz der Autorin) reagieren können, die sich in der Evolution durchsetzen.“

Dank großer Fortschritte in der klinischen und präklinischen Forschung haben wir heute bessere Vorstellungen, wie die Umwelt mit dem Gehirn interagiert



Hirnzellen unter dem Mikroskop.

Foto: (c) NANCY KEDERSHA / SPL / Agentur Focus

und wie die Umgebung das menschliche Verhalten moduliert. Diese Wechselbeziehung wird epigenetische Modifikation genannt und zurzeit besonders bei der Depression und der sogenannten post-traumatischen Belastungsstörung untersucht. Unter epigenetischer Modifikation versteht man die Tatsache, dass Umwelteinflüsse – positive wie negative

– zu chemischen Veränderungen auf unserer Erbsubstanz führen können, ohne unseren genetischen Code, also die Sequenz der Basenpaare, zu verändern. Die epigenetische Modifikation verändert somit nicht die Gene als solche, sondern deren Aktivität. Man kann sich das so vorstellen: Die Buchstaben und Worte, in denen unser genetischer Code ge-

schrieben ist, bleiben durch Umwelteinflüsse zwar unverändert, werden aber mal „fetter“, mal „dünner“ ausgelesen. Diese unterschiedliche Genaktivierung hat auf das Verhalten, mögliche Biomarker oder Labortests erhebliche Auswirkungen, die wir bisher beim Menschen nur unvollständig verstehen.

Dies alles verdeutlicht, welche hohen Komplexitätsgrade die klinischen Forschungsgebiete der Psychiatrie haben – zumal wenn man bedenkt, dass bei allen Betrachtungen die zeitliche Dimension, also Alterseinflüsse, ebenfalls von großer Relevanz ist. Klinische Forscher wollen die Entstehung und die Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen verstehen, um aufgrund dieser Erkenntnisse wirkungsvolle und sichere Behandlungsstrategien für Patienten zu entwickeln. In den vergangenen sechzig Jahren sind dabei große Fortschritte erzielt worden. Sie reichen von den in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts oft eher zufälligen Entdeckungen über die später dann gezielten Weiterentwicklungen und Verbesserungen der Psychopharmaka bis hin zur Entwicklung indikations-spezifischer Psychotherapieverfahren.

Dennoch können wir als Psychiater und Psychotherapeuten nicht mit dem Erreichten zufrieden sein, da es noch zu häufig zu einer unvollständigen Therapie-wirksamkeit oder zu Abbrüchen der Therapie aufgrund von Nebenwirkungen kommt oder der Gesundheitszustand nicht über einen längeren Zeitraum stabilisiert werden kann. Dies gilt nicht nur für die pharmakologischen, sondern auch für die in der Regel wesentlich aufwändigeren und teureren psychotherapeutischen Strategien. Wir brauchen also einen Innovationsschub! Dieser kann aber nur gelingen, wenn die Klinische Forschung von unabhängigen Drittmitteln nachhaltig unterstützt wird, die auch verstehen, dass wirksame Therapien den Test in der Klinik und nicht bei der Maus bestehen müssen. Klinische Forschung ist aufwändig, anspruchsvoll und komplex, erst Recht bei Patienten mit psychischen Erkrankungen.

— Die Autorin ist Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité (Campus Benjamin Franklin)

Was wirkt am besten bei welcher Störung?

Vom heilenden Effekt der Worte und der Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Unter dem Begriff Psychotherapie wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren verstanden, die Patienten mit vorwiegend seelischem Leidensdruck eine nichtmedikamentöse Behandlung anbieten, die stets über Kommunikation – und dabei vor allem über das Gespräch – wirkt.

Auf das „Behandeln mit Worten“ hat schon Freud hingewiesen: „Worte sind gute Mittel, um seelische Veränderungen bei dem hervorgerufen, an den sie gerichtet werden.“ Allerdings hat Freud – aus dem Blickwinkel der evidenzbasierten Medizin – keine Beweise dafür erbracht, dass das „Behandeln mit Worten“ wirkt. So wundert es nicht, dass 1952 Eysenck behaupten konnte, dass Psychoanalyse gar nicht oder nicht besser als keine oder eine unspezifische Behandlung wirke. Seine Provokation bewirkte allerdings, dass sich zahlreiche Forscher nun empirisch mit Psychotherapie beschäftigten.

Die moderne Psychotherapieforschung war geboren.

Zunächst ging es darum zu untersuchen, ob Psychotherapie überhaupt wirkt. Dabei wurde einerseits nachgewiesen, dass Psychotherapie insgesamt, das heißt ohne Unterschied zwischen den Verfahren, hoch wirksam ist. Andererseits begannen aber auch schon die Grabenkämpfe zwischen den einzelnen Verfahren, so dass in schneller Folge Studien vorgelegt wurden, die jeweils ein bestimmtes Verfahren als überlegen herausstellten.

Nicht zuletzt durch die Forschungsergebnisse, die auch für die Wirtschaftlichkeit dieser Behandlungsform sprachen, wurde Psychotherapie in Deutschland 1967 zur Kassenleistung. Im Deutschen Ärzteblatt hieß es 1996 zur Wirksamkeit und zum Nutzen: „Die Effektstärken sind im Vergleich mit Behandlungsmaßnahmen der Organmedizin sehr hoch. Die Psy-

chotherapie führt nicht nur empirisch gesichert zu einer Verringerung des persönlichen Leidens und zu einer dauerhaften Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen, sondern senkt daneben drastisch die Kosten für die Krankenkassen.“ Durch das Psychotherapeutengesetz versuchte 1999 der Gesetzgeber, sowohl eine bessere Versorgung als auch eine Qualitätssicherung zu erreichen, was allerdings zur Folge hatte, dass nur noch drei Verfahren anerkannt wurden und andere, die durchaus ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachweisen konnten, vor der Tür blieben. Zum Vergleich: In Österreich sind 22 Verfahren anerkannt.

Die Psychotherapieforschung war indes schon weiter vorangeschritten und ohnehin nicht mehr mit dem Vergleich der Verfahren beschäftigt. Man fragte nun pragmatischer und patientenorientiert: Was wirkt am besten bei welcher

Störung? Welche Faktoren wirken im Prozess? Deutlich wurde dabei, dass das jeweilige Verfahren nur einen geringen Anteil des Therapieerfolgs erklärt (rund 15 Prozent). Wichtigster Faktor ist hingegen die therapeutische Beziehung mit 40 Prozent. Zusätzlich spielen Umgebungsfaktoren mit 30 und die Erwartung des Patienten mit 15 Prozent eine Rolle.

Für einen guten Therapieerfolg scheint es also vor allem entscheidend zu sein, dass eine gute Passung zwischen Therapeut, Patient, Verfahren und Umgebung gesichert ist. Evidenzbasierte Leitlinien können dem einzelnen Therapeuten zwar wie eine Art Kochbuch Orientierung bieten – kochen muss er aber selber.

HARTMUT SCHRÖDER

— Der Autor ist Professor für Sprachgebrauch und Therapeutische Kommunikation an der Europa-Universität Viadrina

Zukunft der Psychosozialen Medizin

Perspektiven einer Zusammenarbeit

Die Psychosoziale Medizin beschäftigt sich mit den biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren des Krankseins. Diese spielen eine essenzielle Rolle bei der Entstehung, der Aufrechterhaltung und der Bewältigung von Krankheiten. Die Psychosoziale Medizin strebt dabei an, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit eine umfassende Betrachtung des Patienten und seiner Erkrankung unter Einbeziehung somatischer Komorbiditäten zu ermöglichen. Den individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen entsprechend sollen die Patienten auf dieser Basis eine optimale und effiziente Therapie erhalten. Die aktuelle Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist jedoch geprägt von einer stetigen Zunahme von Behandlungen und immer knapper werdenden Ressourcen.

In Zeiten der Kostensenkung und Gewinnoptimierung stellt sich die Frage, ob eine solche zwendungsorientierte, sprechende Medizin gegenüber weit verbreiteten kostenorientierten Sichtweisen noch Chancen hat. Die eigentliche ärztliche

Akzeptanz psychischer Erkrankungen noch begrenzt

und therapeutische Aufgabe, sich dem Patienten in seiner Individualität, seiner Biographie und Lebensumwelt zuzuwenden, droht immer mehr in den Hintergrund zu geraten.

Welche Chancen die Psychosoziale Medizin hat, wird neben anderen Themen vom 21. bis 24. November 2012 auf einem der größten wissenschaftlichen Tagungen, die es in Europa auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Neurowissenschaften gibt und die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin veranstaltet wird, diskutiert werden.

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass die Akzeptanz psychischer Erkrankungen nach wie vor begrenzt ist. Dies gilt im Hinblick auf die Gesundheitspolitik ebenso wie auf die gesellschaftliche Wahrnehmung. Für die Anerkennung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss noch viel Überzeugungsarbeit geleistet werden. Nur so kann auch in Zukunft eine optimale Versorgung der Betroffenen gewährleistet werden. Die DGPPN setzt sich daher sowohl für die Anerkennung und bestmögliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch für die Anerkennung unserer Arbeit als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ein. Im Rahmen des DGPPN-Kongresses werden wir darüber nachdenken, wie uns dies gelingen kann und wie wir unsere Ziele in politischen Entscheidungen verankern können. **PETER FALKAI**

— Der Autor ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

PSYCHIATRIE: Beilage des Tagesspiegels in Zusammenarbeit mit Gesundheitsnetz in Zusammenarbeit mit Rolf Brockschmidt; Anzeigen: Jens Robotta, Postanschrift: 10876 Berlin, Tel. (030) 29021-0.

WENN DIE SEELE HILFE BRAUCHT

Vivantes – Ihr Ansprechpartner in Berlin

Seelische Erkrankungen stellen für die Betroffenen eine besondere Herausforderung dar.

Vor allem die Depression, Volkskrankheit Nr. 1, betrifft jede vierte Frau und jeden fünften Mann wenigstens einmal im Leben.

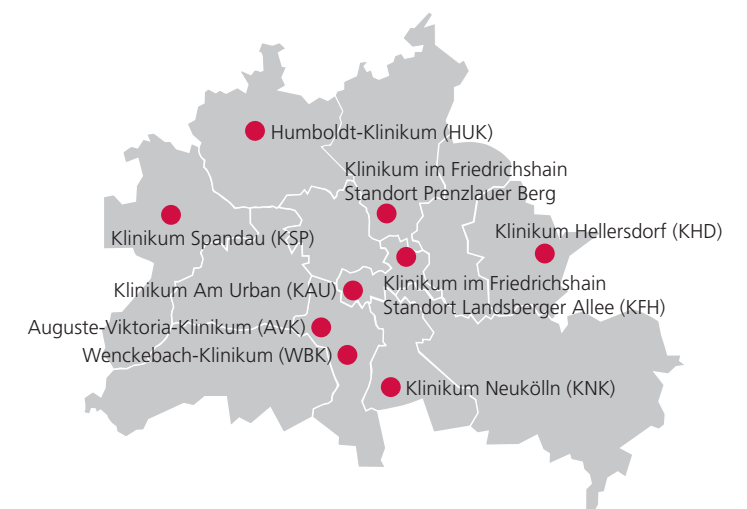
Auch bei körperlichen Erkrankungen kann die Seele mitleiden. Depressionen und Angsterkrankungen sind die häufigsten Begleiterscheinungen bei somatischen Beschwerden.

Unbehandelt können diese psychischen Erkrankungen das Auftreten von Suchterkrankungen wie Alkoholismus begünstigen. Soweit muss es nicht kommen!

An unseren 10 Ambulanzstandorten, 11 Tageskliniken und 7 stationären Kliniken stehen wir ihnen mit unserer fachlichen Kompetenz zur Seite. In unseren stationären und ambulanten Einrichtungen bieten wir ihnen ein großes Behandlungsangebot bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Ängsten, Burnout, psychosomatischen und stressbedingten Erkrankungen, Traumata, Demenzen, Psychosen und Suchterkrankungen. In Notsituationen bieten wir ihnen kurzfristig die Möglichkeit der Krisenintervention.

Schwerpunkte der Vivantes-Psychiatrien

- AVK Suchterkrankungen, chronische Depression, Tagesklinik
- HUK Zentrum für affektive Störungen (Depressionszentrum), Zentrum für seelische Frauengesundheit, Tagesklinik für Bipolare Störungen und Rückfallprophylaxe-Ambulanz
- KAU Früherkennung psychotischer Störungen, Psychosomatik, Krisenintervention, Tagesklinik
- KFH Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tagesklinik
- KHD Gerontopsychiatrie, Suchterkrankungen, Psychotherapeutische Tagesklinik
- KNK Krisenintervention, depressive Störungen, psychotische Störungen, Suchterkrankungen, Mutter-Kind-Behandlungen Kinder- und Jugendpsychiatrie
- KSP Tagesklinik für Depressionen Depression im Seniorenalter, Demenzen
- WBK Gerontopsychiatrie, Persönlichkeitsstörungen, Tagesklinik



www.vivantes.de/seelische-gesundheit

Vivantes
Leben in Berlin