



Fachhochschule
der Diakonie

HYBRID-VERANSTALTUNG



Insights

8 Blickwinkel
psychiatrischer Pflege



© FOTOS: CUPPDALE.COM

24. Februar 2023

Bielefeld / Bethel

Anmeldung kostenlos bis zum 10.02.2023
unter www.fh-diakonie.de möglich

13. Fachtagung
Studiengang PP20.2
Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege (BA)

- Abstractband -



Inhalt

Programm.....	4
1. Influencer oder Sickfluencer? Zwischen Recovery und Stigmata in den sozialen Medien	6
2. Traumatische Psychose - Was nun?	9
3. Sundowning: Fakt oder Fiktion?	12
4. Altersdepressionen	18
5. Zwischen Vision und Realität - Der Maßregelvollzug im Wandel	21
6. Stimmen hören – Fluch oder Segen? Ein Perspektivwechsel....	25
7. Akutpsychiatrie vs. Antipsychiatrie: Soteria als Kompromiss? ..	28
8. ERROR Fehldiagnose – zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Patienten	33

Vorwort

Liebe Kolleg*innen, liebe Zuschauer*innen,

zum inzwischen 13. Mal findet die Insights-Fachtagung an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld statt. Im Studiengang Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege gehört sie im 5. Semester eines jeden Kurses zum festen Bestandteil des Curriculums und wird von den Studierenden selbst organisiert. Der Kurs PP20.2 beleuchtet acht unterschiedliche Blickwinkel aus der psychiatrischen Pflegelandschaft, die sowohl für die Berufspraxis als auch für das Verständnis psychischer/psychiatrischer Erkrankungen relevant erscheinen und mitunter einen kontroversen und komplementären Charakter aufweisen.

Übergeordnetes Ziel des Studiums ist einerseits das Erlernen des wissenschaftlichen Arbeitens und andererseits der Transfer von Theorie in die Praxis. Wissenschaft und psychiatrische Pflege blicken in Deutschland auf eine eher überschaubare gemeinsame Geschichte zurück. In den nicht-akademischen Ausbildungen werden wissenschaftliche Themen in der Regel höchstens angeschnitten. Wie also kann es die psychiatrische Pflege schaffen, Evidenz für ihr pflegerisches Handeln zu integrieren? Die Studierenden des Studiengangs PP20.2 haben seit Beginn des Studiums einen großen Erkenntnisgewinn generieren können, der die Motivation für die Praxis geradezu beflügelt. Gottfried Wilhelm Leibniz stellte bereits fest: „Es lohnt sich, die Entdeckungen anderer zu studieren, dass für uns selbst eine neue Quelle für Erfindungen entspringt“. Vor diesem Hintergrund stellt die Wissenschaft einen Ausgangspunkt für jegliche Inspiration dar.

Die Aufgabe der Studierenden besteht darin, das erlangte Wissen in die Praxis zu transportieren, was sie z.B. aufgrund fehlender Emanzipation innerhalb der Berufsgruppe oder geringer Zeitkontingenten vor besonders große Herausforderungen stellt. In den nachfolgenden Beiträgen soll eine Brücke zwischen der Theorie und Praxis errichtet werden, die begründete Handlungsimpulse für die psychiatrische Pflege hervorheben möchte.

Ihr PP20.2 Kurs

Programm

9:00 Empfang

9:30 Begrüßung durch das Moderationsteam (S. Schwarz & D. Ommer)

sowie Grußworte der Gastrednerinnen:

- Frau Prof. Dr. Hilke Bertelsmann (Rektorin der Fachhochschule der Diakonie)
- Frau Jacqueline Rixe (Vorstand Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege)

Vorträge:

10:00 Influencer oder Sickfluencer?

Zwischen Recovery und Stigmata in den sozialen Medien
(*E. Awilotschew & S. Quint*)

10:30 Traumatische Psychose -

Was nun?
(*J. Hahner & A. Duitsmann*)

11:00 Pause und Posterwalk für die lokalen Besucher*innen

11:30 Sundowning:

Fakt oder Fiktion?
(*M. Greger & F. F. Hartog*)

12:00 Altersdepressionen -

(*I. Kleck & O. Böhle*)

12.30 Mittagspause und Posterwalk

13:30 Zwischen Vision und Realität

Der Maßregelvollzug im Wandel
(T. Krafft & P. Scheller)

14:00 Stimmen hören - Fluch oder Segen?

Ein Perspektivwechsel
(L. Stellberg & D. Ommer)

14:30 Pause und letzte Möglichkeit zur Nominierung des besten Posters

15:00 Akutpsychiatrie vs. Antipsychiatrie

Soteria als Kompromiss?
(L. Blum & M. Krümpelbeck)

15:30 ERROR

Fehldiagnose - zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Patienten.
(S. Schwarz & M. Strotkötter)

16:00 Posterpreisverleihung

16.15 Verabschiedung und Danksagung durch die Veranstalter*innen

1. Influencer oder Sickfluencer?

Zwischen Recovery und Stigmata in den sozialen Medien

(E. Awilotschew & S. Quint)

Hintergrund

Die Nutzung sozialer Medien gehört in der heutigen Zeit zu einer beliebten Freizeitbeschäftigung und gewinnt weltweit zunehmend an Bedeutung; so nutzten im Januar 2022 diese rund 4,62 Milliarden Menschen [1]. Als soziale Medien werden digitale Technologien bezeichnet, die den Nutzern die Möglichkeit zur Kommunikation und Interaktion untereinander sowie das Teilen oder Gestalten eigener Inhalte bieten [2]. Eben dies sorgt für eine Ausbreitung innerhalb kürzester Zeit und über Personengruppen hinweg [3]. Die Plattform TikTok ist ein soziales Netzwerk, welches zum Teilen selbstgedrehter Videos genutzt wird und belegte im Januar 2022 mit rund einer Milliarde Nutzer den sechsten Platz in der Rangliste der größten sozialen Netzwerke und Messenger und verzeichnete in den letzten zwei Jahren das größte Wachstum [4]. Die Darstellung psychisch kranker Menschen ist in sozialen Medien häufig auf stigmatisierende Art und Weise verzerrt. So werden sie öfter als gefährliche Irre, rebellische Freigeister oder mit kindlichen Charakterzügen dargestellt, wodurch entsprechende Reaktionen der Gesellschaft von Distanzierung bis hin zu autoritärem oder fürsorglichem Verhalten reichen [5]. Studien belegen, dass trotz vermehrter Aufklärung die öffentliche Meinung zunehmend von Stigmatisierung geprägt ist [6].

Fragestellung

Inwiefern wird psychische Gesundheit auf TikTok thematisiert und wie sind die Reaktionen darauf?

Methodik

Die Studie umfasst eine Analyse von 245 Videos mit den jeweiligen Hashtags *#mental health*, *#recovery* und *#mental health recovery* sowie den jeweils ersten 50 Kommentaren. Untersucht werden mittels eines eigens entwickelten Bewertungskataloges deskriptive Daten, die Identität der TikToker, die im Video genannte Diagnose oder das Thema, der Videoschwerpunkt, die Identität der Kommentatoren und

der Kommentarschwerpunkt.

Ergebnisse

Kumulativ kommt die Stichprobe auf 125.156.755 Likes, 881.190 Kommentare, 8.727.920 Markierungen als Favoriten und wurde insgesamt 1.277.886-mal geteilt. Die Auswertung kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten Inhalte von Betroffenen einer psychischen Erkrankung erstellt werden. Die Videos befassen sich am häufigsten mit der Diagnose Anorexie sowie dem Thema psychische Gesundheit im Allgemeinen. Die Schwerpunkte der Videos liegen sowohl auf Recovery als auch auf Aufklärung. Die Kommentatoren sind entweder unbekannt oder selbst betroffen und ihre Kommentare sind geprägt von Zuspruch, Anteilnahme sowie Berichten aus eigenen Erfahrungen. Gleichzeitig lässt sich anhand von Likes und Kommentaren im Zusammenhang mit dem Videoschwerpunkt ein deutliches Interesse der Nutzer an kontroversen Inhalten erkennen.

Diskussion

Die Ergebnisse sollten vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass die Videos einen kurzen Ausschnitt vermeintlicher Realität darstellen und dass sich die Analyse der Schwierigkeit stellt, etwas Subjektives objektiv darzustellen. Zudem ist die Auswertung der einzelnen Variablen von der Subjektivität der Forscher beeinflusst. Des Weiteren muss die strittige Frage gestellt werden, wo Recovery aufhört und Stigmata, sekundärer Krankheitsgewinn oder die Förderung schädlicher Verhaltensweisen anfängt; Letzteres insbesondere im Hinblick auf die Pro-Ana-Bewegung.

Fazit

Die hohe Reichweite der gesichteten Videos betont die Relevanz sozialer Medien, besonders vor dem Hintergrund des deutlichen Interesses an kontroversen Inhalten. Des Weiteren betonen die Ergebnisse der Studie die Bedeutung von Peers und deuten auf eine mögliche Versorgungslücke vonseiten Experten hin.

Literatur

- [1] Statista (2023, Januar 09). Social Media - Anzahl der Nutzer weltweit bis 2022 | Statista. Gefunden unter

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/739881/umfrage/monatlich-aktive-social-media-nutzer-weltweit/>

- [2] König, C. (2014). *Soziale Medien: Gegenstand und Instrument der Forschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- [3] Schmidt, J.-H. & Taddicken, M. (2017). *Handbuch Soziale Medien*. Wiesbaden: Springer VS.
- [4] Rabe, L. (2022, Juli 29). Statistiken zu TikTok. Gefunden unter https://de.statista.com/themen/5975/tiktok/#topicHeader__wrapper
- [5] Rüschtz, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32(5), S. 221–232.
- [6] Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), S. 4–7.

2. Traumatische Psychose -

Was nun?

(A. Duitsmann & J. Hahner)

Einleitung

Menschen mit einer Schizophrenie wurden in der Kindheit häufiger traumatisiert als Menschen ohne eine Schizophrenie. So zeigen Meta-Analysen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Traumata und psychotischem Erleben [1]. Es wird davon ausgegangen, dass ein Kindheitstrauma ein Risikofaktor für eine Schizophrenie ist [2]. Aber was nun? Studien zeigen, dass traumaspezifische Behandlungen genauso vorteilhaft sind wie für Menschen mit einer Psychose. Die Betroffenen profitieren von Psychoedukation, Stabilisierung und Ausbau sicherer Bewältigungsskills [2]. Trotz des Profits aus den Behandlungsoptionen wird vor einer Anwendung der traumaspezifischen Behandlungen gezögert.

Fragestellung

Das Feld der traumatischen Psychose ist noch immer recht unbekannt. Die Autorinnen haben sich somit folgende Fragestellung überlegt: Inwieweit kann ein Trauma während einer Psychose im stationären Setting behandelt werden? Es sollen Behandlungsoptionen dargestellt und kritisch überprüft werden. Ziel ist es, die Versorgungsqualität psychoseerkrankter Menschen, die gleichzeitig ein vorliegendes Trauma haben, durch Wissensvermittlung zu verbessern.

Methodik

Es erfolgte eine orientierende Literaturrecherche, welche sich überwiegend auf den deutschsprachigen Raum begrenzte. Es wurden die Suchmaschine Google Scholar sowie die wissenschaftliche Datenbank PubMed genutzt. Die Verlage Hogrefe, Thieme und Springer gaben hinreichende Information. Hinzu wurde zur Orientierung thematisch passende Fachliteratur gesichtet. Es wurden folgende Schlüsselwörter genutzt: „Psychose UND Trauma“; „Traumabehandlung UND Psychose“; „traumatische Psychose“. Es wird die aktuellste, verfügbare Studienlage zu dieser Thematik präsentiert. Diese wurde für die Recherche zeitlich nicht eingegrenzt.

Ergebnisse

Menschen mit einer Psychose und einem Trauma können in der Behandlung einen Nachteil haben, denn durch Sorge vor einer Symptomverschlimmerung wird z.B. auf eine traumafokussierte Therapie (TFT) verzichtet [3].

Es wird davon ausgegangen, dass die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen für Menschen mit einer Psychose unerträglich sei und zu einer Destabilisierung bzw. einer psychiatrischen Krise führe. Allerdings weist die Studienlage darauf hin, dass diese Sorge unberechtigt sei. So profitieren Menschen mit einer Psychose von einer TFT. Ein positiver Nebeneffekt sei eine Reduzierung der Wahnvorstellung [3]. Dieses ist ein Ergebnisausschnitt der Recherche; es folgen in dem bevorstehenden Vortrag weitere Ausführungen.

Fazit

Dieses ist ein kleiner Einblick zu einem vielfältigen und praxisnahen Themenfeld. Behandlungsoptionen, sowie der Umgang mit den Betroffenen wird in dem folgenden Vortrag empirisch dargestellt.

Literatur

- [1] Juckel, G. & Mavrogiorgou, P. (2022). Traumatisierung und schizophrene Störungen – eine mehrdimensionale Betrachtung. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie [Traumatization and Schizophrenic Disorders - A Multidimensional View], 90(11), 512–522.
- [2] Schäfer, I. & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? Dialogues in Clinical Neuroscience, 13(3), 360–365.
- [3] Van der Gaag, M. & Van den Berg, D. (2017). Trauma & Psychose. Traumabehandlung bei Psychose. Trauma & Gewalt, 11(03), 216–233. [7] Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. (5. Aufl.) München: De Gruyter Oldenbourg.

3 Sundowning: Fakt oder Fiktion?

(M. Greger & F. F. Hartog)

Hintergrund

In Deutschland leben aktuell ca. 1,8 Millionen Menschen mit einer demenziellen Veränderung (MmD). Berechnungen zufolge soll diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf bis zu 2,8 Millionen ansteigen [1]. Demenzen sind durch einen fortschreitenden Verlust an kognitiven und einhergehend motorischen Fähigkeiten gekennzeichnet, wodurch multidimensionale Anforderungen an die pflegerische Versorgung entstehen [2]. Einen bedeutsamen pflegererelevanten Aspekt stellen herausfordernde Verhaltensweisen (HV) dar, die bei nahezu allen MmD prädominieren [3]. Solche Verhaltensweisen umfassen aggressive (z.B. Schlagen, Schreien) und nicht-aggressive (z.B. Hinlauff Tendenzen, Unruhezustände) Formen [4]. Im Zusammenhang mit HV wird seit den 1980ern über das Sundown-Syndrom bzw. Sundowning diskutiert, womit eine Intensivierung des HV zum späten Nachmittag und frühen Abend gemeint ist [5, 6]. Das Vorkommen von Sundowning wird in älteren Studien mit einem breiten Spektrum von 2,4-66% und in neueren Untersuchungen mit 19-27,8% angegeben [7]. Die Entstehungsgründe für Sundowning werden multifaktoriell hypothetisiert, wobei insbesondere zugrundeliegende neurobiologische Komponenten aufgeführt werden [5]. Sundowning stellt für Pflegende, Betroffene und Angehörige eine große Belastung dar und wird mit einer erhöhten Institutionalisierungswahrscheinlichkeit, mit wiederkehrenden und verlängerten Krankenhausaufenthalten sowie einer schneller voranschreitenden Kognitionsverschlechterung bei MmD assoziiert [7]. Auch ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Sundowning und dem empfundenen Stress von Pflegenden wird berichtet [8].

In Ermangelung einer klaren Definition und aufgrund heterogener Prävalenzraten stellen sich die Autoren die Frage, ob der Sonnenuntergang zu einem verstärkten HV bei MmD beiträgt und weiter, wie Pflegende mit Sundowning umgehen können.

Methodisches Vorgehen

Für die Fragestellungen wurde eine orientierende Literaturrecherche über die Fachdatenbanken CINAHL, PubMed und Google Scholar durchgeführt. Ferner wurde in Form von Fachbüchern auf die Verlage Hogrefe, Huber und Psychiatrie-Verlag zurückgegriffen. Schlüsselgesuche waren die Begriffe „Sundowning“, „challenging behavior/ herausforderndes Verhalten“, „circadian rhythm AND dementia“. Es erfolgte keine Eingrenzung im Hinblick auf die Sprache und das Publikationsjahr. Letztlich wurde überwiegend auf englischsprachige Literatur zurückgegriffen.

Ergebnisse

Die Sichtung der Literatur legt beim Sundowning einen Schwerpunkt im Zusammenhang mit neurobiologischen Vorgängen im Körper nahe, die den zirkadianen Rhythmus beeinflussen und ferner mit der Emotionsregulation assoziiert werden [7]. Im Blickpunkt stehen die biologischen Zeitgeber Licht, die Körpertemperatur und das Hormon Melatonin, welches bei Dunkelheit ausgeschüttet wird und dem Körper das Einleiten von Ruhe signalisiert [9]. Die Zeitgeber werden durch eine „innere Uhr“, dem suprachiasmatischen Nucleus (SCN), koordiniert und synchronisiert [9]. Der SCN sowie die Melatoninproduktion und -sekretion bilden sich im Alter und insbesondere bei demenziellen Erkrankungen zurück, wodurch sich der zirkadiane Rhythmus eines Menschen, welcher dem Tag-Nacht-Rhythmus angepasst ist, verändern kann [5]. Während die Körpertemperatur bei gesunden Menschen zwischen 36,5°C (nachts) und 37,5°C (später Nachmittag) schwankt [9], wurde bei Menschen mit Alzheimer-Demenz (AD), die Sundowning zeigten, eine verzögerte Akrophase der Körpertemperatur beobachtet, die wiederum mit einer erhöhten und latenzierten lokomotorischen Aktivität korrelierte [10]. Die Relevanz der zirkadianen Funktion auf die Regulation von Stimmung und Emotionen wird vielfach betont, wobei Störungen der zirkadianen Funktion mit einer erhöhten Aggressivität assoziiert werden [7].

Neben der neurobiologischen Sichtweise wird als Einflussfaktor für Sundowning insbesondere die Umgebung genannt. So können eine geringe Beleuchtung am Tag, eine geringe Verfügbarkeit von Pflegenden und ferner Überstimulationen, z.B. durch eine zu hohe Geräuschkulisse, zum Sundowning beitragen [5]. Weiter werden physiologische (Hunger, Durst, Müdigkeit), medizinische (Schmerzen, Schlafstörungen) und pharmakologische Begebenheiten (Antipsychotika, Anticholinergika, Antidepressiva, Hypnotika) als Einflussfaktoren aufgeführt [5].

Therapeutische Empfehlungen priorisieren nicht-medikamentöse Ansätze, was auf problematische Nebenwirkungen und eine erhöhte Mortalität im Zusammenhang mit psychotroper Medizierung zurückzuführen ist [5, 11]. Speziell für Sundowning untersuchte Interventionen sind individualisiertes Musikhören [12] und Lichttherapie (hellere Beleuchtung in den Abendstunden) [13]. Beide Studien bescheinigen bezogen auf Sundowning reduzierende Effekte. Weitere Empfehlungen lassen sich für eine angepasste Umgebungsgestaltung (Reduktion von Lärmquellen, Vermeidung von Reizüberflutung in den Abendstunden, Durchführung von fordernden Aktivitäten am Tag, Einhaltung von Tagesroutinen) erkennen [5]. Nicht explizit für Sundowning untersuchte Ansätze, jedoch beim Umgang mit HV validierte Ansätze, z.B. Aromatherapie und basale Stimulation, sind ebenfalls angezeigt [5]. Für Sundowning dedizierte medikamentöse Studien beziehen sich auf den Einsatz von Melatoninergänzungstherapien, die ebenfalls positive Effekte auf die Sundowning-Intensität nachweisen [5]. Die vielfach verwendeten Antipsychotika wurden bisher nur im Zusammenhang mit HV im Allgemeinen untersucht [5].

Diskussion:

In vielen Studien wird eine Tendenz für das Auftreten der Verhaltensweisen in den Abendstunden, sich zumeist zwischen einem Zeitkorridor von 16:00 bis 20:00 Uhr erstreckend, beschrieben [7]. Da sich bei älteren Menschen und MmD der SCN zurückbildet und die Melatonin-Sekretion verringert ist, kommt es u.a. zu Störungen des zirkadianen Rhythmus. Der Einfluss der zirkadianen Funktion auf die emotionale Regulation deutet auf eine gewisse Schnittmenge zwischen HV und einem gestörten zirkadianen Rhythmus hin. Es lässt sich aufgrund der neurobiologischen Begebenheiten und dem zeitlich beschriebenen Auftreten der Verhaltensweisen ein Zusammenhang eben dieser mit dem Sonnenuntergang vermuten, jedoch kann nicht klar beantwortet werden, ob der Sonnenuntergang die Verhaltensweisen tatsächlich verstärkt.

Im Hinblick auf therapeutische Empfehlungen gibt es verschiedene offene Studien und Fallserien, die positive Effekte für Sundowning beschreiben (Lichttherapie, individualisiertes Musikhören, Melatoninsupplementierung). Aufgrund kleiner Stichproben und in Ermangelung eines Kontrollgruppendesigns muss die Aussagekraft dieser Studien einschränkend beurteilt werden. Explizit für Sundowning dedizierte RCTs bestehen bis zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Umgebungsbedingte Anpassungen (z.B. Reduktion von Lärmquellen, Vermeidung von Reizüberflutung) wurden im Hinblick auf Sundowning noch nicht untersucht, erscheinen jedoch im Sinne dem Wohlbefinden zuträglicher Parameter empfehlenswert. Auch Interventionen, die bei HV zum Einsatz kommen (z.B. basale Stimulation, Validation), können möglicherweise hilfreich sein.

Literatur

- [1] o.V. (2022). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). Zugriff am 08.12.2022. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- [2] Noelle, R. (2015). *Grundlagen und Praxis gerontopsychiatrischer Pflege* (Better care, Bd. 3, 1. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verl.
- [3] Boccardi, V., Della Staffa, M. C., Baroni, M., Ercolani, S., Croce, M. F., Ruggiero, C. et al. (2017). Prevalence and Correlates

- of Behavioral Disorders in Old Age Subjects with Cognitive Impairment: Results from the ReGAI Project. *Journal of Alzheimer's Disease*, 60(4), 1275–1283.
- [4] James, I. A. & Jackman, L. (2019). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz* (E. Brock, Übers.) (Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege, 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, deutschsprachige Ausgabe). Bern: hogrefe.
 - [5] Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Tariciotti, L. et al. (2016). Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Frontiers in Medicine*, 3, 1–7.
 - [6] Evans, L. K. (1987). Sundown syndrome in institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35(2), 101–108.
 - [7] Todd, W. D. (2020). Potential Pathways for Circadian Dysfunction and Sundowning-Related Behavioral Aggression in Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 910.
 - [8] Gallagher-Thompson, D., Brooks, J. O., Bliwise, D., Leader, J. & Yesavage, J. A. (1992). The relations among caregiver stress, „sundowning“ symptoms, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(8), 807–810.
 - [9] Needham, I. & Georg, J. (2011). Zeiterleben. In D. Sauter (Hrsg.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (Verlag Hans Huber, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 1107–1124). Bern: Huber.
 - [10] Volicer, L., Harper, D. G., Manning, B. C., Goldstein, R. & Satlin, A. (2001). Sundowning and circadian rhythms in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 704–711.
 - [11] o.V. (2016). *S3-Leitlinie Demenzen*. In Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). Zugriff am 04.01.2023. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf
 - [12] Lineweaver, T. T., Bergeson, T. R., Ladd, K., Johnson, H., Braid, D., Ott, M. et al. (2022). The Effects of Individualized Music Listening on Affective, Behavioral, Cognitive, and Sundowning Symptoms of Dementia in Long-Term Care Residents. *Journal of Aging and Health*, 34(1), 1–14.

- [13] Satlin, A., Volicer, L., Ross, V., Herz, L. & Campbell, S. (1992). Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 149(8), 1028–1032.

4 Altersdepressionen

(I. Kleck & O. Böhle)

Hintergrund

Durch die Covid-Pandemie hat die Zahl der psychisch erkrankten Menschen weltweit zugenommen - darunter auch die Depressionen. Durch den demografischen Wandel ist die Wahrscheinlichkeit gestiegen, an einer Altersdepression zu erkranken. Die Depression zeigt sich verschieden und ist somit immer wieder bei älteren Menschen nicht als solche zu erkennen, da die Symptome häufig der Demenz ähneln [1].

Fragestellung:

Demnach stellt sich die Frage: Ist die Depression eine typische Alterskrankheit?

Methodik:

Die Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage bildet die themenrelevante Fachliteratur, welche in Form einer orientierenden Literaturrecherche erhoben wurde. Auf diese Weise wurden themenrelevante Fachartikel und Fachbücher ermittelt und mithilfe des Schneeballsystems erweitert. Schlüsselwörter: Alterskrankheit, Depression, Altersdepression, Corona, GSD, Hausärztliche Versorgung.

Ergebnis:

Alle Menschen im Alter von 18-79 Jahren leiden einmal im Leben an einer depressiven Episode [2]. Laut Studien sind mehr als 17 Prozent der über 75-Jährigen von Symptomen der Altersdepression betroffen [3]. In vollstationären Pflegeheimen spricht man sogar von 50 Prozent [4]. In einer Studie aus dem Jahr 2007 wurde anhand eines Depressions-Screening-Questionnaires (DQS) festgestellt, dass bei 38,5% der Untersuchten eine Altersdepression vorlag und nur 10% davon in der Hausarztpraxis erkannt wurden, was mit einer Symptomähnlichkeit zu Demenzen begründet ist [5]. Depressionen zählen zu den häufigsten

Erkrankungen und hinsichtlich der Mortalität sowie Funktionseinschränkung zu einer der schwerwiegendsten Erkrankungen in der Bevölkerung. Unter den Belastungsfaktoren, die vorzeitiges Sterben verursachen, gehört die unipolare Depression an zweiter Stelle hinter den koronaren Herzkrankheiten zu den gravierendsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen [6].

Fazit:

Die Altersdepressionen werden in den nächsten Jahren zunehmen. Die Versorgungslücke wird durch die Zunahme und den Fachärzte- bzw. Fachkräftemangel größer werden. Dadurch steigt die Herausforderung, insbesondere für die Pflegenden, in stationären aber auch in ambulanten Versorgungsettings. Die wirtschaftlichen Belastungen, welche auf das Gesundheitssystem wirken, sind noch nicht ermittelt [7].

Literatur

- [1] AOK die Gesundheitskasse, (2022 Januar 10). *Altersdepression: Symptome und Ursachen*. AOK - Die Gesundheitskasse. Im Internet: <https://www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/psychologie/altersdepression-symptome-und-ursachen/> www.aok.de/pk/magazin/koerper-psyche/psychologie/altersdepression-symptome-und-ursachen/
- [2] Depression im Alter - Stiftung Deutsche Depressionshilfe. (2022) Im Alter werden Depressionen oft verkannt. Im Internet: www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-alter
- [3] Godemann F., Hauth I., Gutzmann H. & Heinz, A. (2009). Gerontopsychiatrie versus Allgemeinpsychiatrie bei stationärer Behandlung von Depressionen im höheren Lebensalter. *Psychiatrische Praxis*, 36(06), 270–272. Im Internet: www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1090257
- [4] AOK die Gesundheitskasse, (2021 Februar 24). AOK lenkt Aufmerksamkeit auf Depressionen im Alter. Internet: www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm_220224_online-hilfe_altersdepression.pdf

- [5] Forkmann T., Böcker M., Wirtz M., Norra C. & Gauggel S., (2010) Rasch-basiertes Depressionsscreening. Im Internet: www.researchgate.net/publication/321278261_Rasch-basiertes_Depressionsscreening_DESC
- [6] Robert Koch Institut, (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Depressive Erkrankungen. Im Internet: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile
- [7] Hofmann Dr. S, Gerlach J., Haaf A., (2021 August) Der ökonomische Einfluss der Corona-Pandemie auf die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Im Internet: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-und-zahlen-2020-sonderthema-corona.pdf?__blob=publicationFile&v=6

5 Zwischen Vision und Realität - Der Maßregelvollzug im Wandel

(T. Krafft & P. Scheller)

Hintergrund

Aufnahmepressure [1], Überbelegungen durch gestiegene Aufnahmezahlen, verbunden mit einer zunehmenden Verweildauer für psychisch kranke Straftäter*innen im Maßregelvollzug [2], Fachkräftemangel bei den Ärzt*innen und in der Pflege [3], Überbelastungen der Mitarbeitenden und damit einhergehend Ausfälle von Therapieangeboten (etwa 60%) und nicht zuletzt die fehlende Vereinbarung zwischen dem System des Maßregelvollzuges und der Charta der UN-Behindertenrechtskonvention [4] erfordern eine Transformation des Maßregelvollzuges betreffend der Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB in seiner bestehenden Form [5].

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass grundsätzlich kein direkter kausaler Zusammenhang zwischen einer psychischen Erkrankung und der Gefährlichkeit in der Praxis ableitbar ist [6] sowie der Feststellung von Diskrepanzen bundesweiter unterschiedlicher Verweildauern [7], erscheint es sinnvoll und notwendig, eine grundlegende Transformation in Betracht zu ziehen.

Im Folgenden werden die Autoren sich mit einem Transformationsplädoyer, welches im weitesten Sinne eine Aufhebung des bestehenden Maßregelvollzugskonzeptes beinhaltet, auseinandersetzen. Dabei behandeln sie die Fragestellung, inwieweit es sinnvoll ist, das bestehende forensische Maßregelkonzept, welches augenscheinlich nicht mehr zeitgemäß zu sein scheint, zu transformieren, und eine Zusammenführung zwischen Strafvollzug und Maßregelvollzug zu erreichen. [5]

Methodik

Die Grundlage der Thematik wurde durch das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. ausgelöst [5]. Eine orientierende Literaturrecherche im Internet wurde durchgeführt. Hierüber konnte ergänzende und weiterführende Literatur im Schnee-

balls system gesichtet und ausgewertet werden. Da die konkrete Thematik in Deutschland erst seit Kurzem diskutiert wird, wurde in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht weitgehend publiziert. Die Publikationssprache beschränkte sich dadurch auf deutschsprachige Artikel. Der Zeitraum der Artikelveröffentlichungen wurde nicht eingeschränkt.

Ergebnisse

Nach erfolgter Literaturrecherche, Abwägung des Für und Wider und ausführlicher Analyse der 6-Punkte-Agenda der DGSP zur Umsetzung der Abschaffung der Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB in ihrer heutigen Form sowie der Fusionierung von Maßregelvollzug und Strafvollzug ist zusammenfassend festzustellen, dass eine Zusammenlegung sinnvoll sein kann.

Die Betrachtung erfolgte aus vier Blickwinkeln; Sicht der Mitarbeitenden, der straffälligen untergebrachten Personen, der beteiligten Institutionen sowie der Gesellschaft. Hierbei wurden verschiedene Vor- und Nachteile herausgestellt, die den Transformationsgedanken unterstützen.

Fazit

Das Transformationsvorhaben scheint unumstritten notwendig, bietet aber auch kontroverse Diskussionsgrundlagen für Mitarbeitende und Patient*innen der Maßregelvollzugeinrichtungen sowie Personen des politischen und gesellschaftlichen Systems.

Positive Potenziale drängen sich in den Vordergrund, wenn sich forensisch-psychiatrisch Tätige von den Sorgen grundlegender Veränderungen des eigenen beruflichen Tätigkeitsfeldes oder gar Existenzängsten befreien können. Hierzu sollten Überleitungsleitlinien frühzeitig erarbeitet und kommuniziert werden.

Eine Therapiemotivation von straffällig gewordenen Personen im Zwangskontext zu erwarten, oder eine solche herzustellen, dürfte bereits mit Einführung des Maßregelvollzuges die größte Herausforderung für Mitarbeitende in diesem Bereich gewesen sein. Durch eine Transformation könnten die Therapieangebote nur noch den Personen zugutekommen, die eine Behandlungsmotivation mitbringen und

sich weniger aus einer taktischen Überlegung heraus (Aussicht auf Lockerungen, vorzeitige Entlassung) für eine Therapie entscheiden.

In der gesellschaftlichen Außenwirkung erscheint der Maßregelvollzug zumeist nur durch Negativ-Schlagzeilen, wenn dort untergebrachte Personen im Rahmen ihrer Lockerungen (Erprobung, Beurlaubung), bei Entweichungen oder nach Entlassungen erneut strafrechtlich und damit öffentlichkeitswirksam in Erscheinung treten.

Die Voraussetzung einer elementaren Transformation basiert auf der Etablierung eines grundlegenden Verständnisses der vier am Behandlungsprozess beteiligten Parteien für die Grundprinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention.

Vor dem Hintergrund der allgemein geltenden Grundsätze der Charta erfolgt der Verweis, dass sowohl der untergebrachte psychisch Erkrankte, die Mitarbeitenden, die bestehende Institution als auch die Gesellschaft zu der Erkenntnis kommen müssen, entsprechende Reformen nicht nur zu verinnerlichen sondern sie schlussendlich auch umzusetzen.

Dieses Bewusstsein gepaart mit einem neuen, modernen Gesamtkonzept und den erforderlichen Ressourcen ermöglichen eine bedarfsgerechte und effiziente Behandlung.

Literatur

- [1] NDR: Norddeutscher Rundfunk (2021). Mehr als 200 Menschen warten auf Platz im Maßregelvollzug. Im Internet: <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Mehr-als-200-Menschen-warten-auf-Platz-im-Massregelvollzug,massregelvollzug312.html>
- [2] Arbeitsgruppe Sanktionsrecht der FES (2022). Paragraph 64 StGB zu reformieren reicht nicht. Plädoyer für ein Gesamtkonzept Suchtbehandlung im Strafvollzug. FES impuls. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung
- [3] Hans-Böckler-Stiftung (2022). Neue Studie: Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte durch Wiedereinstieg in Beruf oder aufgestockte Arbeitszeit möglich. Im Internet: <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-neue-studie-mindestens-300-000-zusatzliche-pflegekrafte-40798.htm>

- [4] Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (2008). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Im Internet: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf
- [5] Feißt, M.; Lewe U., Kammeier, H. (2022). DGSP: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Plädoyer für eine Transformation der Maßregeln. Im Internet: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2022/Plaedoyer_fuer_eine_Transformation_der_Massregel.pdf
- [6] Pollmächer, T. (2023). DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Geht von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Gewaltrisiko aus? Im Internet: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/forensische-psychiatrie.html>
- [7] Dörhöfer, P. (2023). Frankfurter Rundschau: Maßregelvollzug: Hinter dicken Mauern herrschen Zustände, die untragbar sind. Im Internet: <https://www.fr.de/politik/massregelvollzug-hinter-dicken-mauern-herrschen-zustaende-die-untragbar-sind-92044461.html>

6 Stimmen hören – Fluch oder Segen?

Ein Perspektivwechsel

(L. Stellberg & D. Ommer)

Hintergrund

Bereits seit Mitte der 1990er Jahre häufen sich die Publikationen, in denen die klassische Behandlungsweise des Phänomens „Stimmenhören“ infrage gestellt wird [1]. Dieses wird bis heute in der medizinischen Sichtweise als reines Symptom gesehen, was als Kriterium für das Diagnostizieren von psychiatrischen Erkrankungen genutzt wird [2]. Die Hauptantwort der Behandler auf dieses Phänomen liegt in der Gabe von Medikamenten [3]. Dabei wird außer Acht gelassen, dass 20-30% der Betroffenen von diesen nur bedingt oder gar nicht profitieren und sich nur bei einem Drittel der betroffenen Menschen überhaupt ein Krankheitswert zeigt [4]. Dass sich das Phänomen als direkte Folge einer Krise zuordnen lässt, wird bei der Behandlung oft nicht berücksichtigt [5]. Dies nährt sich aus der teilweise immer noch vertretenen Annahme, dass sich durch ein intensives Beschäftigen mit den Stimmen eine Verschlechterung der Symptomatik einstellen kann [6].

Fragestellung

Ziel dieses Vortrags soll es sein, den Blickwinkel von der dominierenden medizinischen Sichtweise, dass es sich bei dem Phänomen Stimmenhören um ein Symptom handelt, was durch Behandlung beseitigt werden muss, abzuwenden. Die Perspektive soll auf die betroffenen Menschen gerichtet werden, um festzustellen, welche Funktion und Auswirkung das Stimmenhören für sie hat.

Methodik:

Zur Bearbeitung der Fragestellung erfolgte eine Literaturrecherche, in der herausgearbeitet wurde, welche Funktionen und Auswirkungen das Phänomen Stimmenhören auf die betroffenen Menschen hat und welche übergeordneten Funktionen identifiziert werden können. Neben der Literaturrecherche erfolgten Interviews mit Menschen, bei denen das Phänomen Stimmenhören bekannt ist. Es handelt sich hierbei um Menschen, die durch die Institutsambulanz des Klinikums Lüdenscheid fachärztlich behandelt werden. Die Ergebnisse der Interviews wurden den Ergebnissen der Recherche gegenübergestellt, um zu ermitteln, ob sich die beschriebenen Funktionen und Auswirkungen auch bei den Menschen, die im Klinikum Lüdenscheid behandelt werden, wiederfinden.

Ergebnis:

Menschen, die Stimmen hören, erleben dieses Phänomen nicht gleich. Es zeigt sich, dass sich mehrere übergeordnete Funktionen identifizieren lassen [4]. Welche Funktion das Phänomen Stimmenhören für den betroffenen Menschen hat und welche Art des Umgangs er entwickelt hat sind entscheidend dafür, wie sich das Stimmenhören auf die Lebensqualität und die Funktionsweise auswirkt [6]. Weiter lässt sich erkennen, dass sich das Phänomen auch bei Menschen zeigen kann, die keine psychiatrische Diagnose haben und die sich nie in Behandlung begeben müssen [4]. Bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen ist festzuhalten, dass Stimmenhören bei den unterschiedlichsten Erkrankungen auftritt und sich keiner spezifischen Diagnose zuordnen lässt [5].

Fazit:

Es zeigt sich, dass nicht das reine Vorhandensein des Phänomens Stimmenhören ausschlaggebend ist, sondern dass die Art und Weise, wie der betroffene Mensch damit umgeht, über die Lebensqualität entscheidet [6]. Das Auftreten des Phänomens bei Menschen mit und ohne psychiatrischer Erkrankung, so wie die breite Anzahl von Erkrankungen, bei denen es vorkommt, lässt hinterfragen, ob sich das Phänomen Stimmenhören tatsächlich als Diagnosekriterium eignet [5].

Literatur:

- [1] Coleman, Ron; Smith, Marc (2000): Stimmenhören verstehen und bewältigen. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Psychosoziale Arbeitshilfen, 14).
- [2] Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2011): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5th, Revised ed. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen).
- [3] Romme, Marius; Escher, Sandra (2008): Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden für die Arbeit mit Stimmenhörern. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- [4] Mewes, Julie; Peter, Sebastian von (2014): Die kollektiven ordnungsgebenden Modi des Stimmenhörens. In: *Psychiatrische Praxis* 41 (1), S. 23–28. DOI: 10.1055/s-0033-1343201.
- [5] Freitag, Kerstin (2018): Stimmen im Alltag. In: *Psychiatrische Pflege* 3 (3), S. 9–12. DOI: 10.1024/2297-6965/a000164.
- [6] Rogge, Claudia; Rogge, Stefan (2016): Lassen Sie uns darüber reden. In: *Psychiatrische Pflege* 1 (2), S. 13–16. DOI: 10.1024/2297-6965/a000022.

7 Akutpsychiatrie vs. Antipsychiatrie: Soteria als Kompromiss?

(L. Blum & M. Krümpelbeck)

Hintergrund mit Fragestellung

1971 wurde in Kalifornien das erste Soteria-Haus eröffnet. Seit 1984 besteht die erste Soteria in Europa, in Bern. Heute gibt es in Deutschland vier Soteria-Einrichtungen und einige Stationen mit integrierten Soteria-Elementen. Grundlegender Ansatz der Soteria ist das „Dabei-sein“ als offene, achtsame und einführende Begleitung psychoseerkrankter Menschen [1]. Vorausgehend und parallel zur Gründung der ersten Soterien forderte die sogenannte Antipsychiatrie als transnationale Bewegung die Deinstitutionalisierung und Politisierung der Psychiatrie. Die Konzepte individuellen „Wahnsinns“ und gesellschaftlicher „Normalität“ sowie deren Abgrenzung voneinander wurden infrage gestellt [2]. In Folge der Psychiatrie Enquete 1975 haben sich die Zustände in den Psychiatrien verbessert [3]. Von einigen Betroffenen werden Psychiatrien als hilfestellende unterstützende Institutionen erlebt [4]. Dennoch erleben auch heute noch ca. 8% der Patient*innen Zwang (z.B. in Form von Fixierungen, Unterbringungen und ärztlichen Zwangsmaßnahmen). Die Meistbetroffenen dieser Maßnahmen sind Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind [5,6]. In Berufung auf die UN-Behindertenrechtskonvention wird von verschiedenen Seiten eine gewaltfreie Psychiatrie ohne Zwang gefordert und von einer heterogenen antipsychiatrischen, psychiatriekritischen Szene damit zusammenhängend die Schaffung von Alternativen zur Akutpsychiatrie als notwendig angesehen.

Es stellt sich die Frage, inwiefern Soteria für Menschen mit Psychose einen Kompromiss zwischen dem Ist-Zustand der Akutpsychiatrie und den Forderungen der „Antipsychiatrie“ darstellen kann.

Methodik

Es erfolgte eine orientierende Literaturrecherche mithilfe wissenschaftlicher Datenbanken wie PubMed, sowie die Recherche auf Internetseiten verschiedener (antipsychiatrischer) Betroffenenverbände und in den sozialen Medien. Ergänzend flossen Eindrücke einer zweitägigen Hospitation auf der Soteria-Station des ZfP Reichenau mit ein.

Ergebnisse

Durch ein Gegenüberstellen der Kriterien für Soteria-Einrichtungen mit den Anliegen und Forderungen der Antipsychiatrie damals sowie den Forderungen antipsychiatrischer, psychiatriekritischer Bewegungen und Betroffenenverbände heute wird ein Teilaspekt der Frage beleuchtet. Beispielsweise arbeitet Soteria zwar ohne Zwang und geschlossene Türen, stellt jedoch kein Angebot für akut eigen- oder fremdgefährdete Personen dar. Antipsychotika werden nur wenig bis gar nicht verabreicht.

Es werden beispielhaft kritische Beurteilungen von Soteria durch Betroffene und deren Verbänden vorgestellt. Kritik ist häufig, dass durch die Anbindung der Soteria an psychiatrische Krankenhäuser keine ausreichende Abgrenzung zum System besteht. Diagnosen finden aufgrund dessen und aus Finanzierungsgründen auch in der Soteria Gebrauch.

Zusätzlich erfolgt ein Blick auf die aktuelle Studienlage zu Soteria sowie auf den derzeitigen Nutzen und die Problemlagen der Akutpsychiatrie. In der Soteria zeigen sich starke therapeutische Beziehungen [7]. Beziehung, die im psychiatrischen Setting die Grundlage der Behandlung darstellt, kann im Rahmen der klassischen Akutbehandlung durch Zwangsmaßnahmen und kurze therapeutische Behandlungsdauern geschädigt werden [8]. Des Weiteren wirken sich sowohl geschlossene Türen als auch der erlebte Verlust von Kontrolle und Autonomie negativ auf das Vorkommen von Gewalt seitens der Patient*in-

nen aus [9]. Soteria, die Faktoren wie Autonomie anders berücksichtigt, liefert dennoch mit der klassischen Akutpsychiatrie vergleichbare Outcomes [7]. Damit werden weitere Beiträge zur Beantwortung der Fragestellung geliefert.

Diskussion

Die Outcome-Ergebnisse sprechen dafür, dass die Soteria eine sinnvolle Alternative zur klassischen akutpsychiatrischen Behandlung darstellt. Die Kriterien für Soteria-Einrichtungen werden Forderungen von antipsychiatrischen und psychiatriekritischen Bewegungen sowie Betroffenenverbänden eher gerecht, als der Ist-Zustand der Akutpsychiatrie. So stellt die Soteria z. B. in Bezug auf Zwang und Psychopharmaka durchaus eine wertvolle Alternative dar. Jedoch ergeben sich Limitationen unter anderem, da akut und fremdgefährdete Personen in diesem Setting nicht behandelt werden können. Die Frage bleibt offen, ob Psychiatrie ohne Zwang auch für diese Bedarfsgruppe möglich ist. Auch wenn von einigen Seiten kritisch angemerkt wird, dass die Angliederung von Soteria an psychiatrische Kliniken sowie die Integration von Soteria-Elementen auf psychiatrischen Stationen eine Verwässerung des Konzepts bedeutet, kann eine weitere Implementierung des Soteria-Konzepts in dieser Form sinnvoll sein. Auch wenn Diagnosen verwendet werden, wird der sinn- und bedeutungstiftende Aspekt einer Psychose sowie der Zusammenhang mit der individuellen Lebensgeschichte in der Soteria stärker berücksichtigt.

Fazit

Gegenüber der klassischen Akutpsychiatrie kann Soteria eine Alternative für Menschen mit Psychose darstellen. Sie geht bezüglich einigen Forderungen der Antipsychiatriebewegung einen Kompromiss ein und orientiert sich dennoch auch an Maßstäben der Akutbehandlung. Die Annahme der Soteria als Kompromiss endet jedoch dort, wo radikalere Forderungen nach der Abgrenzung zum vorherrschenden System gestellt werden.

Literatur

- [1] Mosher, L. R. (2001). Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte – die therapeutischen Elemente. In Ciompi, L., Hoffmann, H., Broccard, M. (Hrsg.) (2001). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Verlag Hans Huber.
- [2] Beyer, C. (2022). Radikale Psychiatriekritik und die Transformation des Anstaltswesens in der Bundesrepublik. In Rudloff, W., Kersting, F.-W., Miquel, M. von & Thießen, M. (Hrsg.) *Ende der Anstalten?* (S. 155-173). Paderborn: Brill Schöningh.
- [3] Finzen, A. (2015). Auf dem Wege zur Reform - die Psychiatrie-Enquete wird 40. *Psychiatrische Praxis*, 42(7), 392–396
- [4] Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C. & Del Giovane, C. (2016). The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 686–692.
- [5] Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M. et al. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie : Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Der Nervenarzt*, 88(7), 802–810.
- [6] Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A. J. (2017). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Der Nervenarzt*, 88(1), 70–77.
- [7] Stupak, R. & Dobroczyński, B. (2019). Projekt Soteria: zwiastun „trzeciej drogi” w psychiatrii? *Psychiatria Polska*, 53(6), 1351–1364.
- [8] Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P. & Theodoridou, A. (2019). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 965
- [9] Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic

synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 8*, 449–462.

8 ERROR

Fehldiagnose – zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Ihren Patienten

(S. Schwarz & M. Strotkötter)

Hintergrund

Bei der Arbeit im Gesundheitsbereich ist die Begegnung und Beschäftigung mit einem bestimmten Konstrukt unausweichlich. Die Auseinandersetzung mit Diagnosen gehört zur täglichen Arbeit dazu. Doch was steckt hinter dem Konzept?

Vereinfacht gesagt ist die Diagnose das Handwerkszeug einer behandelnden Person. Für die betroffene Person selbst dient die eigene Diagnose zur Orientierung, schafft Klarheit und ist gleichzeitig der Schlüssel als Zugang für Leistungen des Gesundheitssystems [1]. Die Verantwortung der Behandler_innen bei der Diagnosestellung ist eine nicht zu unterschätzend große.

Zusammenfassend lässt sie sich als rundes Konzept beschreiben, welches eine große Hilfe bei der Behandlung von betroffenen Personen darstellen kann. Wie sieht es aber in der Praxis aus? Ist das Konzept „Diagnose“ so unkompliziert und hilfreich, wie die Theorie es verspricht?

Fragestellung

Ist eine Behandlung rein nach Diagnosen und Leitfäden aktuell noch zu rechtfertigen? Im Folgenden wird das Konzept der Diagnose kritisch hinterfragt und auf die Vor- und Nachteile beleuchtet. Auch das Thema Fehldiagnosen ist ein aktuelles und bedarf eines festen Platzes in dieser Diskussion.

Ergebnis

Eine gestellte Diagnose kann nichts über den endgültigen Verlauf einer Erkrankung aussagen. Die Gesamtheit der möglichen Symptomausprägungen ist derart vielfältig, dass oftmals mehrere mögliche Diagnosen in Frage kommen. Die Studienlage besagt außerdem, dass die Diagnostik oft von Behandler_in abhängig ist. Bei Ablehnung eines

Diagnoseangebotes wird der betroffenen Person oft eine fehlende Krankheitseinsicht unterstellt [2].

Im Allgemeinen wurden medizinische Erkrankungen als homogen angesehen, was mittlerweile mittels Laboruntersuchungen widerlegt wurde [3]. Bezeichnend dafür ist die Entwicklung, dass diagnosespezifische Arzneimittel im Verlauf der Zeit auch zur Behandlung anderer Diagnosen zugelassen und sogar empfohlen werden [2].

Eine Diagnose bringt den betroffenen Personen zum einen Klarheit über ihre Beschwerden, zum anderen birgt sie aber auch das Risiko des Einrastens in einem bestimmten Krankheitsbild. Die betroffene Person wird mit der Diagnose nicht als gesund entlassen, sondern auch über die Krise hinaus damit weiterbehandelt (Rückfallprophylaxe) [4]. Erst seit Oktober 2021 ist es möglich, eine bestehende (Fehl-)Diagnose unter bestimmten Voraussetzungen im Nachhinein abändern zu lassen [5].

Die Studienlage besagt ebenfalls, dass das Diagnostizieren in der Psychiatrie beinahe willkürlich und nur wenig verlässlich erfolgt [2]. Bezeichnend dafür ist, dass Krankenkassen Prämien für gestellte Diagnosen auszahlen. Beim Stellen von Diagnosen gibt es einige wissenschaftliche Risikofaktoren (Situationsvarianz, Informationsvarianz, Beobachtungsvarianz und Kriterienvarianz), welche Fehldiagnosen begünstigen [6].

Diskussion und Fazit

Das Konzept der Diagnose als solches hat zusammenfassend sowohl Vor- als auch Nachteile zu bieten. Auf der einen Seite erlangen die Betroffenen für sich Klarheit über ihre derzeitige Lebenssituation, Orientierung und einen Namen für ihre Symptomausprägung. Auf der anderen Seite bietet das Konzept „Diagnose“ auch Risiken und Ungerechtigkeiten, wie leichtfertige Fehldiagnosen oder Stigmatisierung.

Anstatt der Behandlung von Diagnosen könnte die Behandlung von Lebenskrisen ein Schritt in eine für Betroffene angemessenere und individuell besser abgestimmte Behandlung sein [2]. In diesem Zusammenhang sind gemeinsame Behandlungsvereinbarungen zu nennen und in Zukunft weiterzuentwickeln. Darüber hinaus könnte der Schritt zu weiteren häuslichen Behandlungsmöglichkeiten dazu führen, dass die Wichtigkeit der Diagnose in den Hintergrund gestellt wird und die

Gesamtproblematik der Betroffenen im sozialen Kontext betrachtet und behandelt werden kann.

Literatur

- [1] Peter, O. et al. (2019). „Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir“ – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen, in: Georg Thieme Verlag (Hrsg.), *Psychiatrische Praxis*, 46, S. 27-33.
- [2] Weinmann, S. (2021). Krisenkonzepte überwinden starre Diagnosekonzepte, in: Georg Thieme Verlag (Hrsg.), *Nervenheilkunde*, 40, S. 684-690.
- [3] Insel, T. et al. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders, in: American Psychiatric Association (Hrsg.), *American Journal of Psychiatry*, 167(7), S. 748-751.
- [4] Weniger, T. (2004). Zwischen hilfreicher Diagnose und Stigma, in: Bundes Ärztekammer (Hrsg.), *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, 39, S. 2597-2598.
- [5] SGB V, §305, Abs. 1, Neufassung von 2020
- [6] Kasper, S., Volz, H.-P. (2014.). *Psychiatrie und Psychotherapie compact*. 3. Überarbeitete Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.



Fachhochschule der Diakonie

Impressum

Für den Inhalt der Beiträge sind die Autorinnen und Autoren verantwortlich. Wir bemühen uns um eine gendergerechte Sprache. Formulierungen in männlicher Form beziehen sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Die Poster sowie der Abstractband stehen am Tag der Tagung unter www.insights.fh-diakonie.de zum Download zur Verfügung. Durch Scannen des QR-Codes gelangen Sie zur genannten Webseite:



Herausgeber*innen

Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege PP20.2

Fachhochschule der Diakonie
Bethelweg 8
33617 Bielefeld