

Protokoll der Mitgliederkonferenz am 17.06.2023

der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen (AANB) e. V.

Thema: "**Mangelnde Krankheitseinsicht psychisch erkrankter Menschen**"

Ort:

Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Gebäude J1, Hörsaal H

Beginn: 10.30 Uhr, Ende: 14.00 Uhr

Teilnehmerliste: siehe Anlage

Ablauf der Konferenz:

Teil A Begrüßung der Anwesenden

Teil B Referat zum Thema - Herr Dr. med. Maximilian Deest - Seiten 1 bis 8

Teil C Korreferat zum Thema - Herr Dr. med. Thorsten Sueße - Seiten 8 bis 11

Die Vorsitzende der AANB, **Frau Rose-Marie Seelhorst**, begrüßt die Anwesenden und führt in das Konferenzthema ein. Dabei betont sie - aus ihrer Erfahrung heraus -, wie schwierig es für den Erkrankten ist, einzusehen, dass er krank ist. Man sollte in der Familie darüber nachdenken, wie man das Leben organisiert, dass er / sie sich einigermaßen wohlfühlt!

Frau Seelhorst macht die Anwesenden auf den anfangs verteilten Fragebogen aufmerksam und bittet, diesen auszufüllen und uns zurückzugeben: Es geht uns um Ihre Interessen und Wünsche für Themen, die wir uns vornehmen sollen. Denn dies ist eigentlich nicht Sache des Vorstandes - es muss aus Ihren Reihen kommen. Wo haben Sie Bedarf? Bei welchen Problemen benötigen Sie Hilfe? Was ist aber auch gut gelaufen? Hierzu berichtet Frau Seelhorst von ihren guten Erfahrungen mit der psychiatrischen Fachpflege (APP/pHKP), teilweise auch selbst bezahlt. Seit wir diese für den einen schwer erkrankten Sohn haben, hat es keinen Klinikaufenthalt mehr gegeben.

Weiterhin gibt Frau Seelhorst ihrer Freude darüber Ausdruck, dass wir in Herrn Dr. Deest einen ausgezeichneten Referenten und in Herrn Dr. Sueße einen hervorragenden Moderator gewonnen haben.

Weiterhin begrüßt der Geschäftsführer der AANB, **Herr Dr. Günter Schulte**, die Anwesenden und übergibt das Wort an den ersten Referenten.

Teil B - Referat: Herr Dr. med. Maximilian Deest

"Wer bin ich?"

- Facharzt für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie in der Medizinischen Hochschule Hannover
- Funktionsoberarzt der gerontopsychiatrischen Station 87
- Leiter der Sprechstunde "Früherkennung und Prävention psychotischer Erkrankungen"
- Forschungsschwerpunkt: "Neuronale Entwicklungsstörungen"

Herr Dr. Deest präsentiert zunächst zwei Begriffsbestimmungen:

Krankheitseinsicht - Das Wissen und die Überzeugung krank zu sein

Krankheitsgefühl - Das subjektive Empfinden eines Menschen krank zu sein.

Dazu erläutert er: "Wir haben in der MHH oft Menschen in Behandlung, die nicht freiwillig bei uns sind und oft wenig motiviert für eine Behandlung sind." Aber bei der Definition des Begriffes "Krankheitseinsicht" muss man ganz genau sein! Die "Einsicht" in die eigene Krankheit muss man von dem Gefühl trennen - sieht ein Mensch es ein, dass er krank ist? Es gibt also einen Unterschied zwischen Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl.

Herr Dr. Deest definiert den Begriff "**Krankheitseinsicht (KHE)**":

"Der Patient erkennt seine krankhaften Erlebens- und Verhaltensweisen nicht als krankheitsbedingt an, sondern führt sie auf andere Faktoren zurück."

Als Beispiel nennt Herr Dr. Deest Erkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck: Man fühlt sich damit zunächst nicht krank - man bemerkt diese erst, wenn die Langzeitfolgen sich allmählich ankündigen bzw. in größerer Ausprägung zeigen. Daher kann der Patient seine krankhaften Erscheinungen nicht einsehen!

Um wieviel schwerer fällt die eigene Erkenntnis, an einer seelischen Krankheit zu leiden! Und das Bewusstsein zu erlangen, dass eine Behandlung notwendig ist! Dazu ist es dann erforderlich, die Fähigkeit zu entwickeln, psychotische Phänomene als pathologisch anzusehen!

Hierzu nennt Herr Dr. Deest als Beispiel das "Stimmenhören". Dies wird von der stimmenhörenden Person evtl. gar nicht als Symptom erkannt, sondern als von außerhalb ihrer Person herkommend (evtl. von irgendwelchen anderen Menschen ausgesendet!) interpretiert. Somit ist es ggf. als "Fehlattribuierung"¹ der Symptome zu betrachten! Stimmenhörende Menschen haben oft eine sehr lange Wegstrecke zurückzulegen (und sie benötigen dabei viel therapeutische Hilfe!), um allmählich zu erkennen, dass die gehörten Stimmen in der Regel inhaltlich ihre eigenen Gefühle, Gedanken, Ängste und Konflikte thematisieren.

Welche Faktoren können eine Krankheitseinsicht beeinflussen?

Herr Dr. Deest erläutert anhand einer Übersicht das Konzept der **Einflussfaktoren** auf die Ursachen fehlender Krankheitseinsicht (mit dem Fokus auf schizophrene Erkrankungen) - ausgehend von den beispielhaften Überzeugungen einer Person mit dieser Erkrankung:

"Ich bin nicht seelisch krank!" und: "Ich benötige keine Therapie!"

Folgende **Einflussfaktoren** könnten zu diesen persönlichen Überzeugungen geführt haben:

- individuelle Faktoren (Bildung, Intelligenz ...)
- psychologische Copingstrategien²
- Ethnizität³
- Psychopathologie⁴
- neuropsychologische Defizite
- hirnmorphologische Veränderungen⁵
- Stigmatisierung
- kulturelle Einflüsse
- individuelle Krankheitsmodelle

Die Behandlung muss daher im Rahmen eines Gesamtkonzeptes erfolgen. Es hilft nicht, wenn ich nur an einem Faktor arbeite oder auch nur Medikamente gebe!

Es gibt Erkrankungen, welche oft mit mangelnder Krankheitseinsicht einhergehen:

• Paranoide Schizophrenie	Betreffen immer: - Unseren Gedankengang: WIE und WAS wir denken! - Unser Erleben: WAS wir erleben und WIE wir es bewerten
• Bipolare Störung	
• Dementielle Syndrome	

Dementielle Erkrankungen:

- Langsam fortschreitender Prozess eines kognitiven Abbaus mit Störungen der Gedächtnisfunktion und der Abstraktionsfähigkeit

Auswirkungen der mangelnden Krankheitseinsicht:

Fehlbeurteilung, Überschätzung, Desorientiertheit, Verwahrlosung, Mangelernährung

Bipolare Störung

- Ausgeprägte Schwankungen im Antrieb, im Denken und der Stimmungslage
- sog. Hypomane vs. Manische Phasen⁶

¹ Als "Fehlattribuierung" bezeichnet man eine falsche Ursachenzuschreibung zwischen körperlichem Erleben und kognitiver Bewertung.

² "Copingstrategie" - übersetzt: Bewältigungsstrategie (von englisch to cope with, „bewältigen, überwinden“) bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase.

³ "Ethnizität" - individuell empfundene Zugehörigkeit zu einer Volksgruppe, deren gemeinsamen Merkmalen - z. B. Sprache, Religion

⁴ "Psychopathologie" - Wissenschaft u. Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens, besonders von Psychosen und Psychopathien

⁵ "hirnmorphologische Veränderungen" - Veränderungen in der Hirnstruktur

⁶ "Manie" - extrem gesteigerter Antrieb, Enthemmung und enorme Selbstüberschätzung / "Hypomanie" - (hypo = unter) schwächer ausgeprägte Form der Manie

"Gefahr" bei Nichtbehandlung:

Risikoaffines Verhalten, hohe Geldausgaben - dies kann führen zu:

"Zerstören der kompletten Lebensgrundlage in einer manischen Phase"

Herr Dr. Deest erläutert, dass die manischen Phasen oft sehr schlimm sind. Es wird zu viel Geld ausgegeben - man ist euphorisch, hat viel Energie - aber: Meine Lebensgrundlage habe ich in den letzten Wochen zerstört!

Als Beispiel nennt er: Da wird eine Yacht gekauft, ohne Prüfung, ob diese auch bezahlt werden kann. Danach entwickelt sich ein jahrelanger Kampf, um den Kaufvertrag wieder rückgängig machen zu können.

Mangelnde Krankheitseinsicht am Beispiel der Schizophrenie:

Hier: Paranoide Schizophrenie

Positivsymptomatik	Negativsymptomatik	Kognitive Beeinträchtigung
<ul style="list-style-type: none">Halluzinationen	<ul style="list-style-type: none">Motivationslosigkeit (Apathie)	<ul style="list-style-type: none">Schwierigkeiten mit Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Planung
<ul style="list-style-type: none">Wahn	<ul style="list-style-type: none">Sozialer Rückzug	
<ul style="list-style-type: none">Desorganisiertes Denken	<ul style="list-style-type: none">Reduzierte emotionale Reaktivität	
<ul style="list-style-type: none">Bizarres Verhalten	<ul style="list-style-type: none">Beeinträchtigte Fähigkeit, im Alltag Freude zu empfinden	

Die Therapie sollte zuerst an den Positivsymptomen ansetzen - die Negativsymptome werden also zunächst nicht so beachtet.

Auftretende kognitive Beeinträchtigungen (rechte Spalte) spielen natürlich auch in die Krankheitseinsicht mit hinein.

Herr Dr. Deest erläutert anhand einer Statistik - **"Ein paar Zahlen"**:

Lebenszeitprävalenz⁷: ca. 1 %

Dies bedeutet, dass bei ca. 1 % der Bevölkerung eines Landes die Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken.

Geschlechterverteilung: m : w - etwa 1,4 : 1

Erkrankungsalter:

- M: 20. - 25. Lj.
- W: 25. - 30. Lj.

Einige "erschreckende" Zahlen - Die **Lebenszeiterwartung**:

Männer mit Schizophrenie: -14,6 Jahre (eine um 14,6 Jahre geringere Lebenserwartung)

Frauen mit Schizophrenie: -17,5 Jahre (eine um 17,5 Jahre geringere Lebenserwartung)

Es gibt ein deutlich **höheres Risiko für**

- Arbeitslosigkeit
- Obdachlosigkeit
- Gewalterfahrungen
- Missbrauchserfahrungen

Die Frage: **"Wen trifft die Schizophrenie?"** erläutert Herr Dr. Deest anhand einer Grafik zu:

"Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung" am Beispiel eines Patienten mit einem akuten Erkrankungsalter von etwa 20 Jahren:

Zwischen einer **"gesunden"** und einer **"gestörten" Funktionsfähigkeit** liegt die sog. **"Erkrankungsschwelle"**.

Das sog. **"prämorbid Stadium"**⁸ (evtl. bereits in der Kindheit beginnend) kann übergehen in das sog. **"Prodromal-Stadium"**⁹ (etwa zwischen 15. und 20. Lj.), danach beginnt die "akute Erkrankung".

7 "Lebenszeitprävalenz" - Dabei wird der Zeitraum des gesamten Lebens betrachtet. Es wird also ermittelt, wie viele Personen irgendwann in ihrem Leben schon einmal an der Krankheit gelitten haben.

8 "prämorbides Stadium" - (lat. "prä" - vor, "morbus" - Krankheit) die erste Phase der Krankheit

9 "Prodromal-Stadium" - Vorphase oder Vorläuferphase von Krankheiten - Medizin: (den Ausbruch) ankündigend, (dem Ausbruch) vorausgehend

Bei einigen Patienten kommt es nach dieser einmaligen schizophrenen Episode zur vollständigen Remission (Recovery)¹⁰. Bei diesen kann es zwar auch noch einen möglichen Rückfall geben, der dann aber ggf. doch noch in eine vollständige Remission führen kann - wenn auch nicht so vollständig wie bei denjenigen, die nur eine akute Erkrankungsphase durchlebt hatten.

Viele Patienten allerdings erreichen nach akuter Erkrankung und möglichen Rückfällen nicht wieder eine vollständige Remission in eine gesunde Funktionsfähigkeit - es setzt ggf. die Chronifizierung ein - innerhalb dieser kann es auch immer einmal wieder zu weiteren Rückfällen kommen.

Herr Dr. Deest fasst noch einmal kurz zusammen. Es gibt also im Wesentlichen 3 Möglichkeiten:

1. eine Erkrankungsphase - danach kommt man in die Funktionsfähigkeit - etwa 1/3 der Patienten
2. ein weiteres Drittel der Patienten erlebt immer wieder Erkrankungsphasen
3. ein Drittel chronifiziert in der Erkrankung

Eine Angehörige berichtet an dieser Stelle von ihrem Sohn, der am Beginn seiner schizophrenen Erkrankung zunächst sowohl in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater in Behandlung war und danach in einer Klinik für Erwachsenen-Psychiatrie behandelt wurde.

Herr Dr. Deest: Diese Aufteilung in Kinder- und Erwachsenen-Psychiater bzw. -Psychiatrie ist schlecht. Es gibt eben Menschen, die früher erkranken! Als Erwachsenen-Psychiater darf ich aber keine Kinder und Jugendlichen behandeln. Wir in der MHH versuchen in diesen Fällen, eine Vorstellung beim Kinderarzt hinzukommen. Es wäre ein Traum, dass Kinder- und Erwachsenen-Psychiater zusammenarbeiten!

Einige der anwesenden Angehörigen berichten ebenfalls, dass bei ihren Familienangehörigen die Erkrankung bereits im Kindesalter begonnen hat - viele Kliniken und Behandlungen durchlaufen, Medikamentengaben, auch Abbrüche der Neuroleptika-Einnahmen erlebt.

Herr Dr. Deest wendet sich an den anwesenden Herrn Dr. Sueße, Fachdienstleiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) Region Hannover, wie die Handhabung des SpDi in dieser Problematik sei.

Herr Dr. Sueße: "Wir haben eine Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in Hannover."

Herr Dr. Deest fährt fort, indem er feststellt: "Ich glaube nicht, dass es die **eine** paranoide Schizophrenie gibt. Allein schon die verschiedenen Symptome, die bei Erkrankten auftreten können! Manche sprechen gut auf Medikamente an, andere nicht. Einige erkranken mit 12 Jahren, andere erst mit 28 Jahren! Dies ist dann auch komplett anders, als wenn jemand erst mit 60 Jahren erkrankt. Es gibt so viele unterschiedliche Verläufe!"

Eine Angehörige fragt nach einem möglichen Zusammenhang von Schizophrenie mit ADHS - Könnte die Ursache für die sich entwickelnde Schizophrenie das Medikament "Ritalin" sein?

Herr Dr. Deest: "Ritalin" kann ggf. psychotische Symptome hervorrufen. Aber ob das die Ursache ist, kann ich nicht sagen. Es ist insgesamt noch unklar: Was ist Folge? Was ist Ursache?"

Auch hinsichtlich der "**neurobiologischen**"¹¹ Ursache ist noch vieles unklar. "Man kommt an das Gewebe, in der sich die Erkrankung abspielt, nicht heran - an die Leber kommt man besser ran!"

Weiter behandelt Herr Dr. Deest die Frage:

"Wieviele Patienten mit Schizophrenie haben tatsächlich einen günstigen Verlauf?"

Folgende Faktoren werden mit einer günstigen Langzeitprognose assoziiert:

- weibliches Geschlecht (vor der Menopause)
- gutes emotionales und intellektuelles Entwicklungsniveau
- Ehestand bzw. stabile Partnerschaft
- gute prämorbid¹² soziale Anpassung
- akuter Krankheitsbeginn mit produktiver Symptomatik
- klar identifizierbare Auslösefaktoren
- seltene und kurze Krankheitsepisoden

¹⁰ "Remission" - Zurückgehen von Krankheitserscheinungen / "Recovery" - ein Prozess, bei dem Betroffene trotz und mit weiter bestehenden psych. Problemen ein zufriedenes und aktives Leben führen.

¹¹ "neurobiologisch" - Die Neurobiologie beschäftigt sich mit dem Aufbau und der Funktionsweise des Nervensystems.

¹² "prämorbid" - (lat. prä "vor"; morbus "Krankheit") hier: Persönlichkeit vor dem Ausbruch einer Krankheit, auch "Primärpersönlichkeit"

- fehlende Affektverflachung¹³
- fehlende psychiatrische Komorbidität¹⁴ (z. B. keine Sucht)
- Behandlungsakzeptanz
- gutes Therapieansprechen

Herr Dr. Deest zitiert eine Klinische Studie aus dem Jahr 2011, in der eine größere Anzahl an diagnostizierten Schizophrenie-Patienten über 3 Jahre in regelmäßigen Abständen gemäß der Einteilung "Schwere ihrer Symptome" ("PANSS"-basiert¹⁵) untersucht wurden. Folgende Lebensbereiche wurden dabei erhoben und in sog. 5 "Cluster"¹⁶ ("best" bis "worst") eingeteilt:

- Level der "Funktionsfähigkeit" (Erwerbstätigkeit, Freiwillige Tätigkeit, Haushaltsführung, Kindererziehung, Ausbildung etc.)
- Notfallmäßige Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste (Klinikaufenthalt, Notaufnahme, Notdienste etc.)

Das Ergebnis: Nach 3 Jahren hatten 10 % der Patienten einen günstigen Verlauf.

Frau Seelhorst äußert: "Man erfährt zu wenig von denen, die einen günstigen Verlauf nehmen." Ihr ist ein Mitglied der AANB bekannt, der sein ganzes Leben berufstätig war, obwohl er an einer schweren Schizophrenie litt.

Herr Dr. Deest stellt fest: "Wir kriegen das nicht mit. Wir hören leider zu oft nicht mehr von denen, wie es verlaufen ist, wenn die stationäre Behandlung in der MHH beendet ist." Es muss also nicht immer so hoffnungslos ausgehen.

Einige Angehörige berichten über ihre schizophren-erkrankten Familienmitglieder - mit durchaus unterschiedlichen Symptomen und Krankheitsverläufen:

- Er / sie ist krank geworden während der Ausbildung - hat noch nach 10 Jahren mit Negativ-Symptomen zu tun;
- Er / sie hat jetzt zusätzlich ein großes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen;
- Er / sie leidet zusätzlich unter einer Suchterkrankung (um die Symptome zu unterdrücken);
- Er / sie war für 3 Wochen stationär im Klinikum Wunstorf - zurzeit wie neu geboren!

Herr Dr. Deest zeigt und erläutert eine Statistik zu

"Kumulative(n) Rückfallraten über 5 Jahre bei schizophrenen Ersterkrankten" (aus dem Jahre 1999) mit dem Ergebnis:

Wenn es zu wiederauftretenden Symptomen kommt, dauert die Behandlung länger!

Eine weitere Grafik verdeutlicht die klinische Erfahrung:

"Jedes Rezidiv¹⁷ erschwert die weitere Therapie"

Waren es nach dem 1. Rezidiv bei den Betroffenen nur 47 Tage bis zur Remission, so stieg die Anzahl an Tagen nach dem 2. Rezidiv auf 70,5, nach dem 3. Rezidiv waren es bereits 130 Tage.

Anhand der Folie zeigt und erläutert Herr Dr. Deest die sehr deutliche Überlegenheit der Neuroleptika anhand einer Studie aus dem Jahr 2017:

"Verbesserung psychotischer Symptome durch Antipsychotika versus Placebo"

Ein Angehöriger spricht die Sorge vieler anderer an, dass Neuroleptika das Gehirn auf Dauer auch sehr schädigen können. Dies wird von Herrn Dr. Deest durchaus im gewissen Ausmaß bestätigt. Außerdem: Nach einem erneuten "Schub" spricht die schizophren-erkrankte Person ggf. nicht mehr so gut auf das Medikament an - "das Gehirn brennt irgendwann aus!" Dann kann passieren, was im Jahr 1898 von Emil Kraepelin als "Dementia praecox"¹⁸ bezeichnet wurde - die Negativ-Symptomatik steht dann im Vordergrund.

Zum "Einfluss der Antipsychotika": Diese helfen nicht bei allen! Aber wenn sie helfen, führen diese zu einer Reduktion der Psychosen.

¹³ "Affektverflachung" - ein Zustand, in dem die Schwingungsfähigkeit und emotionale Modulationsfähigkeit verringert ist.

¹⁴ "Komorbidität" - heißt allgemein, dass zusammen mit einer Grunderkrankung gleichzeitig eine oder mehrere weitere Krankheiten vorliegen.

¹⁵ "Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)", wie sie in klinischen Studien als Psychopathologie-Skala zur Schizophrenie-Therapie oft verwendet wird. 30 verschiedene Symptome werden dabei sieben Schweregraden zugeordnet, sodass sich ein PANSS-Gesamtwert zwischen 30 und 210 Punkten ergibt.

¹⁶ Ein "Cluster" ist eine Gruppierung von Objekten, die aufgrund von Ähnlichkeiten oder gemeinsamen Eigenschaften zusammengefasst werden.

¹⁷ Rezidiv - ein Rückfall bzw. ein Wiederauftreten einer Krankheit nach klinisch vermuteter Heilung z.B. bei einem Tumor (Tumorrezidiv).

¹⁸ "Dementia praecox" - vorzeitige Demenz - Dieser Begriff wurde durch den deutschen Psychiater *Emil Kraepelin* geprägt. Der Psychiater Eugen Bleuler verwarf (1908) diesen Begriff bzw. die unausweichliche Folge einer Demenz bei dieser Symptomatik und prägte den Begriff "Schizophrenie".

Die Folie "[Antipsychotika-Prophylaxe am wirksamsten vor dem ersten Rezidiv](#)" zeigt das Ergebnis einer "Registergestützten Kohortenstudie in Finnland" (veröffentlicht: 2022) mit fast 30 000 Patienten mit Schizophrenie (Ersterkrankte). Untersucht wurde die Rezidivwahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von Antipsychotikadosis und Zahl der Rezidive. Ergebnis:

- Die günstigste Situation liegt bei 0,9 - 1,1 Standardtagesdosen, wodurch sich die Gefahr für ein erstes Rezidiv um 63 % verringert.
- Eine niedrigere Dosierung birgt ein höheres Redzidivrisiko
- Die prophylaktische Wirksamkeit der Antipsychotika nimmt mit der Zahl der Rezidive deutlich ab.

Damit kann auch begründet gefolgert werden, dass Antipsychotika am Anfang einer Erkrankung noch sehr gut wirksam sind.

Herr Dr. Deest beschreibt das "[Dilemma](#)", in dem sich die Erkrankten befinden:

- Psychosen bewirken Misstrauen, Angst, Störungen in meinem Erleben, Wahnvorstellungen (vor allem Verfolgungs- und Vergiftungswahn) und Halluzinationen.
- Jetzt soll ich ein Medikament nehmen, das ich nicht kenne, was auch noch Nebenwirkungen macht!
- Von einer Person, die ich noch nie gesehen habe, in einer Institution, die mir fremd ist!

Das Wichtigste ist immer das Vertrauen. Als Arzt kann ich nicht erwarten, dass ein neuer Patient, der auf Station kommt, mir vertraut.

Im Folgenden betont Herr Dr. Deest die Wichtigkeit, Vertrauen aufzubauen, und gibt Antworten auf die Frage: "[Wie können wir Krankheitseinsicht fördern?](#)"

- Vertrauen aufbauen: Beziehungsarbeit weiterhin wichtig:
- Ehrlichkeit
- Psychoedukation
- Validierung¹⁹ von Gefühlen
- Aber der konsequente, dabei doch emphatische Realitätsabgleich
- Die medikamentöse Therapie sollte nie alleine stehen, sondern immer begleitet werden!

Wichtig sind auch die Angehörigen. Diese müssen sich aber auch erst einmal "Wissen" aneignen.

Eine Angehörige teilt mit, wie es ihr mit ihrer Mutter gegangen ist, als diese "eigenartige" Verhaltensweisen zeigte: "Ich bin aber gar nicht darauf gekommen, dass meine Mutter eine psychische Erkrankung haben könnte! Wie soll man damit umgehen?"

Frau Seelhorst stellt fest: "Ärzte kommen nur noch ganz selten nach Hause - Psychiater schon gar nicht!" Sie berichtet von dem Erlebnis innerhalb ihrer Familie. Der betroffene Sohn lehnte ein bestimmtes vom Psychiater neu verschriebenes Medikament ab, weil er nach Einnahme eine sehr unangenehme starke Nebenwirkung bei sich bemerkte. Durch das Absetzen zeigten sich aber wieder starke psychiatrische Symptome. Da er es jedoch nicht schaffen konnte, von sich aus die Arztpraxis aufzusuchen, baten seine Angehörigen um entsprechende Hilfe. Der Arzt "bestellte den Sohn daraufhin in seine Praxis ein". Leider kam es dann aber in dieser Situation zum Äußersten, wovor sich die Angehörigen stets fürchten! Vielleicht hätte die aufsuchende Hilfe des Arztes dieses verhindern können?!

Frau Seelhorst stellt weiter fest: "Wir können nur appellieren! Andere müssen an der Stellschraube drehen!"

Herr Dr. Deest äußert dazu bedauernd: "Wir (in der MHH) haben auch keinen Einfluss darauf - wir haben zu wenige Assistenzärzte."

Frau Seelhorst entgegnet: "Dann sollten wir gemeinsam beraten, was könnten wir denn tun?"

Herr Dr. Deest: "Wir sind uns einig darüber, dass es eine große Versorgungslücke gibt. Diese ist ggf. auch dafür verantwortlich, dass einige einen schlechten Verlauf haben!"

¹⁹ "Validierung" - hier: Die emotionale Erfahrung akzeptieren, die eine Person in einem bestimmten Augenblick empfindet, und durch entsprechende Antworten deutlich machen, dass ihr Standpunkt gültig und verständlich ist.

Frau Seelhorst: "Ich bin nicht fatalistisch. Wir sollten eher miteinander überlegen, wenn etwas Sinn macht, sollten wir gemeinsame Sache machen!"

Herr Dr. Deest: "20 Mio. EURO für Versorgungsprojekte psychischer Krankheiten! Hätten wir mehr Geld im System, hätten wir auch eine bessere Versorgungsqualität! Aber es wird immer mehr auf den ambulanten Bereich verlagert."

Ein Angehöriger fragt, ob nicht eine bessere Angehörigenberatung von Seiten der Ärzte und der Kliniken wichtige Tipps und Hilfe, also insgesamt eine größere Unterstützung, bieten könnte.

Herr Dr. Deest verspricht, sich darum zu kümmern und sich dazu wieder bei uns / bei der AANB zu melden. Er berichtet, dass es in der MHH früher auch eine Angehörigengruppe gegeben hat. Jetzt sind wir froh, dass wir unsere tägliche Arbeit schaffen! Es gibt immer weniger Kolleg:innen.

Frau Seelhorst betont, wie wichtig es ist, die Beipackzettel von Neuroleptika zu lesen. Es ist dann aber auch verständlich, wenn der Patient nach dem Lesen zu Recht sagt: "Nein, nehme ich nicht!" Dennoch ist natürlich die Angst - auch der Angehörigen -, vor dem eigenmächtigen und vollständigen Absetzen der Neuroleptika vorhanden.

Herr Dr. Deest betont in diesem Zusammenhang, dass die Therapie ja nicht nur aus Medikamenten bestehen sollte, sondern vor allem in Psychotherapie. Beispielsweise das "metakognitive Training"²⁰ - davon profitieren viele. Der Begriff "metakognitiv" meint in diesem Zusammenhang: das Denken über das Denken.

Eine Angehörige berichtet, davon erfahren zu haben, dass es ein neues ambulantes Versorgungsprojekt in der MHH für Menschen mit Schizophrenie gibt: "[Take 5 for life](#)", in dem auch als ein Baustein "Psychologische Gruppentherapie" enthalten ist.

Herr Dr. Deest macht aufmerksam auf ein weiteres Angebot der MHH: "[Ambulante Gruppenpsychotherapie - Für Patient:innen mit einer diagnostizierten Schizophrenie](#)", das im Rahmen einer Studie durchgeführt und wissenschaftlich begleitet wird.

Inhalte dieser Therapie:

- Fokus auf soziale Interaktion
- Fokus auf Bedürfnisse und Emotionen
- Abgrenzung und Umgang mit Konflikten

Eine Angehörige teilt ihre Erfahrung mit, dass es sehr schwer ist, in Hannover und Umgebung eine/n Therapeuten zu finden, der/die sich auskennt mit "Psychosen-Psychotherapie".

Herr Dr. Deest äußert dazu, es sei in einigen Fällen doch schwierig mit einer Psychotherapie, wie z. B. für jemanden, der "bipolar" und gerade zusätzlich in der Manie ist.

Eine Angehörige fragt, wie es gelingen kann, jemanden von der Krankheitseinsicht zur Behandlungseinsicht zu bringen? Ihr Familienmitglied würde sagen: "Mir kann sowieso niemand helfen!"

Herr Dr. Deest regt an, intensiv nach Möglichkeiten zu suchen, wie man helfen kann - da ist jemand in der absoluten Krisensituation.

Anhand der Folie: "[Und wenn gar nichts mehr geht? Was tun im Notfall?](#)" empfiehlt Herr Dr. Deest:

- Ambulante Hilfsangebote frühzeitig involvieren: Hausarzt, Sozialpsychiatrischer Dienst.
- Bei Hinweisen auf eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung: Polizei und Rettungsdienst informieren;
 - ggf. Unterbringung nach NPsychKG²¹.
- Rechtliche Betreuung frühzeitig mit dem Patienten besprechen und organisieren, dann kann im Notfall schneller gehandelt werden!
- In guten Zeiten für schlechte Zeiten vorsorgen!

Folgende [Tipps zur "rechtlichen Betreuung"](#) gibt Herr Dr. Deest:

- Auf sprachlich korrekte Anwendung achten - nicht mehr: ~~Vormundschaft~~
- Bewahrung der Autonomie, wenn immer möglich gemeinsam entscheiden, wer die Bezugsperson sein soll
- Partnerschaftliches Konfliktpotential beachten!

20 Das *Metakognitive Training für Psychose* (MKT) ist ein neuer Ansatz zur Behandlung sogenannter positiver Schizophreniesymptome, v. a. Wahn. Das Training basiert auf den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie der Schizophrenie, fokussiert jedoch insbesondere auf problematische Denkstile bzw. Denkverzerrungen, welche mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der Positivsymptomatik in Zusammenhang gebracht werden.

21 "NPsychKG" - Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke

Am Ende seines Vortrages fordert Herr Dr. Deest die Anwesenden dazu auf, sich - im Falle einer Frage - gern bei ihm zu melden unter folgender E-Mail-Adresse:

Deest.maximilian@mh-hannover.de

Teil C - Korreferat: Herr Dr. med. Thorsten Sueße

Herr Dr. med. Thorsten Sueße stellt sich zunächst vor:
Fachdienstleiter - im Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi), Region Hannover.
Seit nunmehr 19 Jahren ist Herr Dr. Sueße Leiter des SpDi.

Herr Dr. Sueße bezieht sich auf das Konferenzthema aus Sicht des SpDi und äußert: "Ich finde das einen problematischen Begriff - [Krankheitseinsicht!](#)" Ich würde das, was da gemeint ist, gern anders beschreiben!"

Im Rahmen der Arbeit mit Klienten ist es sehr wichtig, aufmerksam und emphatisch auf die jeweilige Wortwahl zu achten. Wenn z. B. ein Bericht über einen Klienten verfasst worden ist, der diesem dann auch zur Kenntnis gelangt, könnte die Wahl des Begriffes "mangelnde Krankheitseinsicht" zu einer empörten Äußerung des Klienten führen: "Was haben Sie denn da über mich geschrieben! Das werde ich meinem Rechtsanwalt geben!"

Niemand möchte abgestempelt werden. Es ist besser, eine wertfreie, neutrale Beschreibung zu wählen - wie beispielsweise: "Die Person ist nicht positiv gegenüber einer Behandlung eingestellt." Bei solch einer Formulierung kommt ggf. auch "Bewegung ins System" - wie z. B. auch mit einer guten Beschreibung des Konfliktes, unter dem der Klient leidet - so kommt man miteinander ins Gespräch.

Herr Dr. Sueße berichtet, wie es im Konfliktfall manchmal in Familien zugehen kann. Da können Sätze fallen wie: "Du musst doch aber einsehen, dass du krank bist."

Der Betroffene könnte vielleicht noch akzeptieren, dass man sein Verhalten wertneutral als „aufbrausend“ und „impulsiv“ bezeichnet, aber nicht abwertend und pathologisierend als „aggressiv“ und „psychotisch“. Denn: „Niemand möchte krank oder behindert sein!"

Daher: Eine andere Formulierung (wie oben) kann es einfacher machen, dass man dann darüber reden könnte. Wenn Menschen unsere Berichte lesen, dann sagen die Betroffenen oft: "Ja, genauso ist es ...!"

Ein Angehöriger äußert, im vorhergehenden Vortrag gehört zu haben, dass es viele Therapie-Möglichkeiten gibt, wenn jemand erst einmal in Behandlung ist. Wie ist es aber, wenn eine betroffene Person nicht krankheits- und behandlungseinsichtig ist? Dann gibt es nach seiner Erfahrung keine Möglichkeit, zu einer Diagnose für die betreffende Person und an eine Behandlung zu kommen. Das NPsychKG gibt Maßnahmen vor, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Aber für die geschilderte Konstellation ist in diesem Gesetz nichts enthalten. Der Angehörige fragt: "Gibt es da noch Möglichkeiten, was man tun kann in solch einem Fall?"

Herr Dr. Sueße: "Dann dürfen wir nichts unternehmen, das ist ein rechtliches Problem!" und fragt zunächst die Anwesenden, wer sich schon einmal an den SpDi gewandt hat. Viele der Anwesenden melden sich zustimmend. Aber die Erfahrungen sind wohl unterschiedlich. Vielleicht hat der SpDi dann auch bei einigen ähnlich gelagerten Fällen gesagt, dass sie da nichts machen können!

Die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die sog. "[KSVPsych-RL](#)"²², sieht vor, dass sich innerhalb eines Netzverbundes mit verschiedenen "Akteuren" (Arzt, Psychiater, Psychotherapeut sowie weiteren, wie z. B. auch Ergotherapeut) um die schwer psychisch Erkrankten gekümmert wird. Das Problem im Sinne der obigen Fragestellung ist natürlich: Die Schwierigen kommen ja nicht und sagen: "Ich möchte mich mal einschreiben lassen."

Man müsste es politisch durchsetzen, dass auch der SpDi die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes in diesem Netzverbund ausüben darf (bisher ist in der Richtlinie für den SpDi nur die Funktion einer Nebenrolle mit eingeschränkten Befugnissen vorgesehen).

²² Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) - am 18.12.2021 in Kraft getreten.

Eine sehr gute Möglichkeit wären "[Gemeindepsychiatrische Zentren](#)" (GPZ), in denen SpDi, PIA, Tagesklinik und ambulanter psychiatrischer Pflegedienst vereint vorhanden sind, die auch die Menschen erreichen könnten, die sonst durch die Maschen des Systems fallen. In einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum wäre es z. B. möglich, einen in der Tagesklinik behandelten jungen Patienten nach Entlassung von demselben vertrauten Therapeuten mittels Hausbesuch weiter behandeln zu lassen. Auf diese Weise ist die Chance höher, den Patienten wirklich zu erreichen.

Der Angehörige berichtet von dem Lösungsansatz, den Herr Prof. Dr. Bäuml bei dem Symposium in München im Sept. 2022 vorgestellt hatte: Für komplexe Fälle, die gemäß der Gesetzeslage keiner Behandlung zugeführt werden können, soll ein Team zusammengestellt werden - bestehend aus Vertretern verschiedener Institutionen und Interessengruppen: SpDi, Richter, Psychiater, Angehöriger, Betroffener, ggf. auch Jugendamt, Sozialamt. Dieses Team berät diesen Fall und entwirft eine mögliche Vorgehensweise.

Herr Dr. Sueße: Das ist natürlich mit Aufwand verbunden, aber dies ist im Einzelfall in der Region Hannover auch schon passiert - ein Beispiel für eine Helfer-Konferenz.

Eine Angehörige: Wie gehe ich aber vor, wenn die betroffene Person noch nicht im System eingebunden ist?

Herr Dr. Sueße: Zunächst eine Beratung beim SpDi einholen.

Frau Seelhorst: Der SpDi kommt einmal und sagt nach meiner Erfahrung: "Einweisung ist notwendig!" Wenn die betroffene Person dann alles abweist, kommen die SpDi-Mitarbeiter:innen ggf. noch ein 2. Mal, mehr nicht. Aber wir meinen eine **flankierende** Unterstützung.

Herr Dr. Sueße: Ein grundsätzlicher Ansatz ist, öfter ins Haus zu kommen. Dazu gibt es jedoch oft nicht genügend Personalressourcen.

Ein Angehöriger: Eine Helfer-Konferenz, ein Team, wäre doch gut! Aber dies scheint noch nicht etabliert zu sein?!

Herr Dr. Sueße: Das Problem ist auch die Schweigepflicht. Wenn z. B. die betroffene Person nicht will, dass die Mutter Bescheid erhält! Im oben geschilderten Fall gibt es ja auch noch das Problem mit den Kindern der betroffenen Person. Es besteht die Gefahr, dass die Kinder aus der Familie herausgenommen werden. Und es gibt das Problem mit der Schweigepflicht des SpDi gegenüber dem Jugendamt.

Frau Seelhorst fragt nach der [Zusammenarbeit zwischen Kliniken und SpDi](#).

Herr Dr. Sueße: Diese ist sehr unterschiedlich. Eigentlich haben wir regelmäßig Kontakt zu den Kliniken und besonders mit einigen Stationen gute Erfahrungen gemacht. Aber es gibt einige, die fragen in der Regel bei unserer Kontaktaufnahme, was wir denn überhaupt wollen! Gerade nach einer Zwangseinweisung wäre es vor der Entlassung des Patienten eigentlich die Regel, dass die Klinik uns Bescheid gibt. Das passiert aber nicht immer.

Eine Angehörige: Die Problemlage wird noch erweitert, vertieft durch den ethisch-moralischen Aspekt "[Jeder Mensch hat das Recht auf Krankheit](#)". Damit hängt zunehmend die Angst, die Befürchtung zusammen, dass die Freiheit des Einzelnen beschränkt wird - das ist problematisch.

Herr Dr. Sueße: Das ist ein schwieriger Begriff! Manche – so die persönliche Erfahrung – sind hinterher dankbar, wenn sie – obwohl sie eine Behandlung erst abgelehnt hatten – dennoch behandelt werden und es ihnen danach besser geht.

In letzter Zeit hat sich vieles verändert. Früher gab es im Bereich stationärer psychiatrischer Zwangsbehandlung quasi ein "All-inclusive-Paket". Heute passiert es öfters, dass jemand in der Klinik „eingesperrt“, aber nicht behandelt wird. Wir als SpDi erleben uns in unseren Hilfsmöglichkeiten eingeschränkt – es gibt bei Mitarbeitenden zunehmend Befürchtungen, gegenüber Patienten rechtlich etwas falsch zu machen! Das "Recht auf Krankheit" eines Patienten steht dann konträr dem möglichen Hilfsangebot des SpDi gegenüber. Was wir vor 20 Jahren bewerkstelligen konnten, geht heute leider längst nicht mehr. Und es wirkt dann auch oft etwas zynisch, wenn jetzt der "[Wunsch und Willen](#)" des Betroffenen anstelle seines „Wohls“ im Betreuungsrecht als vorrangig bezeichnet wird.

Die Frage ist schon, ob der Wille - in jedem Falle und bei jeder Person - wirklich frei ist?!

Eine Angehörige: Da gibt es ja auch noch ein "[Recht auf Menschenwürde](#)". Seit 1. Januar 2023 ist ein neues Betreuungsrecht in Kraft gesetzt. Seitdem ist es schwieriger, jemanden in die Klinik einzuweisen.

Herr Dr. Sueße: Bisher wurde eine Betreuungsperson eingesetzt "zum Wohle des Betroffenen" - jetzt ab 1.2023 sind die Wünsche vorrangig.

Ein Angehöriger: Was ist, wenn jemand "in die Gosse abzurutschen droht", wenn eine Selbstgefährdung zu bestehen scheint? Wenn die Abwärtsspirale in Gang gesetzt ist - ist das dann nicht auch eine Art von Selbstgefährdung?

Herr Dr. Sueße: Juristisch gesehen ist das nicht haltbar bzw. "wasserfest"! Eine theoretische Gefährdung zählt nicht. Es muss unmittelbar erkennbar sein, dass die Gefährdung bereits begonnen hat und schwerer gesundheitlicher Schaden heute oder morgen eintritt. Die Kriterien sind also sehr "hoch aufgehängt", wenn man sich die Formulierung genau anschaut!

Eine Angehörige: Unsere psychisch kranke Tochter hat uns Eltern 2 Monate lang angebettelt, um für einen begleiteten Suizid in die Schweiz fahren zu dürfen. Die um Unterstützung gebetene Institutsambulanz äußerte sich dazu: "Wer davon spricht, tut es nicht!" Auch der SpDi hat nichts unternommen.

Herr Dr. Sueße: Wenn eine Gefährdung plausibel erscheint, besteht die Verpflichtung, tätig zu werden.

Eine Angehörige berichtet von ihrer persönlichen Erfahrung, dass auch, wenn es sogar einen richterlichen Beschluss gibt, oft trotzdem keine Aufnahme in die Klinik erfolgt - mit der Begründung: Wir machen nur eine Behandlung mit Therapiewilligen!

Herr Dr. Sueße bestätigt dieses Problem. Es ist in Kinder- und Jugendpsychiatrien manchmal Voraussetzung für eine stationäre Aufnahme, dass die Behandlungsbedürftigkeit definitiv gegeben sein muss. Es gibt unterschiedliche Aufnahmekriterien in den Kliniken Wunstorf, Hildesheim, Kinderklinik auf der Bult. Bei letztgenannter Klinik gibt es nur wenige Therapieplätze für Betroffene in Notfallsituationen, da man grundsätzlich nur mit zu Therapie motivierten Kindern arbeiten will – mit der Ausnahme: die Kinder sind erkennbar hochsuizidal. Sonst werden die Kinder trotz Zwangseinweisung ggf. zurückgeschickt.

Außerdem gibt es "Einzugsgebiete" – man kann sich die Klinik nicht aussuchen! Es ist leider nichts zu machen, wenn das Kind nicht krankheitseinsichtig ist. Dies ist dramatischer, schwieriger als im Erwachsenenbereich. Am 1. Nov. d. J. wird es in Hannover ein Symposium zu diesem Thema geben. Es muss Einrichtungen geben, die psychisch sehr beeinträchtigte Personen unter 18 Jahren aufnehmen! Das ist ein Bedarf! Es ist ein unhaltbarer Zustand!

Eine Angehörige bezieht sich noch auf das Suizid-Problem und äußert: "Wer sich umbringen will, schafft das auch! Selbst in der MHH haben sich schon einige umgebracht!" Die Eltern müssen sich darauf einstellen, dass das Kind nicht zu retten ist.

Herr Dr. Sueße: Man kann aber in Kliniken doch viele Suizide verhindern! Und es kann plötzlich zu einer Kehrtwendung, Besserung kommen - also nicht den Mut verlieren!

Eine Angehörige teilt ihre Erfahrungen mit zur Medikamenten-Einnahme: "Die innere Einstellung der betroffenen Person gegenüber den Medikamenten beeinflusst auch die Wirkung!"

Herr Dr. Sueße bestätigt: Die Psyche beeinflusst schon die Wirkung!

Eine Angehörige: Es gibt allgemein ein großes Problem mit der Krankheitseinsicht bei Schizophrenie. Da wäre die aufsuchende Hilfe sehr wichtig!

Herr Dr. Sueße: Das macht der SpDi ja auch durchaus - aber es ist nicht immer möglich. Auch Telefonate, die weniger aufwändig sind, kommen zum Einsatz. Aber die Mitarbeitenden des SpDi können keine Diagnosen stellen, wenn kein ausreichender Kontakt zustande kommt. Der ambulante psychiatrische Pflegedienst ist oft hilfreich. Zur Feststellung der Notwendigkeit wird jedoch ein Psychiater benötigt.

Ein Angehöriger: In unserem Falle hatten wir einen guten Kontakt zum SpDi - in einem anderen Ort. Der Arzt vom SpDi kam und stellte eine Diagnose - dann gelang die Zwangseinweisung der Tochter.

Ein Angehöriger: Gibt es Statistiken, Erfahrungswerte, bei wie vielen es tatsächlich zu einer Krankheitseinsicht gekommen ist?

Herr Dr. Sueße: Es kann immer dazu kommen, dass jemand „krankheitseinsichtig“ wird. Zahlen gibt es da nicht. Als Beispiel nennt er eine Alkoholkrankheit bei einem Betroffenen, dem es zu Bewusstsein gekommen ist, krank zu sein - während seiner längerdauernden Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Die Erkenntnis ist darauf zurückzuführen, dass in Runden von Betroffenen persönliche Erfahrungen ausgetauscht werden!

Therapien werden auch unterschiedlich angenommen. So erinnert er einen Betroffenen, der bereits sehr viele Entgiftungen und Therapien absolviert, aber immer wieder Rückfälle hatte. Dann kam eines Tages ein anderer Therapeut in das Behandlungsteam und plötzlich entstand eine Einsicht beim Betroffenen bzw. ein konstanter Therapie-Erfolg. Das ist dann aber ein "Zufallsprinzip".

Eine Angehörige: [Wie soll man am besten als Angehörige/r mit der betroffenen Person umgehen?](#) Sollen Angehörige tätig werden oder soll man Kranke allein machen lassen?

Herr Dr. Sueße: Das Vorgehen "Der/die muss erst mal in der Gosse liegen, dann kommt endlich die Einsicht!" ist nicht bei allen Betroffenen hilfreich! Es ist individuell verschieden.

Grundsätzlich profitieren alle Menschen von Wärme und Zuneigung, familiärem Zusammenhalt. Es muss deutlich werden: "Ich mag Dich, ich helfe Dir!" Aber trotzdem, notfalls auch mal Grenzen setzen! Das ist eine individuelle Entscheidung - einen Mittelweg finden!

Eine Angehörige: Das müssen wir aber auch erst mal lernen!

Herr Dr. Sueße: "Kommen Sie auf uns zu! Sie sind ja unsere Kunden!"

Protokoll:
Birgit Kleeblatt

Im Namen des Vorstandes der AANB und aller Teilnehmenden an dieser Konferenz sei den beiden Referenten herzlich gedankt für ihre sachbezogenen und sehr differenzierten Ausführungen zum Thema.