

SCHIZOPHRENIE

Beiträge zu Forschung,
Therapie und
psychosozialem Management

Jahrgang 39

September 2025

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>Arno Deister</i> Grundlagen und Schwerpunkte von Prävention.....	07
<i>Markus J. Pausch</i> Behandlungsoptionen bei Betroffenen während und nach einer Traumatisierung – PTBS, komplexe PTBS, Akuttrauma und ongoing Trauma.....	17
<i>Norbert Nedopil</i> Forensische Psychiatrie – eine Standortbestimmung.....	32
<i>Michael Welschehold</i> EX-IN-Genesungsbegleitung am kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München – ein Erfahrungsbericht.....	42

Mitteilungsorgan der *gfts*

Impressum

Herausgeber:	Vorstand der „Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen“, <i>gfts e.V.</i>
Redaktion:	W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
Gestaltung:	W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
Druck:	keine print-Ausgabe nur digital-Ausgabe
Webseite:	www.gfts.de
ISSN-Nr.	0938 -2720

SCHIZOPHRENIE

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>Arno Deister</i> Grundlagen und Schwerpunkte von Prävention.....	07
<i>Markus J. Pausch</i> Behandlungsoptionen bei Betroffenen während und nach einer Traumatisierung – PTBS, komplexe PTBS, Akuttrauma und ongoing Trauma.....	17
<i>Norbert Nedopil</i> Forensische Psychiatrie – eine Standortbestimmung.....	32
<i>Michael Welschehold</i> EX-IN-Genesungsbegleitung am kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München – ein Erfahrungsbericht.....	42

Kongressankündigungen

September 2025 bis September 2026

Tagungen unter: www.zbmed.de >> Kongresskalender
ZPID Kalender

Datum	Name der Veranstaltung	Tagungsort
11.10.2025 14.10.2025	European College of Neuropsychopharmacology ECNP	Amsterdam (NL)
19.10.2025 23.10.2025	54. Lübecker Psychotherapietage; "Wendepunkte— Krisen als Bedrohung und Chance"	Lübeck (DE)
22.10.2025 24.10.2025	32. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.	Salzburg (AT)
29.10.2025 02.11.2025	30. Psychotherapietage NRW: EINSAM - VERBUNDEN - ZUGEHÖRIG	Bad Salzungen (DE)
06.11.2025 06.11.2025	Lausanne Dialogue entre psychiatrie et médecine somatique	Lausanne (CH)
15.11.2025 16.11.2025	Hard Rock Hotel at Universal Orlando International World Neurology Conference 2025	Orlando (USA)
26.11.2025 29.11.2025	DGPPN Kongress 2025	Berlin (DE)
04.12.2025 06.12.2025	10. Mitteldeutsches Neuroradiologie-Symposium	Leipzig (DE)
19.02.2026 20.02.2026	gfts-Tagung; www.gfts.de	Aachen (DE)
25.02.2026 27.02.2026	DGKN26 Kongress für Klinische Neurowissenschaften mit Fortbildungsakademie	Augsburg (DE)
04.03.2026 06.03.2026	Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM/DGPM)	Berlin (DE)
28.03.2026 31.03.2026	Europäischer Kongress für Psychiatrie (EPA); "Mental Health: Improving Care and Expanding Horizons"	Prag (CZ)
22.04.2026 25.04.2026	DGKJP Kongress 2026, dgkjp2026@cpo-hanser.de	Würzburg (DE)
06.05.2026 08.05.2026	6. gemeinsamer Kongress DGBP und AGNP	Berlin (DE)
26.06.2026 29.06.2026	37Th World Congress of Neuropharmacology	Glasgow (UK)
07.09.2026 10.09.2026	Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Luxemburg

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der **gfts**
Jahrgang 39 (2025)

Neuerscheinungen Psychiatrie, Psychosen, Schizophrenie, Psychotherapie, 2024 und 2025

- Praxishandbuch Akutpsychiatrie / Lieselotte Mahler ; Ina Jarchov-Jádi ; Matthias Jäger. - 1. Aufl. - Köln : Psychiatrie-Verl., 2024.
- Autismus im Erwachsenenalter / Sanna Stroth ; Anika Langmann ; Inge Kamp-Becker. - 1. Aufl. - Göttingen : Verl. für Angewandte Psychologie, 2025.
- Biopsychologie / John P. J. Pinel ; Steven J. Barnes ; Paul Pauli ; Matthias Gamer. - 11., aktualis. Aufl. - München : Pearson, 2024.
- Therapie-Tools CBASP : Psychotherapie chronischer Depression / Jan Philipp Klein ; Matthias Backenstraß ; Elisabeth Schramm. - 3., neu ausgest. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Zwangsstörung / Tanja Endrass ; Andrea S. Hartmann. - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2024.
- Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Zwangsstörungen / Karoline Pitsch ; Miriam Schiele ; Tobias Freyer. - 1. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Die Diagnostik traumabedingter Dissoziation : mit dem Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I) arbeiten / Suzette Boon. - Paderborn : Junfermann, 2025.
- Therapie-Tools EMDR / Anna-Konstantina Richter. - 1. Aufl. - Weinheim
- EMDR / Karsten R. Böhm. - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2024.
- Psychodynamische Therapie der Persönlichkeitsstörungen : Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) bei Borderline-, Narzissmus- und Traumafolgestörungen / Mathias Lohmer (Hrsg.). - Stuttgart : Schattauer, 2024
- Borderline-Persönlichkeitsstörung : die wichtigsten Therapieverfahren / Thorsten Heedt. - 2., aktualis. und überarb. Aufl. - Stuttgart: Schattauer, 2024
- FAQ Forensische Psychiatrie und Psychologie : Antworten - prägnant und praxisnah für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie und Rechtswissenschaften / Manuela Dudeck ; Johannes Kaspar (Hrsg.). - 1. Aufl. - München: Urban & Fischer in Elsevier, 2025.
- Menschenrechte in der Psychiatrie : Prinzipien und Perspektiven einer Unterstützung ohne Zwang / Dirk Richter. - 1. Aufl. - Köln : Psychiatrie-Verl., 2024.
- Die Aussichten für die Zukunft Ihres Kindes sind leider ausserordentlich ungünstige." : Kinder und Jugendliche in der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee 1940 bis 1945 / Dietmar Schulze. - Irsee : Grizeto-Verl., 2025.
- Körpermodifikationen : Interventionen der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) / Ute Backmann. - Stuttgart : Schattauer, 2024.
- Akutpsychiatrische Pflege : Praxishandbuch für Pflegefachpersonen, Fachpflegende und ANPs / Markus Witzmann ; Christoph Müller (Hrsg.). U. Mitarb. von Thomas Auerebach ; Sabine Brüchmann ; Johannes

- Edel ; Anna Nosenko [...]. - 1. Aufl. - Bern : Hogrefe, 2025.
- Psychiatrie und Psychotherapie : Klinik und Therapie psychischer Erkrankungen / Ludger Tebartz van Elst ; Elisabeth Schramm ; Mathias Berger (Hrsg.). - 7. Aufl. - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2024.
- Klinikleitfaden Psychiatrie Psychotherapie / Michael Rentrop ; Rupert Müller ; Hans Willner (Hrsg.). - 8. Aufl. - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2025.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-5-TR / Dt. Ausg. hrsg. von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen. American Psychiatric Association. - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2025.
- Mentalisieren in der Psychotherapie / Carla Sharp ; Dickon Bevington. - 1. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Lust am kreativen Zerstören : Psychoanalyse und Behandlung pervertierender Mechanismen und Prozesse / Dieter Bürgin. - 1. Aufl. - Frankfurt a.M. : Brandes & Apsel, 2024.
- Therapie-Tools Psychodynamische Interventionen / Lena Barth. - 1. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Praxishandbuch Somatik und Psyche : Wissen über somatische Erkrankungen für alle, die in Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind / Alkomiet Hasan (Hrsg.). - 1. Aufl. - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2024.
- Psychopharmaka absetzen? : Warum, wann und wie? / Gerhard Gründer. - 2. Aufl. - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2025.
- Psychopharmakotherapie griffbereit : Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen / Jan Dreher. - 6., aktualis. und erw. Aufl. - Stuttgart : Thieme, 2024.
- Psychopharmaka reduzieren und absetzen : Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige / Peter Lehmann ; Craig Newnes (Hrsg.). - 1. Aufl. - Köln : Psychiatrie-Verl., 2024.
- Leitlinienorientierte Psychotherapie / Winfried Rief ; Martin Hautzinger ; Tania Lincoln ; Jürgen Margraf ; Brunna Tuschen-Caffier (Hrsg.). - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2024.
- Klinische Psychologie und Psychotherapie : ein verfahrensübergreifendes Lehr- und Lernbuch / Tobias Teismann ; Patrizia Thoma ... (Hrsg.). - 1. Aufl. - Göttingen : Hogrefe, 2024.
- Therapie-Basics Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) / Mareike Samaan ; Claudia Dambacher ; Jan Philipp Klein. - 1. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Therapie-Tools Progredienzangst in Familien mit chronisch kranken Kindern / Florian Schepper ; Sylvia Graupner ; Jessy Herrmann. - 1. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Psychotherapeutische Grundversorgung in der Gruppe : störungsübergreifend - verhaltenstherapeutisch - praxisorientiert / Merle Kaiser. - Paderborn : Junfermann, 2025..

- VT: Aktuelle Richtlinien - Aufnahme- und Antragsverfahren - Bericht an den Gutachter : schneller, leichter, kompetent / Margot Mütter. - 9., aktualis. Aufl. - Tübingen : dgvt, 2024.
- Kognitive Umstrukturierung : Techniken der Verhaltenstherapie / Franziska Einsle ; Katrin V. Hummel. - 2., vollst. überarb. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie / Judith S. Beck. - 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Therapie-Tools Kaufsucht / Astrid Müller ; Nora M. Laskowski ; Nadja Tahmassebi. - 2., neu ausgest. Aufl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- ICD-11: Neue Entwicklungen in Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen : Konzepte nachvollziehen und umsetzen / Peter Tyrer (Hrsg.). Dt. Ausg. hrsg. von Wolfgang Gaebel. - 1. Aufl. - Bern : Hogrefe, 2025.
- Naturtherapie : 75 Therapiekarten / Thorsten Späker ; Andrea Mirwald. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Queer-Schatzkiste für Therapie und Beratung : 120 Kartenimpulse für Jugendliche und Erwachsene / Falk Peter Scholz. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Ängste hypnotherapeutisch behandeln / Cornelia C. Schweizer. - Paderborn : Junfermann, 2024.
- Gemeinsam stark als Paar : 120 Impulse für Therapie und Beratung / Maren Sörensen. - Weinheim : Beltz, 2025.
- Hypnosystemisch wirksam : Impact-Methoden für die Praxis ; 64 Karten / Ina Hullmann. - Stuttgart : Schattauer, 2025.
- Kunsttherapeutische Interventionen : 75 Therapiekarten / Sarah Arriagada ; Hannah Elsche. - Weinheim : Beltz, 2025.
- Imagination : 75 Therapiekarten / Laura Seebauer ; Gitta Jacob. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Der ständige Stress im Kopf : Mental Load erkennen und reduzieren ; 77 Impulskarten für Psychotherapie und Beratung / Filomena Sabatella ; Isabel Willemse. Ill. Kati Rickenbach. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Trauer und Abschied : 80 Bildkarten für Therapie und Beratung / Susanne Büscher. - Weinheim : Beltz, 2025.
- ACT to go : Akzeptanz- und Commitmenttherapie für jeden Tag ; 80 Karten mit Übungen und Impulsen / Anja Meyer ; Sabine Svitak. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Paartherapie : 75 Therapiekarten / Guy Bodenmann ; Corinne Bodenmann-Kehl. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Rituale : 75 Therapiekarten / Marascha Daniela Heisig ; Sabine Lück. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Leben ohne Alkohol : Impulse für ein besseres Lebensgefühl, Gesundheit und Wohlbefinden ; 80 Karten für Therapie und Beratung / Katharina E. Kossmann ; Wolfgang Allerdings. - Weinheim : Beltz, 2025.

-
- Lebenswege : 60 Bildkarten für Therapie und Beratung / Susanne Büscher. - Weinheim : Beltz, 2024.
- Körperorientierte Emotionsregulation / Karolina Friese ; Daniela Botz. - Paderborn : Junfermann, 2024.
- Therapie psychischer Erkrankungen : State of the Art 2025 / Ulrich Voderholzer (Hrsg.). - 20. Aufl. - München : Urban & Fischer in Elsevier, 2025.
- Unter Verrückten sagt man du / Lea de Gregorio. - 1. Aufl. - Frankfurt am Main : Suhrkamp, 2024.
- Persönlichkeitsstörungen verstehen : zum Umgang mit schwierigen Klienten / Rainer Sachse ; Meike Sachse. - 12. Aufl. - Köln : Psychiatrie-Verl., 2024.
- DBT-Skillstraining : das Patienten-Manual / Martin Bohus. - Stuttgart : Schattauer, 2024.
- Die Suchtfibel : wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit / Ralf Schneider. - 22., korr. Aufl. - Baltmannsweiler : Schneider Hohengehren, 2024.
- Das Weddinger Modell : ein recoveryorientiertes Psychatriekonzept / Lieselotte Mahler ; Ina Jarchov-Jadi ; Christiane Montag ; Jürgen Gallinat. - 2., vollst. überarb. Aufl. - Köln : Psychiatrie-Verl., 2024.
- E-BOOKS
- Ängste hypnotherapeutisch behandeln; Schweizer, Cornelia C.,Kompetenz!Box Therapie&Beratung, 7. Auflage 2024
- The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology, Schatzberg, Alan F., 6th ed. 2024.
- Cannabiskonsum und psychische Erkrankungen, Büge, Michael, PraxisWissen, Band 17, 1. Aufl., 2024.
- Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die wichtigsten Therapieverfahren, Heedt, Thorsten, 2., aktualis. und überarb. Aufl., 2024.
- DBT-Skillstraining. Das Patienten-Manual, Bohus, Martin, 2024.
- EMDR-Intensivtherapie. Systemisch - fokussiert - effektiv, Altmeyer, Susanne, Leben lernen, Band 348, 2024.
- Gerontopsychiatrie multiprofessionell. Ein Praxislehrbuch, Hrewer, Walter, 1. Aufl., 2024.
- Gewalt und Zwang vermeiden. Leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen, Sauter, Dorothea, Psychosoziale Arbeitshilfen, Band 44, 1. Aufl., 2024.
- Hochfunktionale Depression - das übersehene Leiden. Ein Aufklärungsbuch, Hildebrandt, Michelle, 1. Aufl., 2024.
- Jahrbuch Forensische Psychiatrie 2024. Maßregelvollzug - Therapieverfahren - Pflege - Rechtsfragen - Ethik, Wallenstein, Bernd (Hrsg.), Eickelborner Schriftenreihe, 2024.
- Praxishandbuch Akutpsychiatrie, Mahler, Lieselotte, 1. Aufl. 2024.
- Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie, Beck, Judith S, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl., 2024.
-

Grundlagen und Möglichkeiten der Prävention¹⁾

Arno Deister

Präventive Aspekte werden in der Gesundheitspolitik in Deutschland insgesamt nur unzureichend umgesetzt. Dies gilt insbesondere auch für die Prävention psychischer Erkrankungen. Gerade hier ergeben sich jedoch vielversprechende Möglichkeiten, das Auftreten von manifesten Erkrankungen grundsätzlich zu verhindern oder zumindestens den Verlauf deutlich zu verbessern.

Sozioökonomische Situation

Wir geben in Deutschland inzwischen mehr als 500 Milliarden € pro Jahr für Gesundheit aus. Das entspricht mehr als 6.000 € pro Person. Für Gesundheitsförderung werden dabei lediglich ein Prozent, für Früherkennung nur 0,5 % aufgebracht (Abb. 1).

Etwa 14 % aller direkten Gesundheits-

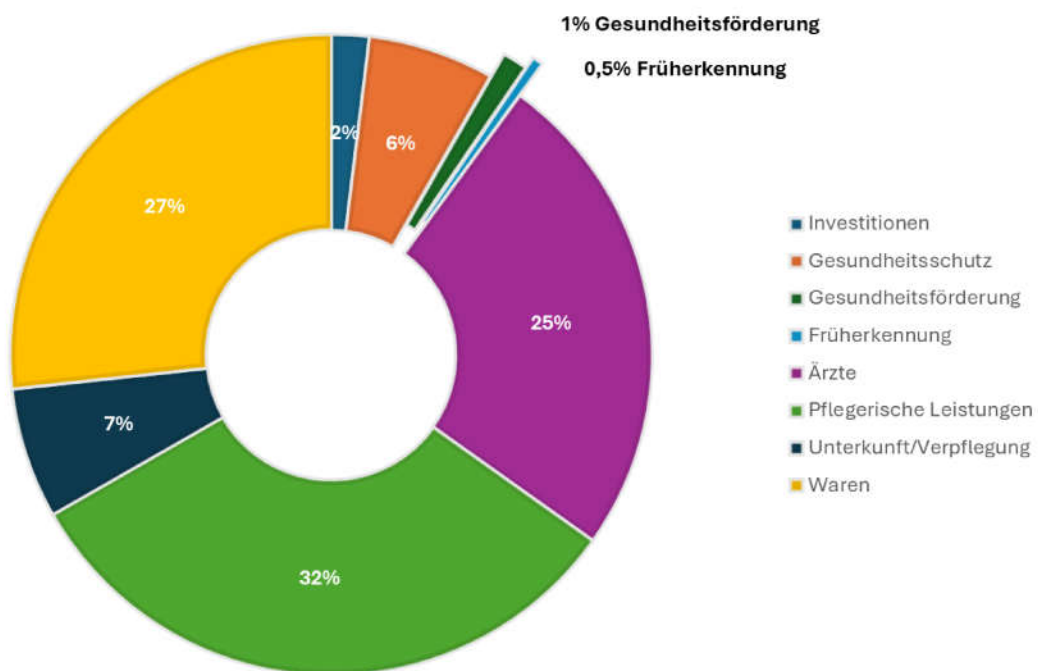


Abb. 1: Ausgaben für Gesundheit in Deutschland (relativ).

kosten entfallen auf psychische Erkrankungen. Addiert man dazu die indirekten Kosten - die etwa noch einmal das Doppelte der direkten Kosten umfassen - so ergeben sich Gesamtkosten in Höhe von etwa 200 Milliarden €. Das entspricht knapp 5 % des Bruttoinlandsproduktes. Die Ausgaben für präventive Maßnahmen durch die Krankenkassen nehmen sich demgegenüber äußerst bescheiden aus. Sie betragen aktuell etwa acht Euro pro Jahr und gesetzlich Versichertem. Bezogen auf ein Jahr würde das übrigens bedeuten, dass bereits am Vormittag des Neujahrstages sämtliche Gelder für die Prävention für das Gesamtjahr bereits ausgegeben wären [1] [2].

Bedeutung der seelischen Gesundheit

Die Daten zur selbst eingeschätzten seelischen Gesundheit zeigen, dass deutlich weniger als die Hälfte aller Menschen ihre seelische Gesundheit

als „gut“ oder „eher gut“ einschätzen. So trifft das nur für 34 % der Frauen und 42 % der Männer zu [3]. An der ersten Stelle derjenigen Faktoren, die die seelische Gesundheit beeinträchtigen, liegen Stressfaktoren. Dabei werden als häufigste Stressverursacher Arbeit, hohe Ansprüche an sich selbst und Erkrankungen von nahestehenden Personen angegeben. Gerade in den letzten Jahren sind die Menschen durch die vielfältigen Krisen – Corona-Pandemie, Ukraine-Krieg, Klimakrise - noch stärker belastet. Und letztlich führt das dazu, dass etwa ein Viertel aller Menschen im Lauf eines Jahres die Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllen. In erster Linie sind dies Angsterkrankungen, affektive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Und als besonders gravierend ist die Tatsache anzusehen, dass insgesamt 43 % aller vorzeitigen Begrenzungen mit einer psychischen Erkrankung begründet werden [3]. Auch die Zahl der Tage von Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen hat in



Abb. 2: Kosten für die Seelische Gesundheit pro Jahr in Deutschland

Deutschland inzwischen einen absoluten Höchststand erreicht und liegt etwa um 50 % höher als noch vor zehn Jahren. 24% der Menschen in Deutschland wissen nicht, wo sie hilfreiche Informationen zu psychischen Erkrankungen erhalten können. Bei psychischen Problemen finden es 36% der Bevölkerung schwierig, an passende Informationen zu gelangen und insgesamt findet es die Hälfte der Bevölkerung schwierig, mit Bekannten über seelische Probleme zu reden.

Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankung

Die Entstehungsbedingungen psychi-

scher Erkrankungen sind äußerst komplex. Die Weltgesundheitsorganisation hat wiederholt festgestellt, dass die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen nicht nur durch individuelle Merkmale beeinflusst werden, sondern auch durch die sozialen Umstände, in denen sich Menschen befinden und die Umgebung, in der sie leben. Die Frage, wie aus einer bestehenden Vulnerabilität letztendlich manifeste psychische Erkrankungen werden, ist schematisch in der Abb. 3 dargestellt.

Intraindividuelle Besonderheiten, insbesondere Alter, Geschlecht, neurobiologische Faktoren, aber auch Erfahrungen

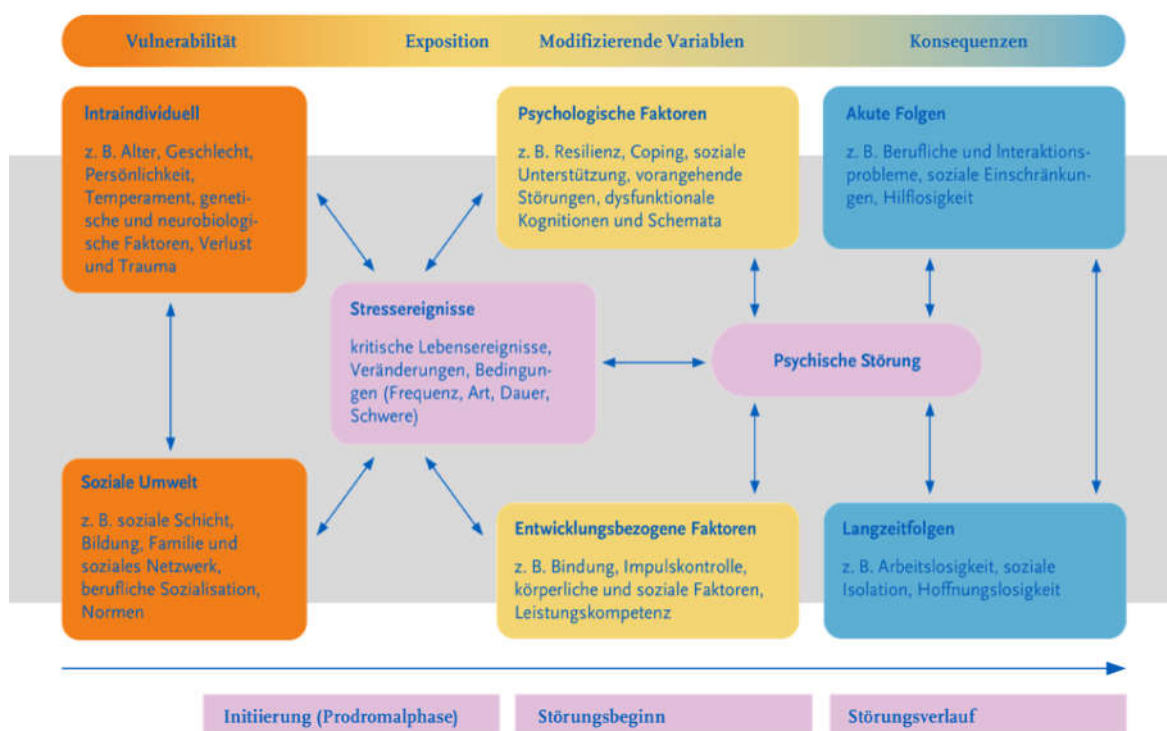


Abb. 3: Entwicklung und Verlauf psychischer Erkrankungen: Vulnerabilitäts-Stress-Modell; nach Wittchen 2011, RKI 2023

von Verlust und Trauma interagieren mit Faktoren der sozialen Umwelt, wie zum Beispiel der sozialen Schicht, Bildung, Familie, beruflicher Sozialisation und dem sozialen Netzwerk. Kritische Lebensereignisse und gravierende Veränderungen der Lebenssituation können die Situation verschärfen. Im Ergebnis werden psychische Störungen dann wahrscheinlicher, wenn das Gleichgewicht zwischen unterstützenden Faktoren auf der einen Seite und belastenden Faktoren auf der anderen Seite relevant gestört ist. Es geht präventiv in besonderer Weise darum, Faktoren der Resilienz auf allen Ebenen zu fördern und damit Copingmechanismen zu stärken.

Als Resilienz wird dabei die Fähigkeit gesehen, bei gleichzeitigem Vorliegen von Vulnerabilität und Risikofaktoren eine erfolgreiche Bewältigung zu erreichen. Dabei handelt es sich weniger um eine Persönlichkeitseigenschaft als um eine Person-Situation-Relation, die dadurch ge-

kennzeichnet ist, dass trotz vorliegender Risiken eine störungsfreie Entwicklung erfolgen kann. Eine Vielzahl von unterschiedlichen Aspekten kann letztlich präventiv wirksam werden: Gesundheitsförderung, Maßnahmen der Früherkennung, soziale Unterstützung, Stärkung von Teilhabe, Selbstmanagement, berufliche Gesundheitsförderung und vieles mehr.

Strategien der Prävention

Betrachtet man die mögliche Abfolge präventiver Maßnahmen, so können grundsätzlich zwei verschiedene Strategien unterschieden werden. Traditionell werden meistens „primäre Prävention“, „sekundäre Prävention“ und „tertiäre Prävention“ unterschieden. In der letzten Zeit hat sich jedoch eine starke operationale Einteilung in „universale Prävention“, „selektive Prävention“ und „indizierte Prävention“ durchgesetzt (Abb. 4 und 5).

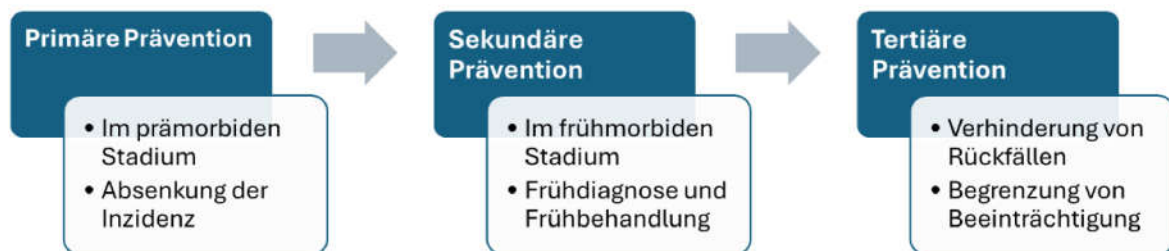


Abb. 4: Traditionelle Einteilung von Maßnahmen der Prävention



Abb. 5 : Operationale Einteilung von Maßnahmen der Prävention



Abb. 6: Soziale Einflussfaktoren auf psychischer Erkrankungen

Soziale Einflussfaktoren

Umfassende soziale und gesellschaftliche Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen sind gesichert. Insbesondere Armut, Alter, Wohnungslosigkeit und Faktoren der Migration stellen dabei Faktoren dar, die zu berücksichtigen sind und auf die im Rahmen einer „universalen Prävention“

direkt Einfluss genommen werden kann (Abb. 6).

Für diverse Faktoren lassen sich die Einflüsse auch quantifizieren. Belastend für Frauen sind insbesondere eine niedrige soziale Unterstützung, überdurchschnittlicher chronischer Stress, niedriger sozioökonomischer Status, keine feste

Partnerschaft, Arbeitslosigkeit und Leben in der Großstadt. Für Männer stehen im Vordergrund eine überdurchschnittliche Stressbelastung, sozioökonomische Belastung, fehlende soziale Unterstützung und Arbeitslosigkeit. Die Abb. 7 stellt diese Zusammenhänge dar.

Maßnahmen der Prävention

Entsprechend den oben genannten präventiven Strategien können Maßnahmen zur Prävention noch ganz unterschiedli-

- ♦ Maßnahmen zur Prävention in der Gesellschaft
- ♦ Maßnahmen zur Prävention im Gesundheitssystem
- ♦ Individuelle Maßnahmen zur Prävention

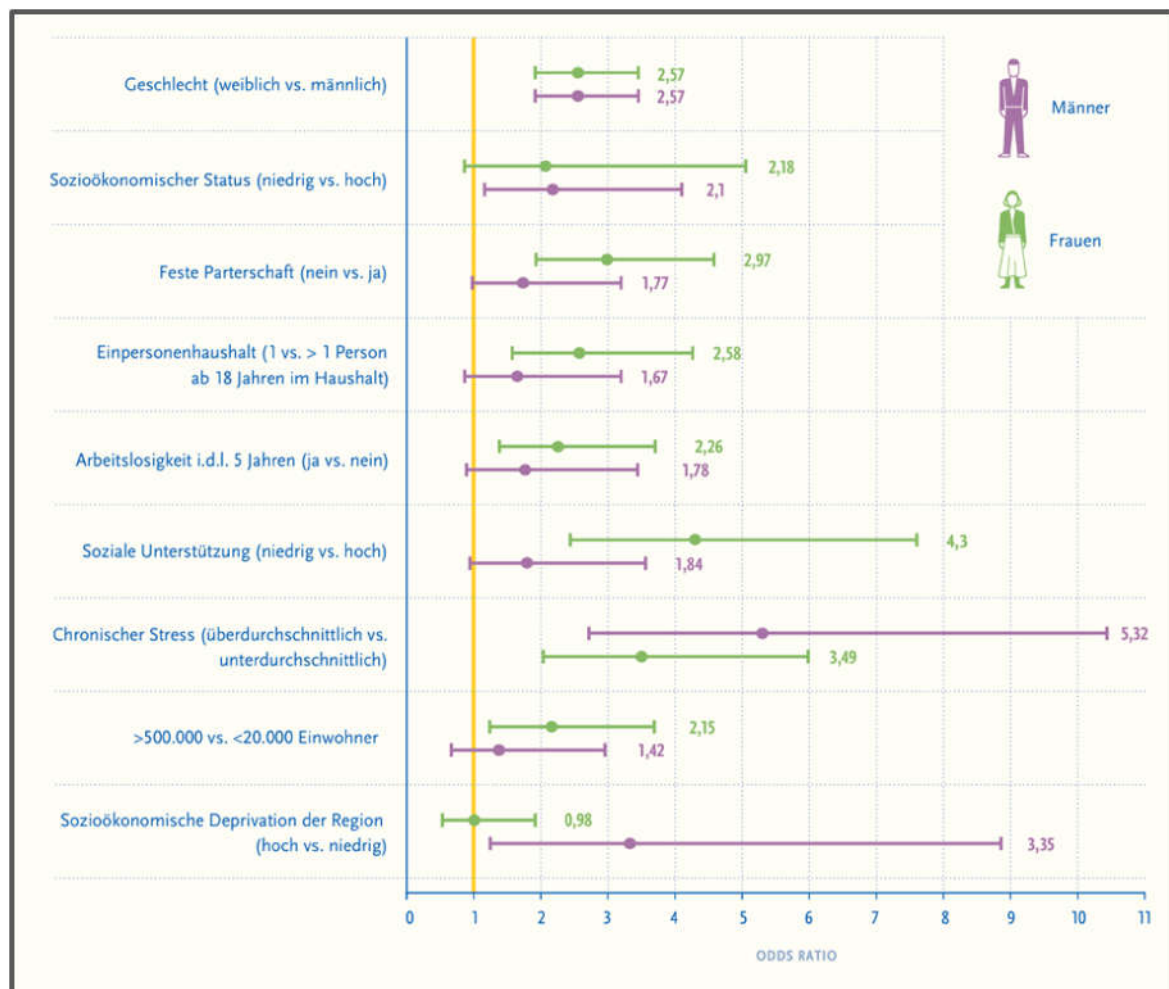


Abb. 7: Einflussgrößen auf die Entstehung psychischer Störungen (nach [5])



Abb 8: Maßnahmen der Prävention

Maßnahmen in der Gesellschaft

Hierbei kommt der sozialen Unterstützung insgesamt eine besondere Funktion zu. Dabei geht es im Wesentlichen um die Förderung der verantwortlichen Teilhabe an der Gesellschaft und (damit) um eine Verminderung der sozialen Distanz zwischen Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Menschen ohne eine psychische Erkrankung. Dies trägt auch zur Entstigmatisierung bei. Dafür wesentliche Maßnahmen sind die Vermittlung von Information und Wissen für die Allgemeinbevölkerung, die Durchführung von Informationskampagnen und Aktionswochen sowie in besonderer Weise Maßnahmen zur Sensibilisierung von politischen Entscheidungsträgern. Durch solche Maßnahmen kann der Prozess

durchbrochen und damit die Belastung von Menschen mit psychischen Erkrankungen reduziert werden.

Ein weiterer Ansatz sind wirksame Maßnahmen gegen Einsamkeit, die zunehmend zu einem sozialen Problem und zu einer Belastung in der Allgemeinbevölkerung wird. Im Vordergrund stehen dabei eine Sensibilisierung der Bevölkerung für dieses Thema, niedrigschwellige Kontaktangebote für betroffene Menschen und die Schaffung von sinnhaften Aufgaben.

Auch die Unterstützung im beruflichen Bereich durch unterstützte Beschäftigung, Wissensvermittlung an Führungskräfte, Verbesserung des Arbeitsklimas und Maßnahmen der beruflichen Wieder-

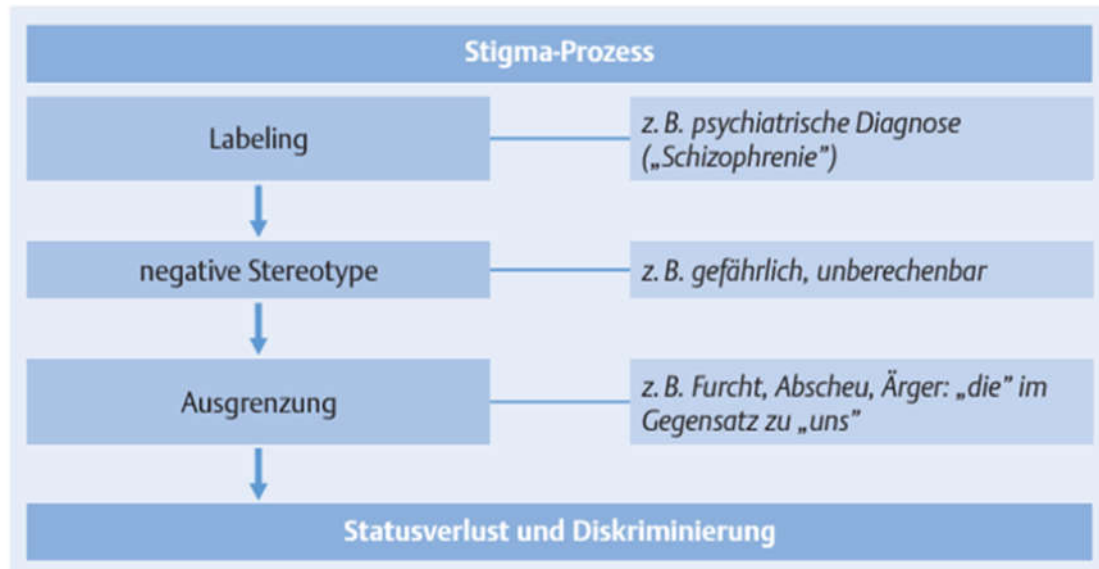


Abb. 9: Der Prozess der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

eingliederung können auf dieser Ebene wesentliche präventive Aspekte sein. Darüber hinaus ist es sinnvoll, für spezielle Gruppen von Menschen spezifische Maßnahmen anzubieten, zum Beispiel Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus psychisch belasteten Familien, Maßnahmen zur Suizidprävention und zur Prävention des Konsums von Drogen und Alkohol.

Maßnahmen im Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch ausufernde Komplexität und damit einhergehende Unübersichtlichkeit aus. Die Abbildung 10 gibt einen Eindruck davon. Veränderung der Strukturen der Finanzierung des Gesundheitswesens erscheinen in jedem Fall geeignet, präventive Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen relevant zu unter-

stützen. Im Rahmen einer verbesserten Vernetzung der Angebote können soziale Einschränkungen reduziert werden und somit zu besserer sozialer Integration beitragen. Wichtig erscheint dabei, dass die jeweiligen Angebote verbindlich sind und dass damit Verantwortung für die Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Region übernommen wird. Die angebotenen Maßnahmen müssen sehr viel besser als bisher gesteuert werden. Die Steuerung der Versorgung sollte auf regionaler Ebene erfolgen und zu einem effizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen führen.

Die veränderten Strukturen müssen durch eine veränderte Finanzierung unterstützt werden. Der bisher bestehende fast ausschließliche Bezug auf stationäre Maßnahmen muss aufgegeben werden. Das Geld muss sich vom Bett lösen

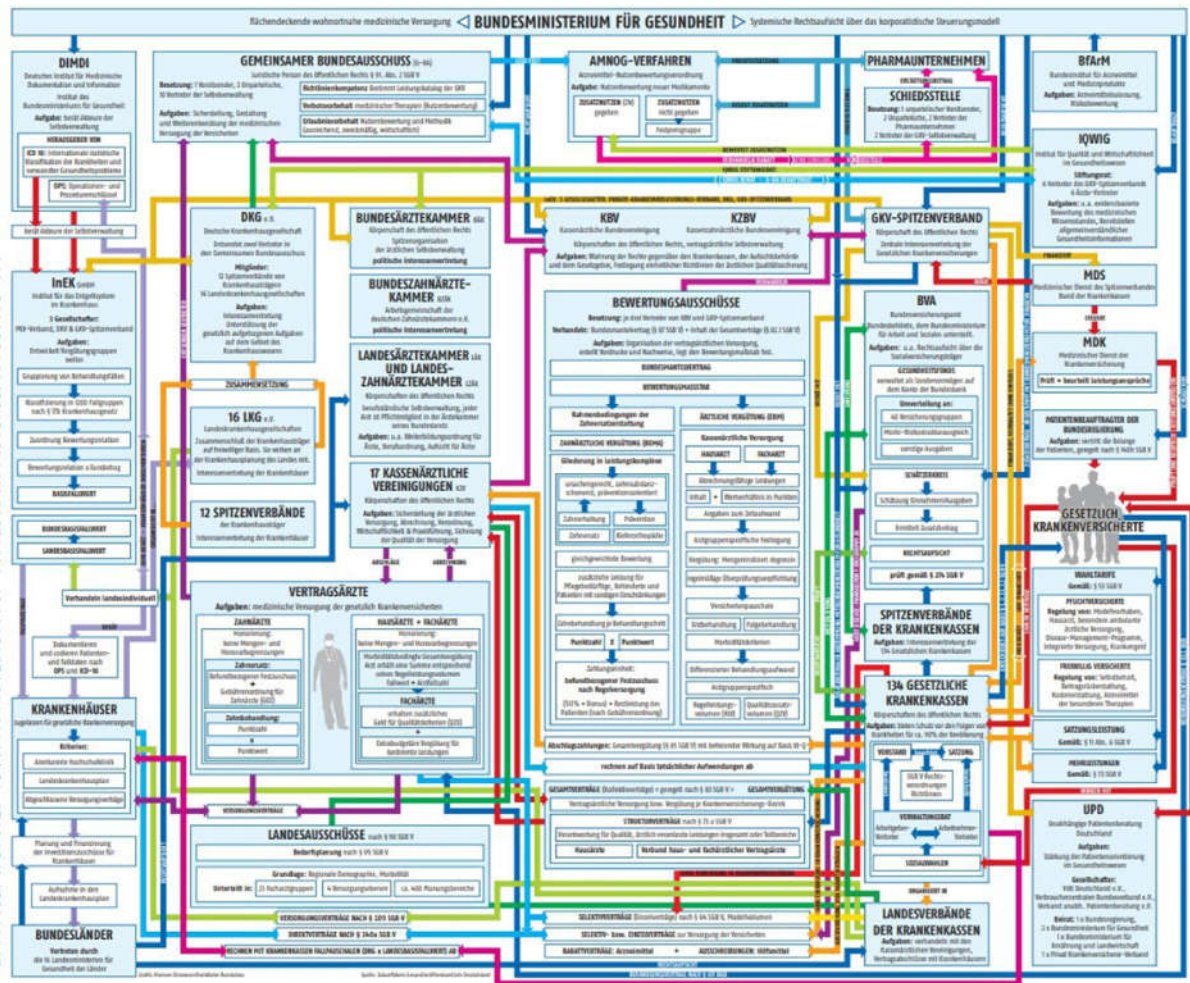


Abb. 10: Das deutsche Gesundheitswesen im Überblick [7]

und finanzielle Fehlanreize zur Erbringung unnötiger Leistungen müssen vermieden werden. Im Gegenzug sollte die Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung massiv ausgebaut werden.

Ein Beispiel für eine verbesserte Angebotsstruktur ist auch die Behandlung zu Hause (Home Treatment). Dabei han-

delt es sich nicht nur um ein anderes Setting, sondern letztlich um ein anderes Verständnis von therapeutischen Maßnahmen. Patientinnen und Patienten übernehmen dabei eine stärkere Verantwortung für ihre Gesundheit und deren soziale Bindungen werden gefördert. Bei all diesen Maßnahmen ist zu beachten, dass sie im Alltag der Patienten in der Region stattfinden müssen [6].

Individuelle Maßnahmen

Auf der individuellen Ebene können zahlreiche Maßnahmen ergriffen werden. Eine soziale Einbindung in die jeweiligen Lebenswelten stellt dabei eine der wesentlichen Voraussetzungen dar. Darin können soziale Fertigkeiten verbessert werden und soziale Aktivitäten werden gefördert.

Im Rahmen eines individuellen Stressmanagements sollen Strategien zur Problemlösung erlernt werden. Dabei können insbesondere auch moderne Web-basierte Methoden eingesetzt werden. Die Grundlage von Maßnahmen auf dieser Ebene ist sicherlich eine Stärkung der Achtsamkeit. In diesem Zusammenhang sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen lernen, sowohl auf sich zu achten, als auch ihre eigene Person und sich selbst zu achten..

Diese Maßnahmen sollten im Zusammenhang mit den Konzepten von Recovery und Empowerment stehen. Recovery beschreibt dabei einen Weg, trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu führen. Dabei beinhaltet Recovery auch die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben.

Nicht vergessen werden sollten dabei die klassischen Maßnahmen der Verhaltensprävention wie Bewegungsförderung, sportliche Aktivitäten, gesunde Ernährung und der Erwerb von Wissen über psychische Erkrankungen.

Die beschriebenen präventiven Maßnahmen sind Ausdruck einer gesellschaftlichen Verantwortung für Menschen mit

psychischen Erkrankungen. Bereits in der Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 war - noch heute sehr aktuell - formuliert worden, dass eine Gesellschaft sich daran messen lassen muss, wie viele Mittel sie trotz knapper Ressourcen aufbringen will, um Menschen mit psychischen Erkrankungen das Leben zu erleichtern.

Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt (www.destatis.de)
- [2] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2024_GKV_MD_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf
- [3] <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Psychische-Gesundheit-und-Stoerungen/psychische-gesundheit-und-psychische-stoerungen-node.html>
- [4] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/3067cbcf50e837c89e2e9307ceca8cc901f6da8/DGPPN_Factsheet_Kennzahlen.pdf
- [5] Robert Koch-Institut (Hrsg.). PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND. Erkennen - Bewerten - Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene. Berlin: RKI; 2021
- [6] Deister A. Zukunft.Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2022
- [7] <https://www.reddit.com/media?url=https%3A%2F%2Fi.redd.it%2F5xt4nt4obhx31.jpg>

Korrespondenzadresse

Prof: Dr.med. Arno Deister
Itzehoe

Email: arno.deister@t-online.de

Behandlungsoptionen bei Betroffenen während und nach einer Traumatisierung – PTBS, komplexe PTBS, Akuttrauma und ongoing-Trauma¹⁾

Markus J. Pausch

Traumatische Erfahrungen können tiefgreifende Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen haben. Insbesondere ongoing-Trauma, also fortdauernde oder wiederholte traumatische Erlebnisse, stellt eine besondere Herausforderung für die Behandlung dar.

1.0 Behandlungsoptionen bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Erkrankung, die als Reaktion auf extrem belastende oder traumatische Ereignisse auftreten kann. Zu den häufigsten Auslösern zählen Kriegserfahrungen, sexuelle Übergriffe, Naturkatastrophen und schwere Unfälle. PTBS kann erhebliche Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben und erfordert oft eine umfassende Behandlung.

1.1. Klassifikationssysteme

Die Definition des Begriffs Trauma, sowie die diagnostische Erfassung der Traumafolgestörung, haben sich über die Jahre hinweg verändert und weiterentwickelt. 1980 wurde die Posttraumatic Stress Disorder erstmalig in das DSM-II aufgenommen. Das Internationale Klas-

sifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), folgte dem 12 Jahre später, als die Posttraumatische Belastungsstörung in das ICD-10 eingeführt wurde.

1.1.1 ICD-10 und ICD-11

Das ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision), definiert PTBS unter dem Code F43.1. Ein Trauma wird dabei als ein Ereignis von kürzerer oder längerer Dauer von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde (ICD-10).

Neben dem Erleben eines Traumas, welches als A-Kriterium bezeichnet wird, sind für die Stellung der Diagnose einer PTBS drei Symptome erforderlich.

- ♦ Wiedererleben des Traumas: dazu gehören Intrusionen, Flashbacks, Alpträume und belastende Gedanken.
- ♦ Vermeidungsverhalten: Betroffene vermeiden Orte, Menschen oder Aktivitäten, aber auch Gedanken und Gefühle, welche Erinnerungen an das Trauma hervorrufen.

- ♦ Hyperarousal: hierzu gehören ein allgemein erhöhtes Erregungsniveau, Ein- / Durchschlafstörungen, eine erhöhte Reizbarkeit, aber auch eine erhöhte Schreckhaftigkeit, sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.

Zudem kann es zu negativen Veränderungen in Gedanken und Stimmung kommen. Dazu zählen Schuldgefühle, Scham und ein allgemeines Gefühl der Entfremdung.

Das ICD-10 legt besonderen Wert darauf, dass die Symptome innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis auftreten.

Mit der Einführung der ICD-11 im Jahr 2019 wurden Änderungen in der Klassifikation und den diagnostischen Kriterien für PTBS vorgenommen. Zum einen wurde die Definition des Begriffes Trauma verändert, so dass nun darunter ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß zu verstehen ist (ICD-11).

Die Qualifikation des Kriteriums Ausmaß, das Dies bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde (ICD-10), wurde gestrichen.

Die weiteren Hauptsymptome (Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal) blieben unverändert. Bezüglich des Zeitkriteriums wurde die Notwendigkeit, dass die Symptome innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis auftreten müssen, gestrichen. Für die Diagnose einer PTBS nach ICD-11 ist nun als zeitliches Kriterium nötig, dass die Symptome mindestens einigen Wochen andauern. Der Zeitpunkt des Beginns der Symptome sowie die Dauer dieser ist nicht mehr so stark betont.

Diese Änderungen reflektieren ein besseres Verständnis von PTBS und deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen sowie eine modernere Herangehensweise an psychische Erkrankungen insgesamt.

ICD-10: Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

A-Kriterium Trauma:

Ereignis von kürzerer oder längerer Dauer von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde

Kernsymptome:

- 1) intrusives Wiedererleben
- 2) Vermeidungsverhalten
- 3) Hyperarousal

Symptome treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis (oder dessen Ende) auf

ICD-11: Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)

A-Kriterium Trauma:

Belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß

Kernsymptome:

- 1) intrusives Wiedererleben
- 2) Vermeidungsverhalten
- 3) Hyperarousal

*Die Symptome dauern **mindestens einige Wochen** an*

Abb. 1: Diagnosekriterien der PTBS nach ICD-10 und ICD-11

1.1.2 DSM-5

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), herausgegeben von der American Psychiatric Association, definiert PTBS als eine Störung, die nach einem traumatischen Ereignis auftritt.

Als ein traumatisches Ereignis wird hier eine Todesbedrohung, die Bedrohung einer ernsthaften Verletzung oder das Erleben einer sexuellen Gewalt verstanden. Es gibt im DSM-5 vier mögliche Expositionswege. Zum einen kann eine Person selbst dem traumatischen Ereignis ausgesetzt sein. Die Person kann Zeuge einer Situation sein, in der einer anderen Person das traumatische Ereignis widerfährt. Eine dritte Möglichkeit ist, dass die Person mitgeteilt bekommt, dass eine ihr nahestehende Person ein oben genanntes Ereignis erlebt hat. Die letzte Möglichkeit ist die wiederholte Konfrontation mit Details einer traumatischen Situation, z.B. durch Erzählungen von traumatisierten Personen. Hierbei ist vor allem an eine etwaige Sekundärtraumatisierung zu denken.

Auf der Symptomebene decken sich die Kriterien des DSM-5 mit denen des ICD-11, es werden intrusive Symptome, Vermeidungsverhalten sowie Veränderungen in der Erregung und Reaktivität (Hyperarousal) gefordert. Zudem kann es zu negativen Veränderungen in Kognition und Stimmung kommen, hierzu zählen negative Überzeugungen über sich selbst oder andere, Schuld- oder Schamgefühle sowie emotionale Taubheit.

Die Symptome müssen länger als einen Monat bestehen bleiben und signifikante

Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen.

1.2 Therapieplanung bei einer PTBS

Die Behandlungsplanung für PTBS erfordert eine umfassende Berücksichtigung verschiedener Faktoren, um eine effektive Therapie zu gewährleisten. Deshalb sind bei der Behandlungsplanung mehrere wichtige Aspekte zu berücksichtigen.

Zunächst ist eine gründliche Diagnostik wichtig. Dazu gehören die Erfassung der Symptome, die Dauer der Beschwerden und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben. Standardisierte Fragebögen können hilfreich sein. Die Schwere der PTBS-Symptome sollte bewertet werden, um die geeignete Behandlungsmethode auszuwählen (American Psychiatric Association, 2013).

In einem weiteren Schritt sollten die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen erhoben werden. Jede:r Patient:in kommt mit unterschiedlichen Erfahrungen, Symptomen, Erwartungen und Hoffnungen in die Behandlung. Die Behandlung sollte individuell angepasst werden, um den spezifischen Bedürfnissen der Patient:innen gerecht zu werden (Herman, 1997).

Bei der Behandlungsplanung sollten mit den Patient:innen gemeinsam realistische Therapieziele definiert und die Fortschritte regelmäßig evaluiert werden.

Viele Menschen mit PTBS leiden auch unter anderen psychischen Erkrankungen, wie Depressionen oder Angststörungen. Diese sollten ebenfalls in die

Behandlungsplanung einbezogen werden (Kessler et al., 1995).

Die Rolle von Familie und Freunden kann entscheidend für den Heilungsprozess sein. Die Einbeziehung sozialer Unterstützung in die Behandlung kann hilfreich sein und den Heilungsprozess fördern (Brewin et al., 2009).

Es gibt mittlerweile viele verschiedene evidenzbasierte Therapieformen, die bei PTBS eingesetzt werden können.

Als traumafokussierte Psychotherapien haben sich folgende als erfolgreich gezeigt:

- ♦ *Kognitive Therapie nach Ehlers und Clark*

Diese Form der kognitiven Therapie fokussiert sich auf die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen und deren Einfluss auf das gegenwärtige Leben der Patient:innen. Ehlers und Clark betonen die Bedeutung maladaptiver Kognitionen in der Entstehung von PTBS (Ehlers & Clark, 2000). KVT hat sich als wirksam erwiesen zur Reduktion von PTBS-Symptomen. Sie konzentriert sich auf die Identifizierung und Veränderung dysfunktionaler Gedankenmuster (Hofmann et al., 2012)

- ♦ *CPT (Cognitive Processing Therapy)*

CPT ist ein strukturiertes kognitives Therapieprogramm für PTBS-Patient:innen. Es zielt darauf ab, dysfunktionale Gedankenmuster zu identifizieren und zu verändern. Studien belegen die Wirksamkeit von CPT bei der Reduktion von PTBS-Symptomen (Resick et al., 2017).

- ♦ *DBT-PTSD (Dialektisch Behaviorale Therapie für PTSD)*

Diese Methode hat sich als hilfreich erwiesen für Patient:innen mit einer komplexer PTBS, insbesondere bei emotionaler Dysregulation (Harned et al., 2012).

- ♦ *Prolongierte Exposition*

Die prolongierte Exposition ist eine Form der Verhaltenstherapie, bei der Patient:innen schrittweise mit ihren traumatischen Erinnerungen konfrontiert werden. Diese Methode hat sich als effektiv erwiesen zur Reduktion von Angst und Vermeidungssymptomen bei PTBS (Foa et al., 2007).

Bei der Behandlungsplanung sollte darauf geachtet werden, dass es möglichst frühzeitig zu einer traumafokussierten Arbeit in der Psychotherapie, also zu einer Konfrontation mit belastenden Erinnerungen oder eine direkte Auseinandersetzung mit den Traumaerinnerungen, kommt, da ein solches Vorgehen einem nicht-traumafokussierten überlegen ist (Hoppen et al., 2023).

1.3 Therapieplanung bei einer komplexen PTBS – Vom phasenorientiertem, zum individuell-modularem Vorgehen

Eine komplexe PTBS resultiert häufig aus wiederholten oder langanhaltenden Traumata, wie z.B. sexuelle Gewalt.

Als eigenständige Diagnose kann die komplexe PTBS erst seit dem ICD-11 vergeben werden.

Die Diagnose basiert auf dem Konzept

von Judith Herman, welche die seelischen Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit durch sexuelle und körperliche Gewalt, sowie durch Vernachlässigung systematisierte (Hermann, 1997). Judith Hermans Konzept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung von 1999 beinhaltet folgende Aspekte:

- ♦ Störung der Selbstwahrnehmung,
- ♦ Störung der Beziehungsgestaltung,
- ♦ Veränderung persönlicher Glaubens- / Wertvorstellungen,
- ♦ Affektregulationsstörung,
- ♦ Dissoziationen und
- ♦ somatoforme Körperbeschwerden.

Die Diagnose einer komplexen PTBS sollte sorgfältig gestellt werden, da sie sich von der klassischen PTBS unterscheidet. (Herman, 1997; Cloitre et al., 2013).

Im ICD-11 sind für die Diagnose der komplexen PTBS als A-Kriterium langandauernde oder wiederholende traumatische Ereignisse, aus dem ein Entkommen nur schwer oder gar nicht möglich war gefordert.

Zudem werden auf der Symptomebene zunächst die Kernsymptome der PTBS (Wiedererleben, Vermeidung, Hyperarousal) gefordert, welche manchmal auch als Traumatrias bezeichnet werden.

Darüber hinaus wird eine Störung der Selbstorganisation gefordert, welche sich in den drei folgenden Bereichen zeigt:

- ♦ Störung der Affektregulation,
- ♦ negatives Selbstkonzept,
- ♦ Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen / aufrechtzuhalten.

Zeichen von Störungen der Affektregulation können z. B. generelle Ängstlichkeit, Angst und Panikattacken sein, aber auch Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, ein Gefühl der Leere reduzierte Frustrationstoleranz, erhöhte Reizbarkeit, Aggressivität, sowie Selbstverletzungen und Suizidalität.

Ein negatives Selbstkonzept zeigt sich häufig als Gefühl von Versagen und Wertlosigkeit. Es gibt Schwierigkeiten mit Selbstfürsorge, aufgrund der Überzeugung keine selbstfürsorgerischen Handlungen zu verdienen. Es treten Schuld- und Schamgefühle auf.

ICD-11: komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)

A-Kriterium Trauma:

langandauernde oder wiederholende traumatische Ereignisse, aus denen ein Entkommen nur schwer oder gar nicht möglich war

Traumatrias (=Kernsymptome der PTBS):

- 1) Wiedererleben
- 2) Vermeidung
- 3) Hyperarousal

Trias der Störung der Selbstorganisation

- 1) Störung der Affektregulation
- 2) Negatives Selbstkonzept
- 3) Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen/aufrechtzuhalten

Abb. 2: Diagnosekriterien der kPTBS nach ICD-11

Schwierigkeiten in Beziehungen äußern sich meist darin, dass die Betroffenen nahe Beziehungen vermeiden und ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber Menschen hegen. Konflikte werden meist vermieden, oft in der Angst vor einer Retraumatisierung. Oft führt dieses Verhalten zu einer starken Isolation und sozialer Rückzug.

Die Behandlung von kPTBS erfordert Geduld und Sensibilität seitens der Therapeut:innen sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in, um einen sicheren Raum für die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen zu schaffen. Der Aufbau einer stabilen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist besonders wichtig, da viele Patient:innen große Schwierigkeiten haben, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen (Herman, 1997; Ogden et al., 2006).

Sowohl bei der Behandlung der non-komplexen, als auch der komplexen PTBS, wird meist ein phasenorientiertes Vorgehen empfohlen. Die klassischen drei Phasen in der Traumatherapie sind Stabilisierung, Konfrontation und Reorientierung. Aus diesem phasenorientierten Vorgehen ergeben sich zwei Fragen. Erstens, was sind objektive Kriterien, dass eine ausreichende Stabilität vorliegt, um zu einer Konfrontationsbehandlung überzugehen. Und zweitens, ist eine vorherige Stabilisierungsphase überhaupt nötig.

Mindestens zwei Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass das Vorschalten einer Stabilisierungsphase, z.B. Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation (STAIR), keinen Vorteil zu ei-

ner alleinigen Konfrontationsbehandlung hat (Opriel et al., 2021; Hoeboer et al., 2021).

Ausgehend hiervon sollte ein Wechsel von einer obligat-phasenorientierten, zu einer individuell-modularen Vorgehensweise stattfinden. Im Rahmen der Behandlungsplanung sollte bei der Diagnose einer komplexen PTBS zunächst eine ausführliche Analyse dahingehend stattfinden, welche Gründe und Argumente (z.B. Symptome, dysfunktionalen Verhaltensweisen, Komorbiditäten) gegen eine Konfrontationsbehandlung sprechen. Diese Gründe sollten dann hierarchisiert werden und die Patient:innen erhalten dann eine individuell-modulare Behandlung, immer mit dem Ziel nur das zu behandeln, was einer Konfrontationsbehandlung noch im Wege steht.

Mögliche Module in einer solchen Behandlung könnten wie folgt gestaltet sein:

- ♦ *Modul „Therapie- und Veränderungsmotivation“*

Im Rahmen dieses Modules sollte geklärt werden, ob die Patient:innen ausreichend Motivation für die Therapie und die damit verbundenen Veränderungen haben, ob ein ausreichendes Verständnis für eine Therapie gegeben ist und welche Ziele erreicht werden sollen. Zudem sollte in diesem Modul eine ausführliche Er- und Aufklärung über die jeweiligen äußeren Faktoren der Therapie, sowie die grobe Behandlungsplanung stattfinden.

-
- ♦ *Modul „Sicherheit“*
Fokus hierbei sollte zunächst die Klärung der äußeren Sicherheit sein. Hierunter sollte sowohl die äußere Sicherheit vor Täter:innen fallen, als auch Aspekte wie Finanzen, Wohnung, Arbeit, körperliche Erkrankungen, usw.. Darüber hinaus geklärt werden, welche (straf-) rechtlichen Schritte noch geplant sind.
 - ♦ *Modul „Selbstwert“*
Fokus in diesem Modul ist das Diagnosekriterium „negatives Selbstkonzept“. Hierbei geht es häufig um die therapeutische Arbeit an einem negativer Selbstwert, an Schuld und Scham, soweit sie einer Konfrontationsbehandlung im Wege stehen.
 - ♦ *Modul „Beziehungen“*
Dieses Modul nimmt das dritte Diagnosekriterium der kPTBS in den Fokus, nämlich „Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen / aufrechtzuhalten“.
 - ♦ *Modul „Dissoziation“*
Da dissoziative Symptome bei Betroffenen einer kPTBS häufig sind und einer Traumabearbeitung im Wege stehen, sollten sie in diesem Modul in den Fokus gerückt werden. Ziel dieses Moduls ist es ausreichend anti-dissoziative Strategien etabliert zu haben, so dass eine Konfrontationsbehandlung möglich ist.
 - ♦ *Modul „Konfrontation“*
In diesem Modul sollte nun die Konfrontationsbehandlung stattfinden.
 - ♦ *Modul „Therapieende“*
Hierbei stehen die Beendigung der Therapie im Fokus.
- ## 1.4 EMDR
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine evidenzbasierte Therapieform zur Behandlung der PTBS. Sie beinhaltet bilaterale Stimulation durch Augenbewegungen oder taktile Reize während des Erinnerns an das Trauma. Studien zeigen signifikante Verbesserungen bei Patienten mit PTBS nach EMDR-Behandlungen (Shapiro, 2014).
- EMDR wurde von Francine Shapiro entwickelt und basiert auf der Annahme, dass traumatische Erinnerungen nicht richtig verarbeitet werden, was zu anhaltenden emotionalen und psychologischen Problemen führt (Shapiro, 1989). Die Therapie umfasst acht Phasen, darunter Anamnese, Vorbereitung, Bewertung, Desensibilisierung, Installation positiver Überzeugungen, Körperüberprüfung, Abschluss und Neubewertung (Shapiro & Maxfield, 2002).
- Die genauen Wirkmechanismen von EMDR sind noch nicht vollständig verstanden. Es gibt jedoch mehrere Hypothesen und empirische Befunde, die zur Erklärung der Wirksamkeit beitragen: Ein zentrales Element von EMDR ist die bilaterale Stimulation (BLS), typischerweise in Form von Augenbewegungen. Diese Stimulation soll dazu beitragen, die Verarbeitung traumatischer Erinne-

rungen zu fördern. Studien zeigen, dass BLS möglicherweise ähnliche neurologische Effekte wie REM-Schlaf hat und somit die emotionale Verarbeitung unterstützt (Stickgold & Walker, 2005).

Durch die wiederholte Konfrontation mit belastenden Erinnerungen während der bilateralen Stimulation wird eine Desensibilisierung gegenüber den negativen Emotionen erreicht. Dies geschieht durch eine Neuverknüpfung der Erinnerungen im Gedächtnis (Foa et al., 2009). EMDR fördert auch die kognitive Umstrukturierung. Während der Therapie werden negative Überzeugungen über sich selbst identifiziert und durch positive Überzeugungen ersetzt. Dies kann zu einer signifikanten Veränderung des Selbstbildes führen (Cloitre et al., 2010).

EMDR hilft dabei, traumatische Erlebnisse in das autobiografische Gedächtnis zu integrieren. Dies geschieht durch die Verarbeitung der Emotionen und Gedanken im Zusammenhang mit dem Trauma, wodurch eine adaptive Integration ermöglicht wird (Hofmann et al., 2012). Neurowissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass EMDR Veränderungen in der Gehirnaktivität bewirken kann. Insbesondere wurden Veränderungen in Bereichen beobachtet, die mit Emotionen und Gedächtnis assoziiert sind, wie dem Hippocampus und der Amygdala (Van der Kolk et al., 2007). In ihrem Artikel im Nature Magazin untersucht Hinhee Baek die neurobiologischen Grundlagen von Trauma und deren Auswirkungen auf das Gehirn. Sie hebt hervor, dass traumatische Erfahrungen nicht nur psychische Symptome

hervorrufen können, sondern auch physiologische Veränderungen im Gehirn bewirken können. (Baek H., et al., 2023).

Die Amygdala spielt eine zentrale Rolle bei der Verarbeitung emotionaler Informationen und ist entscheidend für die Entstehung von Angstreaktionen. Bei PTBS-Patienten zeigt die Amygdala oft eine übermäßige Aktivität, was zu einer verstärkten Angstreaktion führt. Baeks Forschung legt nahe, dass EMDR durch bilaterale Stimulation die Aktivität der Amygdala modulieren kann. Dies könnte dazu beitragen, die emotionale Intensität traumatischer Erinnerungen zu verringern und eine adaptivere Verarbeitung zu ermöglichen (Baek et al., 2020).

Der Thalamus fungiert als zentrale Umschaltstelle für sensorische Informationen im Gehirn. Er spielt eine wichtige Rolle bei der Weiterleitung von Informationen an den Kortex und anderen Hirnregionen. Laut Baek könnte EMDR durch die bilaterale Stimulation den Thalamus aktivieren und somit die Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen erleichtern. Diese Aktivierung könnte dazu führen, dass Informationen effizienter verarbeitet werden und weniger emotional belastend sind (Baek & Kim, 2021).

Die Vierhügelplatte (Tectum) ist ein Teil des Mittelhirns und spielt eine wichtige Rolle bei der visuellen Verarbeitung sowie bei reflexiven Bewegungen. Baek postuliert, dass die Aktivierung dieser Region während der EMDR-Sitzungen durch visuelle Stimuli (z.B. Augenbewegungen) eine zusätzliche Dimension zur

Verarbeitung traumatischer Erinnerungen hinzufügt. Diese Aktivierung könnte helfen, visuelle Erinnerungen mit weniger emotionalem Stress zu verknüpfen (Baek et al., 2022).

Um die neurobiologischen Mechanismen hinter EMDR besser zu verstehen, hat Baek ein Mausmodell entwickelt. In diesen Experimenten wurden Mäuse gezielt mit stressauslösenden Stimuli konfrontiert, gefolgt von einer Anwendung von EMDR-Techniken in Form von bilateraler Stimulation.

Die Ergebnisse zeigten signifikante Veränderungen in der neuronalen Aktivität in den oben genannten Regionen – insbesondere in der Amygdala und dem Thalamus – was darauf hindeutet, dass EMDR tatsächlich neurobiologische Veränderungen bewirken kann (Baek et al., 2023). Dieses Modell bietet wertvolle Einblicke in die Mechanismen hinter EMDR und unterstützt die Hypothese, dass diese Therapieform nicht nur psychologisch wirksam ist, sondern auch tiefgreifende neurobiologische Effekte hat.

Die Forschung von Hinhee Baek liefert wichtige Erkenntnisse über die neurobiologischen Grundlagen von EMDR. Durch das Verständnis der Rollen von Amygdala, Thalamus und Vierhügelplatte können Therapeuten besser nachvollziehen, wie EMDR funktioniert und warum es bei vielen Patienten so effektiv ist. Zukünftige Studien sollten sich darauf konzentrieren, diese Mechanismen weiter zu erforschen und mögliche therapeutische Anwendungen zu erweitern.

Die Wirksamkeit von EMDR ist durch zahlreiche Studien belegt worden. Meta-

Analysen zeigen signifikante Effekte bei der Reduktion von PTBS-Symptomen im Vergleich zu Kontrollgruppen oder anderen therapeutischen Ansätzen (Watts et al., 2013). Die American Psychological Association (APA) hat EMDR als evidenzbasierte Behandlung für PTBS anerkannt.

EMDR stellt eine innovative und effektive Therapieform dar, deren Wirkmechanismen auf einer Kombination aus bilateraler Stimulation, Desensibilisierung und kognitiver Umstrukturierung basieren.

2.0 Vorgehensweise bei einem Akuttrauma?

Akuttraumatisierung bezeichnet die unmittelbare psychische Reaktion auf ein traumatisches Ereignis, das eine Person in ihrer physischen oder psychischen Integrität bedroht. Diese Reaktionen können sich in Form von Angst, Verwirrung, Dissoziation und anderen Symptomen äußern. Eine frühzeitige psychotherapeutische Intervention kann entscheidend sein, um die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und anderen psychischen Erkrankungen zu verhindern.

2.1 Phasen nach dem Erleben eines Traumas

Die Reaktion auf traumatische Ereignisse ist individuell und kann in verschiedenen Phasen erfolgen.

Schockphase (Stunden / Tage nach dem Ereignis)

In der akuten Phase, die unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis eintritt, erleben viele Betroffene intensive emoti-

onale und körperliche Reaktionen. Diese können Schock, Verwirrung, Angst, Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Dissoziation umfassen. Körperliche Symptome wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit oder psychosomatische Beschwerden sind ebenfalls häufig. Basales Funktionieren und Überleben steht im Mittelpunkt. Die Betroffenen denken häufig in Minuten und Stunden. Es sind keine komplexen Denkprozesse möglich.

Phase der hohen Vulnerabilität (Tage / Wochen nach dem Ereignis)

Die Betroffenen erleben Erschöpfung, Intrusionen und zeigen Vermeidungsverhalten. Es kommt zu Selbstheilungsversuchen und Spontanverarbeitung.

Konsolidierungsphase (Wochen / Monate nach dem Ereignis)

Hierbei kommt es entweder zu einer Konsolidierung der Spontanheilung oder zu einer Chronifizierung der Traumaphysiologie.

2.2 Umgang mit Akuttraumatisierten

Der Umgang mit akuttraumatisierten Personen stellt eine besondere Herausforderung dar, sowohl für Fachkräfte im Gesundheitswesen als auch für Angehörige. Akuttraumatisierte Menschen benötigen oft sofortige Unterstützung, um die psychischen und physischen Folgen eines Traumas zu bewältigen.

Akuttrauma bezieht sich auf die unmittelbaren psychischen Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis, das plötzlich und unerwartet auftritt. Zu den häufigsten Ursachen gehören Unfälle, Gewalt, Naturkatastrophen oder plötzlicher Verlust ei-

nes geliebten Menschen. Die Symptome können Schock, Verwirrung, Angst, Dissoziation und körperliche Beschwerden umfassen (Herman, 1997).

Strategien im Umgang mit Akuttraumatisierten:

♦ *Sicherheit schaffen*

Die erste Priorität im Umgang mit akuttraumatisierten Personen ist es, ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Dies kann durch eine ruhige Umgebung und klare Kommunikation erreicht werden. Fachkräfte sollten darauf achten, dass die betroffene Person nicht weiter in Gefahr ist und dass ihre Grundbedürfnisse (z.B. Nahrung, Wasser) erfüllt sind.

♦ *Empathisches Zuhören*

Aktiv zuzuhören und empathisch zu reagieren ist entscheidend. Betroffene sollten die Möglichkeit haben, ihre Erfahrungen in ihrem eigenen Tempo zu teilen. Es ist wichtig, nicht zu drängen oder zu urteilen. Validierung der Gefühle und Erfahrungen kann helfen, das Vertrauen zu stärken (van der Kolk, 2014).

♦ *Normalisierung der Reaktionen*

Es ist hilfreich, den Betroffenen zu erklären, dass ihre Reaktionen auf das Trauma normal sind. Viele Menschen fühlen sich nach einem Trauma isoliert oder glauben, dass sie „nicht richtig“ reagieren. Das Wissen um die Normalität dieser Reaktionen kann entlastend wirken (Foa et al., 2000).

- ♦ *Förderung von Bewältigungsmechanismen*

Fachkräfte sollten den Betroffenen helfen, gesunde Bewältigungsmechanismen zu entwickeln. Dazu gehören Atemtechniken zur Beruhigung des Nervensystems oder einfache Achtsamkeitsübungen. Diese Techniken können dazu beitragen, akute Symptome zu lindern und ein Gefühl der Kontrolle zurückzugewinnen.

- ♦ *Professionelle Hilfe anbieten*

In vielen Fällen ist es notwendig, professionelle Hilfe anzubieten oder zu empfehlen. Psychotherapieformen wie kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR können langfristig hilfreich sein (Herman, 1997). Es ist wichtig, den Betroffenen über verfügbare Ressourcen und Unterstützungsangebote zu informieren.

2.3 „modernes“ Debriefing

Debriefing ist ein strukturierter Prozess, der nach einem belastenden oder traumatischen Ereignis durchgeführt wird, um den betroffenen Personen die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen zu reflektieren und zu verarbeiten. Ursprünglich wurde Debriefing in militärischen Kontexten eingesetzt, um Soldaten nach Einsätzen zu unterstützen. In den letzten Jahrzehnten fand es auch Anwendung in zivilen Bereichen, insbesondere im Gesundheitswesen, bei Notfall- und Rettungsdiensten sowie in Schulen. Studien haben gezeigt, dass traditio-

nelles Debriefing nicht immer effektiv ist und in einigen Fällen sogar schädlich sein kann. Insbesondere kann es bei manchen Menschen die Symptome verstärken oder die Verarbeitung des Traumas behindern (Brewin et al., 2009; Rose et al., 2002).

Ziele eines „modernen“ Debriefings sind vor allem die Bereitstellung von Information über das Ereignis, so dass eine Unterstützung bei der emotionalen Verarbeitung ermöglicht wird und somit auch eine Prävention von langfristigen psychischen Problemen.

Ein typisches „modernes“ Debriefing umfasst mehrere Phasen:

- ♦ Einführung: Erklärung des Ablaufs und der Ziele des Debriefings.
- ♦ Psychoedukation: Information über normale Reaktionen auf Trauma ohne sofortige Konfrontation mit dem Erlebnis.
- ♦ Darstellung des Ereignisses aus einer sachlichen Perspektive, so dass alle Teilnehmer über das Ereignis auf einen gemeinsamen Wissensstand sind.
- ♦ Erfahrungsberichterstattung: Die Teilnehmer werden ermutigt, ihre Erlebnisse zu teilen, wobei auf eine mäßig emotionale Berichterstattung geachtet wird. Bei einer größeren emotionalen Belastung einer Person werden Einzelgespräche angeboten.
- ♦ Ressourcen und Unterstützung: Informationen über Hilfsangebote und Bewältigungsstrategien.

2.4 Risikofaktoren für das Entwickeln einer bleibenden psychischen Störung

Die Entwicklung von bleibenden psychischen Störungen, insbesondere posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), nach einer akuten Traumatisierung kann durch eine Vielzahl von Risikofaktoren beeinflusst werden. Diese Faktoren können in verschiedene Kategorien unterteilt werden, darunter individuelle, soziale und traumabezogene Faktoren:

- ♦ Individuelle Risikofaktoren, z.B. frühere Traumaerfahrungen, psychische Vorerkrankungen, genetische Prädisposition.
- ♦ Soziale Risikofaktoren, z.B. mangelnde soziale Unterstützung, Isolation, zusätzliche Stressfaktoren im Leben (z.B. finanzielle Probleme, Beziehungsprobleme).
- ♦ Traumabezogene Risikofaktoren, z.B. Schwere des Traumas, Art des Traumas, Wahrnehmung des Traumas.
- ♦ Posttraumatische Faktoren; z.B. fehlende Bewältigungsmechanismen.

Die Entwicklung bleibender psychischer Störungen nach einer akuten Traumatisierung ist ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren. Es ist wichtig zu beachten, dass nicht jeder Mensch, der einem Trauma ausgesetzt ist, zwangsläufig eine psychische Störung entwickelt; viele Menschen zeigen Resilienz und erholen sich ohne langfris-

tige Folgen. Dennoch ist es entscheidend, Risikofaktoren zu erkennen und frühzeitig geeignete Unterstützungsmaßnahmen anzubieten, um die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von PTBS oder anderen psychischen Störungen zu verringern.

3.0 Behandlungsoptionen bei ongoing-Trauma?

Ongoing Trauma, oder fortdauerndes Trauma, bezieht sich auf die anhaltenden psychischen und physischen Auswirkungen von wiederholten oder chronischen traumatischen Erfahrungen. Diese Form des Traumas kann aus verschiedenen Quellen stammen, wie z.B. Missbrauch, Vernachlässigung, Kriegserfahrungen oder anderen belastenden Lebensumständen.

Ongoing Trauma ist durch eine Vielzahl von Symptomen gekennzeichnet, die sich über einen längeren Zeitraum manifestieren können. Zu den häufigsten Symptomen gehören:

- ♦ Emotionale Dysregulation: Betroffene haben oft Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu regulieren, was zu plötzlichen Wutausbrüchen oder emotionaler Taubheit führen kann.
- ♦ Dissoziation: Viele Menschen erleben dissoziative Symptome, bei denen sie sich von ihren Gedanken oder ihrem Körper entfremdet fühlen.
- ♦ Körperliche Beschwerden: Chronische Schmerzen oder psychosomatische Erkrankungen sind häufige

Begleiterscheinungen (van der Kolk, 2014).

Karsten Böhm von EMDRIA betont in seinen Arbeiten die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung und Intervention bei ongoing trauma. Er weist darauf hin, dass viele Betroffene nicht nur unter den unmittelbaren Folgen eines Traumas leiden, sondern auch unter den langfristigen Auswirkungen, die ihre Lebensqualität erheblich beeinträchtigen können (Böhm, 2020).

Die Auswirkungen von ongoing trauma sind weitreichend und können verschiedene Lebensbereiche betreffen. Betroffene haben oft Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Misstrauen und Angst vor Nähe können dazu führen, dass sie sich isoliert fühlen. Chronische Traumafolgen können die Konzentration und Motivation beeinträchtigen, was zu Problemen am Arbeitsplatz führen kann. Ongoing trauma ist häufig mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) verbunden (Foa et al., 2000).

3.1 Behandlungsplanung bei ongoing-Trauma

Die Psychotherapie spielt eine zentrale Rolle im Umgang mit ongoing trauma. Methoden wie kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) haben sich als wirksam erwiesen. Karsten Böhm hebt hervor, dass EMDR besonders hilfreich sein kann, um tief verwurzelte traumatische Erinnerungen zu verarbeiten und emotionale Blockaden zu

lösen (Böhm, 2020).

Ein starkes Unterstützungssystem aus Familie und Freunden kann entscheidend sein. Selbsthilfegruppen bieten zudem einen Raum für Austausch und Verständnis.

4.0 Literatur

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baek H., et al.(2023). The neurobiological impact of trauma on the brain: Implications for treatment strategies in PTSD management.Nature.

Baek, H., Choi, M., & Kim, J. (2022). The impact of tectal activation on visual memory processing in the context of trauma therapy.

Baek, H., & Kim, J. (2021). The role of the thalamus in the processing of traumatic memories during EMDR therapy: A review of current findings.

Baek, H., Lee, S., & Park, Y. (2020). Modulation of amygdala activity through bilateral stimulation during Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Böhm, K. (2020). Trauma verstehen – Wege zur Heilung. EMDRIA Deutschland e.V.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2009). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 742-751.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K., & Noonan, K. B. (2013). Treatment for complex posttrau-

- matic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 925-934.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2010). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders* (pp. 13-30). New York: Guilford Press.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences - Therapist guide*. Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Harned, M.S., Karslund, K.E., & Linehan, M.M. (2012). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1034.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Hoeboer, C.H., de Kleine, R.A., Oprel, D.A.C., Schoorl, M., van der Does, W., van Minnen, A.. Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy?, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 80, 2021, 102388, ISSN 0887-6185, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102388>.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Hoppen, T.H., Meiser-Stedman R., Jensen, T.K., Birkeland, M.S., Morina, N.. Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2023 May;222(5):196-203. doi: 10.1192/bjp.2023.24. PMID: 36855922; PMCID: PMC10895514.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C., & Hughes, M. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.
- Oprel, D.A.C., Hoeboer, C.M., Schoorl, M., de Kleine, R.A., Cloitre, M., Wigard, I.G., van Minnen, A., van der Does, W.. Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR + Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Jan 15;12(1):1851511.

- doi: 10.1080/20008198.2020.1851511. PMID: 34630934; PMCID: PMC8500700.
- Resick, P.A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2017). Cognitive Processing Therapy: Veteran/Military Version - Therapist's Guide. International Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Hogrefe, 2015.
- Rose, S.C., Bisson, J.I., Churchill, R., & Wessely, S.C. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD000560. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO).
- Shapiro, F. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles and Overview. Journal of EMDR Practice and Research, 8(1), 3–12.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 2(2), 199-223.
- Shapiro F., & Maxfield L.(2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy for trauma: Theoretical and practical considerations. In J.C.Brewer & R.L.Perry(Eds.), Trauma and Memory (pp. 103–124). New York: Guilford Press.
- Stickgold R., & Walker M.P.(2005). Sleep-dependent memory consolidation and reconsolidation. In Sleep Medicine Reviews, 9(3), 211–221.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., & Weisaeth L.(2007). Trauma and Memory. New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Viking.
- Watts S.E., Roussos G., Pilling S., et al. (2013). The Efficacy of Psychological Therapies for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Metaanalysis. Psychological Medicine, 43(5), 1–12.

Korrespondenzadresse:
Dr. Markus Pausch
Klinikum München Ost
Markus.pausch@kbo.de

Forensische Psychiatrie – eine Standortbestimmung¹⁾

Norbert Nedopil

Persönliche Vorbemerkung

Dieser – mir aufgegeben – Titel gibt mir Gelegenheit, einen Rückblick auf 43 Jahre erlebte und auch mitgestaltete forensische Psychiatrie zu werfen, zu betrachten, was in dieser Zeit wichtig war, und zu reflektieren, wo wir jetzt stehen und wohin der Weg weitergehen soll. Ich möchte diese Überlegungen als eine Art Zeitzeuge der Entwicklung der forensischen Psychiatrie vorlegen, damit wir gemeinsam überlegen können, was es lohnt in die Zukunft mitzunehmen und was wir getrost in der Vergangenheit ruhen lassen können. Tatsächlich habe ich bei der Vorbereitung dieses Textes auch festgestellt, dass manches in Vergessenheit geraten ist, obwohl es durchaus sinnvoll war.

Der Blick zurück

Als ich 1982 die forensische Psychiatrie kennenlernte, war die Landschaft, in der wir uns bewegten, eine ganz andere. Es gab zwei Sparten: Auf der einen Seite war die forensische Psychiatrie überwiegend eine Verwahrung in einem Krankenhaus von jenen Straftätern, die wegen einer psychischen Krankheit für gefährlich gehalten wurden, eine Verwahrung, die heute einer als anachronistisch zu betrachtenden Anstaltspsychiatrie gleich, in der wenig ärztliches und therapeutisches Personal, aber eine relativ große Zahl durchaus kompetenter Pfl-

ger und Pflegerinnen tätig waren, die mit der schwierigen Klientel der forensischen Psychiatrie umgehen konnten. Als mein Freund, Dr. Rüdiger Müller-Isbemer, 1984 Direktor der forensischen Klinik in Haina wurde, war er der einzige Arzt in der Klinik. Er hat wiederholt berichtet, dass er von den erfahrenen Pflegern den Umgang mit den Patienten erlernte und dabei auch, wie man aktuelle Risiken rechtzeitig erfasst.

Auf der anderen Seite war der forensische Psychiater in erster Linie ein Gutachter, der zu beurteilen hatte, was einen Menschen in der Vergangenheit dazu bewegt hat, etwas Schlimmes, d.h. Gesetzeswidriges, zu machen, wie man das analysiert, interpretiert und für die juristischen Entscheidungsträger verstehbar macht.

Der Blick war für beide Seiten, Maßregelvollzug und Gutachterwesen in erster Linie ein Blick nach rückwärts: Was hat der Täter gemacht, was waren seine Motive, welche Handlungskompetenz hatte er und welche psychischen Störungen hatten dabei eine Rolle gespielt. Das wurde analysiert, interpretiert und dem juristischen Entscheidungsträger erklärt. Waren diese Fragen beantwortet, waren 90 % der Gutachtensfälle beantwortet und der Psychiater seiner Aufgabe entbunden. In nur wenigen Fällen wurden seine Ausführungen hinterfragt, auch wenn die Gutachten weit von den

später entwickelten Qualitätsstandards entfernt waren. „Fehlerquellen bei der Begutachtung“ war eines der beliebtesten Themen in Publikationen prominenter forensischer Psychiater (Heinz 1982, Maisch 1983, Mende und Bürke 1986, Hennies, 1993). Forensische Psychiatrie war, wie Prof. Hanns Hippus, der damalige Direktor der Nervenlinik in der Nußbaumstr., es einmal formulierte, das Austragshaus für die sitzen gebliebenen Oberärzte. Aufsehen hatte schon davor das Statement der Enquete Kommission des Deutschen Bundestags zur Lage der Psychiatrie erregt, in dem die psychiatrischen Kliniken als „Landkarte der Schande“ bezeichnet wurden und der Forensischen Psychiatrie darin die Schlusslichtposition zugeschrieben wurde.

Die Ausbildung geschah in der damaligen Zeit - wenn überhaupt - nach einem Meister-Lehrlings-Prinzip, bestenfalls in einem dualen Vorgehen. Aber auch die Lehrbücher waren für den Anfänger nur begrenzt hilfreich, zumal sie eher eminenz-basiertes forensisches Wissen von sich gaben und empirisch fundierte Herangehensweisen kaum zu finden waren (z.B. Langelüdeke u. Bresser 1976). Für den Anfänger war dies verwirrend und verunsichernd. Insofern war für mich, der ich in die forensische Psychiatrie einsteigen wollte, eine der ersten Fragen, wie kann man forensische Psychiatrie lehr- und lernbar machen und wie kann man die Qualität von Gutachten verbessern, ohne dass man über die Fehler der anderen redet. Eine weitere Frage war, wie man eine empirische Grundlage für Wissenserwerb und em-

pirische Forschung schaffen und auf dieser Grundlage eine faktenorientierte Beurteilung von Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit ermöglichen kann. Die Lösung, die damals nicht nur von mir gefunden wurde, waren operationalisierte Dokumentationen, die quantitativ analysiert werden können, um auf diese Weise zu vergleichbaren Ergebnissen zu gelangen (Nedopil u. Graßl 1988). Es gelang damals, große Datensammlungen zu erstellen. Das wurde auch als wichtig anerkannt und hat sich gleichwohl nicht durchgesetzt. Man kann die damalige Kurzsichtigkeit der Kollegen bedauern, weil man weiß, dass große Datensammlungen die wesentliche Grundlagen bilden für die Entwicklung und Überprüfung neuer Techniken, z. B. für die Beantwortung der Frage: Welche psychopathologischen Auffälligkeiten sind Indikatoren für verminderte Schuldfähigkeit bei Persönlichkeitsstörungen?

Aus heutiger Sicht ist das Bedauern über das Fehlen großer Datensammlungen noch ausgeprägter, weil nur auf deren Basis KI-gestützte Hilfsprogramme für die Beantwortung forensisch psychiatrischer Fragen entwickelt werden können, z. B. der Frage nach besserer Identifikation von Risikomerkmalen für die Risikoeinschätzung bei forensisch psychiatrischen Patienten im Einzelfall, einer Frage der wir in der Abt. für Forensische Psychiatrie in der Nußbaumstraße gerade nachgehen (Popovic et al. eingereicht).

Tatsächlich wurden auch damals schon Kriterienkataloge für die Beurteilung der Schuldfähigkeit entwickelt, z. B. die Kriterien für die Beurteilung von Affektdelikten

von Saß (1985). Diese Kriterien wurden aber nicht empirisch gefunden, sondern aus der Literatur exzerpiert und waren somit wiederum eminenz- aber nicht evidenzbasiert.

Wie groß der Widerstand gegen evidenzbasierte Forschung in der forensischen Psychiatrie war, konnte ich feststellen, als wir versuchten, mithilfe des Bayerischen Justizministeriums empirische Forschung im Bezug auf therapeutische Konzepte und deren Umsetzung in den sozialtherapeutischen Einrichtungen der Justizvollzugsanstalt einzuführen. Das Konzept scheiterte schon im Ansatz, als bei der Eröffnungsvorstellung von einem der Therapeuten im Justizvollzug gefragt wurde, ob man ein Therapieprogramm übernehmen müsse, wenn sich bei der Studie herausstellen würde, dass dieses den anderen Therapieprogrammen überlegen sei. Plötzlich befürchteten nahezu alle, dass sie ihre gewohnten (weitgehend unkontrollierten) Vorgehensweisen revidieren müssten. Forensische Psychiatrie war – wie schon immer – eine Spielwiese der Individualisten, die sich der Kontrolle durch empirisch gewonnene Regeln entziehen wollten. Das hat die Entwicklung des Faches als medizinisch-empirische Humanwissenschaft lange zurückgeworfen. Der Abstand zu anderen Fächern der Medizin wird noch größer werden, weil die neueren Technologien der Datenauswertung und der Forschung, die sich überwiegend der künstlichen Intelligenz bedienen, eine Vielzahl von reliabel erhobenen Daten benötigen und solche Daten in der forensischen Psychiatrie fehlen und auch nur begrenzt gesam-

melt werden.

Der Einwand, den ich immer wieder in diesem Zusammenhang gehört habe, lautet: Es geht in der forensischen Psychiatrie nicht um statistische Werte sondern um die Einzelfallanalyse. Dieser Einwand ist irreführend, denn die Technik, mit der wir den Einzelfall bewerten, ist und bleibt der empirische Erkenntnisgewinn - wie auf jedem anderen Gebiet der Medizin.

Das Dilemma, in welchem sich die forensische Psychiatrie befindet, habe ich schon 1989 bei meinem Probenvortrag in der Universität Würzburg skizziert: Das Fehlen solider empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie führt dazu, dass entsprechende Erkenntnisse und Impulse für die forensisch-psychiatrische Praxis fehlen. Ein Verharren auf seit langem unveränderten Methoden und Regeln hat in einem weiteren Schritt zur Folge, dass das öffentliche Interesse an einer akademischen Forensischen Psychiatrie nachlässt und damit letztlich auch die Bereitschaft, Forschungsmittel zur Verfügung zu stellen um eine Weiterentwicklung zu fördern. Forschung bleibt damit auf der Sparflamme stehen. Gleichzeitig bleibt ein solch stagnierendes Fach auch für den wissenschaftlichen Nachwuchs unattraktiv, was schließlich zu einem Mangel an engagierte und profilierten forensischen Psychiatern führen wird.

Blütezeit der Forensischen Psychiatrie

Tatsächlich kam es aber in der Zeit zwischen 1985 und 2005 zu einer Blüte der forensischen Psychiatrie, die ich mir zu

Beginn meiner Karriere in diesem Fach gar nicht habe vorstellen können. Einerseits haben die Gerichte, die Politik und zum Teil auch die publizierte Öffentlichkeit gemerkt, wie dringend sie die forensische Psychiatrie brauchen und wie wichtig es ist, Rechtsbrecher nicht nur wegzusperren, sondern das Risiko, welches von ihnen ausgeht, in irgendeiner Form zu managen und damit Rückfälle zu verhindern. Zum anderen haben in dieser Zeit jüngere, wissenschaftlich orientierte Psychiater und Psychologen viele Positionen der forensischen Psychiatrie besetzt. Sie waren an einer Weiterentwicklung des Faches interessiert. Und letztlich kam eine bisher ungeahnte Kooperation zwischen den verschiedenen Disziplinen, die sich für psychisch gestörte Rechtsbrecher interessierten, zustande, zwischen Juristen, Kriminologen, forensischen Psychiatern und Psychologen, Sozialpädagogen und auch der Polizei (Yundina et al 2012). 1985 fand die erste Münchener Herbsttagung für forensische Psychiatrie statt; es entstanden Weiterbildungskreise und interdisziplinäre Seminare, wie 1990 das interdisziplinäre Seminar in Niederpöcking, das bis heute in Tutzing weitergeführt wird.

Damals entstanden erste Ansätze zur Modernisierung und zur Qualitätsverbesserung der forensischen Psychiatrie: Qualitätssicherung war das Schlagwort (Nedopil 1997, Stolpmann 1996). Der Blick war immer noch nach rückwärts gerichtet, im Fokus stand immer noch die möglichst gute Erfassung der Psychopathologie eines Täters zum Zeitpunkt der Tat und die bestmögliche Ver-

mittlung dieses Wissens an die Auftraggeber. Entscheidend für unsere Tätigkeit war die Rezeption der Gutachten und ihrer Autoren durch die Justiz.

Forschungsperspektiven

Damals, 1989, habe ich versucht, einen Aufgabenkatalog für die empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie zu erstellen, der folgendermaßen aussah:

- ♦ Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Begutachtung
- ♦ Evaluation der Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher
- ♦ Erarbeitung operationalisierter Kriterien für die Risikoeinschätzung bei psychisch kranken Rechtsbrechern
- ♦ Erforschung der Entstehungsbedingungen aggressiven Verhaltens bei psychisch Gestörten und der Behandlungsmöglichkeiten chronisch aggressiver Patienten
- ♦ Erforschung delinquenzbedingender Faktoren bei Persönlichkeitsstörungen und deren therapeutischer Angehörbarkeit
- ♦ Untersuchungen über die Auswirkungen der Eingriffe der Forensischen Psychiatrie (Begutachtung und Behandlung unter Zwangsbedingungen) auf das von ihr betreute Klientel.

Es ist kein Wunder, dass sich mein erstes größeres Projekt der Qualitätssiche-

rung von Gutachten zuwandte. Gleichzeitig wurden von vielen Seiten Anstrengungen unternommen, Forensische Psychiatrie als Subspezialität zu etablieren, um Qualitätsstandards zu verbessern (Kröber et al. 2001). Auch damals war die Perspektive noch rückwärts gewandt und galt der Frage, wie kann man operationalisiert erfassen, in welchen Zustand sich der Täter zum Zeitpunkt der Tat befand und welche Vorbedingungen dafür ausschlaggebend waren.

Neue Perspektiven

Bei meinen Bemühungen, forensische Psychiatrie lehr- und lernbar zu machen tauchte immer wieder die Frage auf, wie es den Betroffenen selber bei Begutachtungen ging und was sie subjektiv davon hatten. Aus meinem psychologischen Studium hat sich mitgenommen, dass jede Untersuchung, jeder Test, einen emanzipatorischen Effekt auf den Untersuchten haben sollte. Wie war das bei den Begutachtungen? Begutachtung war doch auch eine Weichenstellung für sie. Und einige der wichtigen Fragen, die weitgehend untergegangen waren, lauteten: Welchen Beitrag leistet die Begutachtung für die weitere positive Entwicklung des begutachteten Menschen und zwar sowohl aus Sicht der Gesellschaft wie aus Sicht des Betroffenen? Und wie sollte die Begutachtung ausschauen, damit sie von beiden, insbesondere aber vom Betroffenen als Hilfestellung für die eigene positive Weiterentwicklung verstanden werden kann (Krupinski et al 1997). Solche Gedanken änderten die Blickrichtung. Es ging nicht mehr nur um das Verstehen und Erklären der Vergan-

genheit, der Blick und die entsprechenden Untersuchungen richteten sich auf die Gegenwart und die Zukunft. Und es wurde auch gefragt, wie die Betroffenen die Begutachtungen wahrnehmen und welche Folgen sich daraus ableiten. Immerhin meinten 60 % der Befragten, dass sie sich in einem weiteren Erkenntnisverfahren erneut begutachten lassen würden. Ein weiterer positiver Effekt der Begutachtungen war, dass die Suizidalität nach Einschätzung der Betroffenen signifikant abgenommen hatte.

Damit wandte sich der Blick unserer Klientel zu: Die Frage, wie sich die Menschen, über die wir als Gutachter und Behandler im Maßregelvollzug mehr wissen als die meisten klinischen Psychiater über ihre Patienten, weiter entwickeln und wie andere vor den Gefahren geschützt werden können, die von diesen Menschen ausgehen, wurde zu dem bedeutendsten Forschungsfeld der forensischen Psychiatrie, das lange in Deutschland unter dem Titel „Prognoseforschung“ betrieben wurde. Im englischen Sprachraum hat sich dieses Forschungsfeld relativ rasch und vollkommen richtig von „prediction“ gelöst und als „risk assessment“ etabliert. Risikoeinschätzung ist erst in den vergangenen fünf Jahren zu einem Begriff geworden, welcher der Sache wesentlich besser gerecht wird als Prognose. Durch diese Forschung haben wir viel gelernt (Nedopil et al. 2021).

Wir wissen viel über Risikofaktoren und protektive Faktoren, über statische und dynamische Risikofaktoren, und auch die Blickrichtung hat sich geändert von der Vergangenheit, das heißt von der

Beurteilung einer Handlung, die in der Vergangenheit geschah, zur Zukunft, namentlich zur Prävention von Handlungen, die wir befürchten und verhindern wollen. Und es wurde uns bewusst, dass wir nicht bei Risikoeinschätzungen und Beurteilungen stehen bleiben konnten. Unter dem Einfluss europäischer und insbesondere englische Kollegen kam es zu einem Wandel der grundsätzlichen Überzeugungen bei der Risikoeinschätzung: Es ging nicht mehr um die Treffsicherheit einer Prognose sondern um die Frage, welchen Zweck die Risikoeinschätzungen erfüllen sollten (Mulder et al 2016). Die Kollegen formulierten, dass Forschungen zur Risikoeinschätzung und ihre Anwendung sich nur dann lohnen, wenn am Ende Erkenntnisse für das Risikomanagement sichtbar werden.

Risikomanagement heißt: Das richtige Erkennen der richtigen Risikofaktoren und ihrer Vorposten zum richtigen Zeitpunkt (= Risikoeinschätzung) und deren angemessenen Behebung oder deren Ausgleich durch protektive Faktoren oder, falls notwendig eine rasche und effektive Intervention.

Für ein professionelles Risikomanagement war es notwendig – auch unter dem Aspekt eines empirischen Erkenntniszuwachses – eine verlässliche Struktur zu entwickeln, in der eine oder mehrere nachvollziehbare Methoden angewandt werden. In einem 2015 erarbeiteten Memorandum der deutschen Universitätsprofessoren der Forensischen Psychiatrie nahmen diese Aspekte die wesentlichen Arbeitsfelder für die Zukunft ein (Briken et al. 2015):

- ♦ systematische Analyse der gängigen Behandlungen
- ♦ Entwicklung theoriegeleiteter Behandlungskonzepte für verschiedene Tätergruppen
- ♦ Entwicklung von Instrumenten und Konzepten zur Risikoerfassung
- ♦ Vernetzung von Risikoerfassung, Therapie und Risikomanagement
- ♦ systematische Evaluation von Therapie und Risikomanagement

Konkret sollten folgende Projekte in Angriff genommen werden:

- ♦ Der Aufbau forensischer Nachsorgeambulanzen und deren Evaluation
- ♦ Der Aufbau sozialtherapeutischer Abteilungen in Justizvollzugsanstalten und deren Evaluation
- ♦ Der Aufbau von Sexual- und Gewaltstraftäterambulanzen und deren Evaluation
- ♦ Die Schaffung politischer Rahmenbedingungen für die effektive Nutzung der geschaffenen Einrichtungen
- ♦ Die Kooperation mit den am Resozialisationsprozess und an der Rückfallprävention Beteiligten (Therapeuten, Führungsaufsicht, Polizei) Es ging um Wissensvermittlung, Vermittlung von wissenschaftlich orientiertem Denken, die Koordination von Maßnahmen und deren Evaluation.

Auch für diese Überlegungen gab es bereits Vorläufer. Bereits bis etwa 1985 lassen sich die ersten, wenn auch nur vereinzelt, Ansätze zurückverfolgen, die eine ambulante Nachsorge und eine Behandlungskontinuität für Maßregelvollzugspatienten nach ihrer Entlassung aus der stationären Unterbringung versuchten und die in Einzelfällen erfolgreich waren. (Gonzales-Cabesa u. Müller-Isberner 1997) Seit 1990 gab es erste Effizienzprüfungen solcher Behandlungen in forensischen Ambulanzen (Freese 2004; Egg 2004), und 2000 wurde auch in Bayern ein Modellversuch mit Unterstützung des Sozialministeriums unternommen (Stübner u. Nedopil 2004). Die Ergebnisse waren so überzeugend, dass bereits vor Abschluss des Modellprojekts und vor Veröffentlichung der Ergebnisse, die landesweite Einführung erfolgte (Stübner et al. 2009). In den verschiedenen Studien wurde eine Reduktion der Rückfallraten in Bezug auf Delinquenz, Gewaltdelinquenz und Wiederverurteilungen nachgewiesen. Ein weiteres Resultat war darüber hinaus der Wissenszuwachs bezüglich des ambulanten Risikomanagements bei Straftätern, der wiederum auf andere Klientengruppen übertragen werden konnte. Vor diesem Hintergrund erfolgte die Einrichtung der ambulanten Nachsorge für Sexualstraftäter, die aus therapeutischen Abteilungen von Justizvollzugsanstalten entlassen wurden, und, nachdem auch an dieser Klientel die Wirksamkeit der Nachsorge gezeigt werden konnte (Tippelt et al 2012), jener für Gewaltstraftäter.

Strukturiertes Risikomanagement und

der damit verbundene Perspektivenwechsel von der Betrachtung des bereits Geschehenen zur Prävention von Risiken, die sich erst verwirklichen könnten, hat auch unseren Horizont erweitert. Während die traditionelle Perspektive der forensischen Psychiatrie auf die Prävention von erneuten Straftaten durch Patienten der forensischen Psychiatrie gerichtet ist, sollte sie aus Sicht der Allgemeinpsychiatrie darin bestehen zu verhindern, dass aus ihrer Klientel Patienten der forensischen Psychiatrie werden, d.h. zu verhindern, dass sie überhaupt in Zusammenhang mit ihrer Krankheit straffällig werden. Zu den Risikogruppen, bei denen die Gefahr erhöht ist, dass sie in einer unbefristeten Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug landen, gehören Patienten, die an einer Psychose leiden und zusätzliche Risikofaktoren aufweisen und bei denen deswegen ein höheres Gewaltisiko besteht, paraphile Patienten, die ihre Paraphilie (sexuelle Neigungen, die von der empirischen Norm abweichen) häufig nur mit einem Übertreten von Gesetzen und mit der Schädigung anderer ausleben können und auch Jugendliche, die unter schwierigen sozialen Verhältnissen leiden. Prävention beginnt für diese Menschen nicht erst, wenn eine Tat begangen wurde, sondern möglicherweise lange davor. Präventionsambulanzen und Behandlungen, um kein Täter zu werden sind Ergebnis dieser Änderung unserer Blickrichtung. (Nedopil et al. 2024)

Forensische Psychiatrie im öffentli-

chen Fokus

Zum Abschluss möchte ich noch auf zwei Aspekte hinweisen, welche die forensische Psychiatrie immer wieder in den Brennpunkt öffentlichen Interesses rückt. Der eine Aspekt sind Gewalttaten psychisch Kranker in der Öffentlichkeit (aber auch in der Familie), die sich in den letzten Jahren gehäuft haben. Es wurde dabei zunehmend gefragt, welche Versäumnisse von wem zu verantworten sind und wie jene, die für die Sicherheit der Bevölkerung verantwortlich sind, auf solche Gewalttaten reagieren. Zu meiner Anfangszeit in der forensischen Psychiatrie wurde in diesem Zusammenhang immer der Satz aus dem epochalen Werk „Gewalttaten Geistesgestörter“ (Böker u. Häfner 1973) zitiert, dass „Geisteskranke und Geistesschwache insgesamt nicht häufiger, aber auch nicht wesentlich seltener zu Gewalttättern werden als sogenannte Geistesgesunde“, obwohl schon in dieser Arbeit gezeigt wurde, dass der Anteil der Aggressionstäter bei den Schizophrenen fünf mal so hoch war wie jener in der Vergleichsbevölkerung. Seit Ende der 1980er Jahre wurde eine Vielzahl von Studien aus vielen Ländern vorgestellt, die zeigten, dass das relative Risiko von Schizophrenen, eine Gewalttat zu begehen um das mehrfache höher liegt, als bei psychisch nicht gestörten Menschen. Dieses relative Risiko steigt bei allen psychiatrischen Diagnosen noch um ein Mehrfaches, wenn eine Komorbidität mit einem Substanzmissbrauch vorliegt. (z.B. Wallace et al. 1992, Fazel et al. 2012, Kimberlie et al 2024). Dabei soll nicht übersehen werden, dass der

Weg von einer psychotischen Symptomatik zur Gewalt kompliziert ist und auf verschiedenen Ebenen abläuft und ebenso wenig soll unbeachtet bleiben, dass schizophrene Patienten ein noch höheres Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden. Dennoch haben Gesetzgeber und Gerichte die Möglichkeit, präventiv und protektiv gegen diese Risiken vorzugehen, nahezu aufgehoben.

Vor 3 Jahren habe ich mit meinem Nachfolger, Prof. Kolja Schiltz, nach einer Messerattacke in einem ICE und einer weiteren Messerattacke in einem Kaufhaus in Würzburg einen Brief an die Vertreter unseres Faches geschrieben, der leider beim Weg durch die psychiatrischen Institutionen verloren ging. Weil das Problem heute noch drängender geworden ist als damals, möchte ich diesen Brief ausschnittsweise zitieren:

Die Psychiatrie hat bis über die Jahrtausendwende hinaus immer auch eine Ordnungs- und Sicherungsfunktion bei psychisch Kranken übernommen, um die von wenigen von ihnen ausgehenden, meist psychotisch bedingten Gefahren abzuwehren. Diese Funktion hat sie in den letzten 10 Jahren abgegeben. Urteile des Bundesverfassungsgerichts und Beschlüsse der Gesetzgeber haben die Autonomie des Patienten – auch mit dem Recht zur Krankheit – in den Vordergrund gestellt. Dadurch wurden die Möglichkeiten, gegen den Willen eines (auch einwilligungsunfähigen) Patienten zu handeln, erheblich eingeschränkt. Zwangsmaßnahmen und insbesondere Zwangsbehandlung wurden rechtlich nur in akuten Gefahrensituationen und nur nach richterlicher Genehmigung mög-

lich. Diese Entwicklung führte dazu, dass Risikoeinschätzung und Gefahrenabwehr aus dem Spektrum psychiatrischen Denkens und Handelns weitgehend verschwand und nur sehr begrenzt in die Überlegungen und die Behandlungspraxis aufgenommen wurden. Sie werden deshalb auch nicht mehr praktisch erlernt und bedacht. Gefahrenabwehr bleibt allenfalls auf akute Notfälle beschränkt, zumal für andere Fälle auch keine juristische Grundlage mehr besteht. Davor haben einige von uns gewarnt, bevor die gesetzlichen Bestimmungen geändert wurden.

Die Folgen der veränderten Rechtslage zeigen sich in der Zunahme der forensisch psychiatrischen Unterbringung dieser – psychotischen – Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug und daran, dass vergleichbare Patienten aus dem Netz der psychiatrischen Versorgung fallen und Straftaten begehen. Patienten, die in ihre Familie integriert sind, tun dies öfter in den Familien, sozial isolierte und desintegrierte Patienten in öffentlichen Räumen, z.B. im ICE.

Diese Überlegungen werden durch empirische Daten, wie sie aus Untersuchungen in Schweden (Wolf et al. 2014) und einer unveröffentlichten Arbeit aus dem kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (Prof. Dr. Albus; pers. Mitteilung) hervorgehen, gestützt, die übereinstimmend von einer Zunahme gewalttätiger Übergriffe (z.T. auch von Suiziden und vorzeitiger Mortalität) bei psychisch Kranken nach den Deinstitutionalisierungen berichteten. Der mit der Auflösung der Institutionen auch verbundene gesellschaftliche Entzug von Hilfe und Un-

terstützung führt bei einer Reihe solcher Patienten zu einer zunehmenden sozialen Desintegration, Vereinsamung und einer unentdeckten Zunahme paranoider Vorstellungen verbunden mit Angst, psychotischer Angstabwehr und Aggression. In der gegenwärtigen Ausdünnung sozialpsychiatrischer Versorgung verstärken sich diese Tendenzen und werden öffentlich erst durch die dramatischen Übergriffe wahrgenommen.

Wenn unsere Analyse stimmt, dann sind solche Delikte in Zukunft weiter und vermehrt zu befürchten. Und wenn dann unsere Gedanken in den Medien breiter diskutiert werden, ist eine erneute Stigmatisierung der psychisch Kranken zu befürchten. Deswegen sollten die Überlegungen und die Möglichkeiten der Abhilfe aus unserer Sicht zunächst intern unter Fachkollegen und Repräsentanten der Psychiatrie diskutiert werden um zu überlegen, wie der sich abzeichnenden Entwicklung entgegen gewirkt werden kann, ohne erneut in ein kustodiales Gepräge der Psychiatrie zu verfallen und bevor andere unter öffentlichem Druck Entscheidungen treffen, die wieder kustodiale und administrative Maßnahmen als einzigen Ausweg sehen.

Der andere Aspekt steht in engem Zusammenhang mit den vorgenannten Überlegungen: Wir sollten uns bewusst sein, dass die forensische Psychiatrie das Schaufenster ist, durch welches die Öffentlichkeit auf das ganze Fach Psychiatrie blickt. Als ich mich um die Jahrtausendwende mit dem Umgang der Presse mit der Psychiatrie und insbesondere der forensischen Psychiatrie befasste, wurden gerade entsprechende

Veröffentlichungen in der neuen Zürcher Zeitung und in der Frankfurter Rundschau analysiert. In mehr als der Hälfte der Fälle, in denen das Stichwort Psychiatrie entdeckt wurde, ging es um die forensische Psychiatrie. Die forensische Psychiatrie kann also nicht abgespalten von dem Gesamtfach gesehen werden, sie ist vielmehr dessen Fenster, durch welches die Öffentlichkeit Einblick in das Fach gewinnt - und auch das ist eine spannende Erfahrung.

Forensische Psychiatrie bringt viele Vorteile:

Sie ermöglicht Einblicke in menschliches Verhalten, menschliche Einstellungen, Wünsche und Ängste, die kein anderes Fach ermöglichen kann. Sie hilft zu vermeiden, dass aus psychisch Kranken, psychisch kranke Straftäter werden. Sie trägt zur öffentlichen Sicherheit bei. Sie trägt wesentlich dazu bei, Kriminalität und Rückfallkriminalität zu reduzieren und die Zahl von Kriminalitätsoffern gering zu halten.

Literatur

- Böker, W., & Häfner, H. (1973). Gewalttaten Geistesgestörter: eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer.
- Briken, P., Dudeck, M., Kröber, H.-L., Leygraf, N., Müller, J.L., Osterheider, M., Nedopil, N., Retz, W., Rösler, M., Memorandum: Stärkung und Ausbau der Forensischen Psychiatrie (2015)
- Egg, R. (2004). Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug (Vol. 44). Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA, 301(19), 2016-2023. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>
- Freese, R. (2004). Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug - Konzepte und Erfahrungen. In R. Egg (Ed.), Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug (Vol. 44, pp. 169-184). Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Gonzalez-Cabeza, S., & Müller-Isberner, R. (1997). Forensisch-psychiatrische Nachsorge nach psychiatrischem Maßregelvollzug. In R. Steinberg (Ed.), (pp. 102-109).
- Heinz, G. (1982). Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten: Eine Untersuchung anhand von Wiederaufnahmeverfahren. Kriminalistik Verlag,.
- Hennies, G. (1993). Fehlerquellen bei Begutachtungen - aus der Sicht des Sozialrichters. Der medizinische Sachverständige, 89(5), 158-163.
- Kimberlie, D., Munk, L. T., Marr, C., Pedersen, C. B., Webb, R. T., & Agerbo, E. (2024). Absolute and relative risk of violent victimisation and perpetration following onset of mental illness: a Danish register-based study. The Lancet Regional Health - Europe, 36. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100781>
- Kröber, H.-L., Müller-Isberner, R., Nedopil, N., & Saß, H. (2001). DGPPN - Zertifizierung "Forensische Psychiatrie". Der Nervenarzt, 72(12), 973 - 974.
- Krupinski, M., Schöchlin, C., Fischer, A., & Nedopil, N. (1997). Therapeutic alliance in forensic psychiatric hospitals: an empirical study. Journal of Forensic Psychiatry, 8, 528-545.
- Langelüddeke, A., & Bresser, P. H. (1976). Gerichtliche Psychiatrie. Walter de Gruyter,.
- Maisch, H. (1984). Fehlerquellen in psychologisch-psychiatrischen Gutachten. Vortrag, Münchner Inst.f. Strafverteidigung, Ju-

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*
Jahrgang 39 (2025)

- ni, 84.
- Mende, W., & Bürke, H. (1986). Fehlerquellen bei der nervenärztlichen Begutachtung. *Forensia*, 7, 143-153.
- Mulder, R., Newton-Howes, G., & Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 271-272.
- Nedopil, N., & Graßl, P. (1988). Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). *Forensia*, 9, 139-147.
- Nedopil, N. (1997). Dokumentation als Qualitätssicherung in der forensischen Psychiatrie. In L. G. Kotsalis (Ed.), *Gedächtnisschrift für Nikos S. Fotakis*. Sakkoulas.
- Nedopil, N., Endrass, J., Rossegger, A., & Wolf, T. (2021). *Prognosen: Risikoeinschätzung in der Forensischen Psychiatrie*. Pabst Science Publishers.
- Nedopil, N., Freisleder, F. J., Nitschke, J., & Schiltz, K. (2024). *Neues aus der Forensischen Psychiatrie - Prävention als Schutz für Gesellschaft und Patientinnen/Patienten*. Bayerisches Ärzteblatt, 79(11).
- Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. (1975). *Psychiatrie Enquête*. BT Drucksache, 7/4200(Kap.D), 367-375.
- Saß, H. (1985). Handelt es sich bei der Beurteilung von Affektdelikten um ein psychopathologisches Problem. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 53, 55-62.
- Stolpmann, G. (1996). Qualitätssicherung in der Forensischen Psychiatrie (QSFP). *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79, 305-313.
- Stübner, S., & Nedopil, N. (2004). Ambulante Sicherungsnachsorge des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen. In R. Egg (Ed.), *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug* (Vol. 44, pp. 143-168). Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Stübner, S., & Nedopil, N. (2009). *Ambulante Sicherungsnachsorge: Begleitunter-*
- suchung eines forensischen Modellprojektes in Bayern*. *Psychiatrische Praxis*, 36, 317-319. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223336>
- Tippelt, S., Stübner, S., & Nedopil, N. (2012). Die psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexualstraftäter in München und Nürnberg - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung Forum Strafvollzug. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 61, 95-98.
- Wallace, C., Mullen, P. E., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Wolf, A., Gray, R., & Fazel, S. (2014). Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries. *Soc Sci Med*, 104(100), 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.006>
- Yundina, E., Stübner, S., Hollweg, M., & Stadtland, C. (Eds.). (2012). *Forensische Psychiatrie als interdisziplinäre Wissenschaft - Festschrift zum Geburtstag von Norbert Nedopil*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Korrespondenzadresse:**
Prof. Dr. Norbert Nedopil
Psychiatrische Klinik der LMU München
Norbert.nedopil@med.uni-muenchen.de

EX-IN-Genesungsbegleitung am kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München – ein Erfahrungsbericht¹⁾

Michael Welschehold

Entwicklung und Ausbau von EX-IN Genesungsbegleitung in Deutsch- land im Überblick

Vor mehr als 30 Jahren begannen in den angelsächsischen Ländern und den Niederlanden in unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungsbereichen Versuche, Menschen mit eigenen Krisenerfahrungen und durchgemachten psychischen Erkrankungen in die Beratung, Behandlung und Betreuung von akut oder chronisch psychisch Kranken einzubeziehen [1]. Die Erfahrungen mit diesen psychiatrie- und genesungserfahrenen „Peers“ waren ermutigend, wurden zunehmend institutionalisiert und sind heute in vielen dieser Länder gesetzlich verankert, die Peerbeteiligung regelhaft in die psychiatrische Versorgung und Forschung aufgenommen [2]. Peersupport – verstanden als jegliche Art der Unterstützung für Menschen in psychischen Krisen [3] - erwies sich in den verschiedenen Settings als wertvolle Ergänzung der von den anderen, einschlägig in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen erbrachten Hilfeangebote. „Der Unterschied von Peersupport zu Angeboten der „nichterfahrenen“ professionellen Mitarbeiter liegt darin, dass sich Menschen begegnen, die einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben“ [4] (S. 19). „Peers zeichnen sich dadurch aus, dass sie eigene Erfahrungen als Patient:innen in der psychiatri-

schen Versorgung gemacht haben, dies erfolgreich bewältigt haben und diese Erfahrungen nutzen, um andere Betroffene bei ihren individuellen Genesungsprozessen zu begleiten.“ [5](S.75).

Die Entwicklung in Deutschland begann zeitlich verzögert – maßgeblich begünstigt und entstanden im Rahmen eines 6 Länder (GB, NL, N, SLO, S, D) umfassenden europäischen Bildungsprojektes (Leonardo-da Vinci, 2005 – 2007), das unter Beteiligung von Vertretern der Betroffenenperspektive die Erstellung eines „Experienced-Involvement“ (EX-IN-) Qualifikationskurses zum Ziel hatte. Zentraler Inhalt der Qualifizierung war und ist neben dem Erwerb von Fähigkeiten und Wissen die Reflexion der eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen und deren Bewältigung [6].

Mit dem Kurskonzept wurde länderübergreifend der Grundstein gelegt für eine einheitliche Weiterbildung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung, die sich aufgrund ihrer eigenen bewältigten psychischen Krisen dafür interessieren und sich vorstellen können, ihre Genesungserfahrung mit anderen von psychischen Erkrankungen Betroffenen zu teilen und sie dadurch zu unterstützen.

Der einjährige Kurs erfolgt entlang einem modular aufgebauten Curriculum, an dessen Ende ein umfangreiches, persönliches Portfolio erstellt wird, in dem die im Kurs erworbenen, eigenen Kompeten-

zen und Fähigkeiten im Vordergrund stehen. Der erfolgreiche Abschluss des Kurses wird bestätigt durch ein Zertifikat, welches in Deutschland zugleich meist Voraussetzung für die Aufnahme einer Tätigkeit in psychiatrischen oder psychosozialen Versorgungseinrichtungen ist.

Für die Einhaltung der Standards dieser Qualifizierungsmaßnahme mit definierten Zielen, Inhalten, Dauer, Aufbau, Struktur und Methodik sorgt seit 2011 der Verein EX-IN-Deutschland e.V., der mittels Zertifizierung sowohl der Träger der Kurse wie der die Kurse durchführenden Trainer gleichbleibende Qualität gewährleistet.

Mittlerweile werden Kurse an mehr als 30 Standorten in Deutschland [7] angeboten, 5 davon in Bayern [14]. Auch wenn keine genauen Zahlen vorliegen, kann angesichts dieser Entwicklung davon ausgegangen werden, dass sich durch die vermehrten Kursangebote auch die Zahl der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Genesungsbegleiter:innen in den letzten Jahren deutlich vergrößert hat [7]. Dennoch ist Genesungsbegleitung in Deutschland bis heute bei Weitem - immer noch - kein flächendeckend eingesetztes Konzept [3], die Implementierung in psychiatrischen Kliniken erfolgt unsystematisch [7].

Zu einem ähnlichen Schluss kommt 2019 eine an 10 bayerischen Kliniken durchgeführte Beobachtungsstudie, wenn sie feststellt, dass auch im klinischen Bereich das in Genesungsbegleitung enthaltene Potenzial bisher zu wenig genutzt wird. [5]

Entwicklung in Oberbayern

Auf der Grundlage vorhandener Empfehlungen zur Implementierung von EX-IN Genesungsbegleitung begannen Anfang der 2010-er Jahre Überlegungen und Diskussionen zur Beschäftigung von Genesungsbegleitenden auch in Oberbayern.

Als Kostenträger zuständig für den nicht-klinischen Bereich, erprobte zum einen der Bezirk Oberbayern als einer der ersten Sozialhilfeträger bundesweit ab 2013 den praktischen Einsatz von Genesungsbegleiter:innen.

Parallel konnte das kbo-Isar-Amper-Klinikum an seinem Standort München 2013 die erste EX-IN-Genesungsbegleiterin einstellen und damit in Oberbayern den Grundstein legen für die Beschäftigung dieser neuen Berufsgruppe im klinischen Bereich.

Das kbo-Isar-Amper-Klinikum

An mehr als 50 Standorten sichert kbo (Kliniken des Bezirks Oberbayern) die psychiatrische Versorgung in Oberbayern. Als Teil von kbo übernimmt das kbo-Isar-Amper-Klinikum (kbo-IAK) die psychiatrische Versorgung für die Landeshauptstadt München sowie die umliegenden Landkreise mit mehr als 2,5 Millionen Menschen.

Das kbo-IAK ist eine der größten Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie in der Bundesrepublik, zugleich akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität und eine akademische Lehrereinrichtung der TU München. Mehr als 4400 Menschen aller Professionen arbeiten hier interdisziplinär in der psychiatrischen Versorgung der Menschen. Größ-

ter Standort mit mehr als 2200 Kolleg:innen ist das kbo-Klinikum Haar. Insgesamt verfügt das kbo-IAK über 13 Standorte in und um München, um eine wohnortnahe und dezentrale Versorgung zu gewährleisten. Spezialisierte stationäre Therapien werden in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, und Suchtmedizin angeboten, seit 2018 auch die Stationsäquivalente Behandlung (StäB). Neben dem stationären Bereich hält das kbo-IAK zwölf Tageskliniken und 19 Ambulanzen in und um München vor, und verfügt dafür insgesamt über 1652 Betten, 351 teilstationäre Plätze, sowie 32 Plätze für StäB.

An den beiden Standorten Haar und Taufkirchen (Vils) bestehen außerdem Kliniken für forensische Psychiatrie und Psychotherapie.

Implementierung von Genesungsbegleitung ab 2013

Der Einstieg in die Beschäftigung und Integration einer neuen Berufsgruppe in den klinischen Betrieb war in vielfacher Hinsicht Pionierarbeit, und ist bis heute ein komplexer Prozess. Denn Haltungen, Rollenbilder, Selbstverständnis und Arbeitsabläufe werden durch die Aufnahme von Genesungsbegleiter:innen in ein Team auf neue Weise hinterfragt, aus einem anderen Blickwinkel betrachtet.

Auf beiden Seiten gilt es, Verständnis zu schaffen für unterschiedliche Sichtweisen. Auf Seiten des Teams ist die Bereitschaft von Vorgesetzten wie Teams gefragt, sich für neue, ungewohnte Betrachtungen zu öffnen, sich auf einen gemeinsamen Lernprozess einzulassen

und diesen gemeinsam weiter auszugestalten. Dafür braucht es gegenseitigen Respekt für unterschiedliche Auffassungen und Haltungen. Insbesondere für die Genesungsbegleiter:innen geht es darum, die neue Rolle zu finden, sie einzunehmen, auszufüllen und sich darin sicher zu fühlen.

2023: Einrichtung einer Koordinationsstelle

Auch wenn Einarbeitung und Integration nicht bei allen neu eingestellten Genesungsbegleiter:innen auf Anhieb reibungslos verlief, in Einzelfällen auch ein anderes stationäres Setting gefunden werden musste, so wurden die in den ersten Jahren gemachten Erfahrungen überwiegend als gelungen und ermutigend wahrgenommen.

Vor dem Hintergrund dieser positiven Einschätzung und der unveränderten Zielsetzung der Klinikleitung, EX-IN-Genesungsbegleitung weiter auszubauen, beschloss die Klinikdirektion die Einrichtung einer Stabsstelle „Koordination EX-IN-Genesungsbegleitung am kbo-IAK“. Die damit bereitgestellten personellen Kapazitäten sollen die Implementierung von Genesungsbegleitung an beiden Standorten des kbo-IAK nachhaltig und auf mehreren Ebenen unterstützen. Im Sinne einer multiprofessionellen Ausrichtung wurde die Koordinationsstelle mit zwei Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (pflegerisch und ärztlich) mit jeweiligem Stellenanteil von 20% besetzt, und nahm Mitte 2023 ihre Arbeit auf.

Um die in 10 Jahren in gemeinsamer Zusammenarbeit mit EX-IN-Kolleg:innen im

Haus bereits entwickelten Erfahrungen und Erkenntnisse zu nutzen und daran anzuknüpfen, entschied sich die neu eingerichtete Koordinationsstelle zunächst für eine Bestandsaufnahme. So wurden Gespräche mit den für die Implementierung von Genesungsbegleitung zuständigen Dualen Leitungen der 6 Klinikbereiche am Standort München sowie am Standort Taufkirchen geführt. Alle Leitungskräfte zeigten sich interessiert an der Einstellung und Mitwirkung von Genesungsbegleiter:innen, und wünschten mehrheitlich Unterstützung bei Fragen zur deren Gewinnung, Einstellung, Einarbeitung und Betreuung.

Auch aus den Gesprächen, die mit den 2023 bereits beschäftigten Genesungsbegleiter:innen an deren Einsatzstellen geführt wurde, konnte die Koordinationsstelle wichtige Informationen und praktische Hinweise für die weitere Ausgestaltung des Implementierungsprozesses mitnehmen.

Als in der bisherigen Entwicklung bewährt und wesentlich für die Implementierung zeigten sich die Erkenntnisse, die durchgängig aus der einschlägigen Literatur und Empfehlungen zur Implementierung (4)(9)(14) bekannt sind. Beispielshaft seien genannt:

1. Organisatorische Aspekte:

- ♦ Geklärte Rahmenbedingungen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten
- ♦ Gute Vorbereitung und Unterstützung der Teams
- ♦ sorgfältige Aufgabenklärung, orientiert an den individuellen Kompetenzen der Genesungsbegleiter:innen, vor deren Einstellung

- ♦ Gute Einführung der neuen Mitarbeiter:innen in Teams wie bei Patienten
- ♦ Benennung eines Ansprechpartners auf Station (Mentor), geregeltes Feedback
- ♦ Als bereits gut bewährt und erhaltenswert wurden die bisherigen Erfahrungen mit der disziplinarischen Einbindung und Unterstellung von Genesungsbegleiter:innen in der Pflege bewertet

2. Fachliche Aspekte:

- ♦ Kenntnis und Orientierung der Stationsteams in ihrer Arbeit an den der Genesungsbegleitung zugrundeliegenden Konzepten: Partizipation, Empowerment, Resilienz und Salutogenese [5][10], sowie insbesondere dem Recovery-Konzept, das in seiner personenzentrierten Perspektive vor allem auf den persönlichen Wachstumsprozess und selbst gestalteten Weg hin zu einem hoffnungsvollen, sinnerfüllten und selbstbestimmten Leben abzielt [3][5][8][11], denn: „Aus Betroffenenensicht kann Recovery als ein Prozess verstanden werden, in dem Betroffene eine Reihe von Behandlungsangeboten in Anspruch nehmen können, die den Genesungsprozess unterstützen sollen, ohne dass spezifische Kriterien und Richtlinien erfüllt werden müssen.“ [5] (S. 73). Dies korrespondiert mit dem von EX-IN Deutschland e.V. veröffentlichten Leitbild, welches ausdrücklich Bezug auf das Recovery-Konzept

nimmt und den Leitideen der Recovery-Bewegung einen besonderen Stellenwert zuschreibt [15]

- ♦ Damit einhergehend: Die Ziele der Peer-Arbeit sollten Mitarbeiter:innen auf Stationen bekannt und nachvollziehbar sein [14].
- ♦ Sowie aus beiden vorigen Punkten ableitbar: Mögliche und empfohlene Einsatzbereiche von Genesungsbegleiter:innen, aufbauend auf dem 3-Ebenen-Modell (Nutzerebene, Teamebene, Einrichtungsebene) [9].

Entwicklung bis Oktober 2025

Auf Basis der beschriebenen Grundlagen und im Wissen um die Unterstützung der Klinikdirektion und -leitungen wurde seitens der Koordinationsstelle der Schwerpunkt auf den weiteren Implementierungsprozess (hier vor allem Neueinstellungen und Verankerung von Genesungsbegleitung in der Klinikstruktur) sowie die Unterstützung der bereits existierenden Berufsgruppe bei ihrer Auseinandersetzung mit alltagsrelevanten Fragen gelegt.

In beiden Bereichen erwies sich die Entscheidung der Klinikdirektion zur Einrichtung der Koordinationsstelle als hilfreich.

Zum einen bewirkte das damit zum Ausdruck gebrachte Commitment der Krankenhausleitung zur Implementierung von Genesungsbegleitung am Haus sowohl intern wie extern eine sehr positive Haltung gegenüber dem kbo-IAK als potentiellern Arbeitgeber, was in den 2 Folgejahren erkennbare Auswirkungen auf das Interesse weiterer EX-IN-Mitarbeiter:innen hatte.

Vor allem die Nachfrage nach Hospitationen und Praktikumsplätzen - oft der Einstieg in eine anschließende Festanstellung - aber auch Spontانبewerbungen nahmen zu. Innerhalb von zwei Jahren konnte die Zahl der Mitarbeiter:innen verdoppelt werden. Stand Oktober 2025 sind im kbo-IAK insgesamt 26 EX-IN-Genesungsbegleiter:innen beschäftigt, 18 davon weiblich, 8 männlich. Die Bandbreite der Wochenstunden bzw. Stellenanteile ist sehr groß, sie reicht von Vollbeschäftigung (1 Person) über Teilzeitkontingente zwischen 30 – 80 % bis hin zu Geringfügigkeitsbeschäftigung (5 Personen).

Im Kontext von Einstellungen fungiert die Koordinationsstelle inzwischen als übergeordnete Anlaufstelle für jegliche, EX-IN-Genesungsbegleitung betreffende Anfragen von extern und intern. Sie übernimmt (Vor)klärungen, ordnet zu, und unterstützt und vermittelt bei der Koordination individueller Bedarfe und Wünsche.

Ein zweiter Bereich, der mit Einrichtung der Koordinationsstelle deutlich gestärkt werden konnte und sich seither dynamisch entwickelt, sind die alle 2 Monate stattfindenden Treffen der Berufsgruppe. Anfänglich mit weitgehend von der Koordinationsstelle selbst erstellter Agenda, die vor allem die Kommunikation von Sachständen zum Thema EX-IN im Haus im Blick hatte, wurde von den Teilnehmer:innen zunehmend der Wert des Treffens zum gegenseitigen Kennenlernen und Austausch entdeckt. Gerade wegen ihrer Tätigkeit an unterschiedlichen Standorten der Klinik haben viele der im kbo-IAK beschäftigten EX-IN-Kolleg:innen selten die Gelegenheit sich zu

sehen. Dies führte zu einem allmählichen Wandel der Veranstaltung in Richtung einer Intervision, in der inzwischen ein reger Austausch über die verschiedensten, von den Teilnehmer:innen eingebrachten Themen stattfindet:

von persönlich belastenden Situationen über Herausforderungen im Umgang mit Patient:innen, Unsicherheiten und Fragen hinsichtlich der eigenen Rolle im Team bis hin zu Themen, die sich aus aktuellen Entwicklungen ergeben und die gesamte Gruppe betreffen, etwa zur Eingruppierung, Fort- und Weiterbildung oder Dokumentation. Die gemeinsame Befassung und Auseinandersetzung schärft nicht nur den Blick für verschiedenste Aspekte der Arbeitssituation, sondern bewirkt gegenseitige Denkanstöße, gemeinsame Reflexion, fördert die Entwicklung, das Einbringen und Weiterverfolgen von Ideen. Der Austausch stärkt das Finden von gemeinsamen Positionen und Haltungen, die einzelnen Mitarbeiter:innen der Berufsgruppe können eigene Erfahrungen und Sichtweisen mit denen der Kolleg:innen abgleichen, ggf. anpassen. In Fällen von Konflikten etwa im Team hilft oft ein in der Gruppe erhaltener Rückhalt und ermutigt, an einem Thema dranzubleiben. Die Gruppendynamik ist von großem Engagement, Ideenreichtum und Kreativität bei einem hohen Maß an gegenseitiger Aufmerksamkeit und Sensibilität gekennzeichnet. All dies führt zu einem beständigen Zugewinn an Sicherheit und Orientierung einerseits, Bereitschaft zur Überprüfung eigener Haltungen andererseits. Darüber hinaus entwickelt sich in der Gruppe ein Gefühl der Zu- und Zu-

sammengehörigkeit, das sich bereichernd auf die Gruppenidentität niederschlägt. Das wachsende Selbstverständnis in Richtung einer Identifizierung als Gruppe scheint sich insbesondere bei den Kolleg:innen positiv auszuwirken, die bisher eher als „Einzelkämpfer:innen“ unterwegs waren. Die Erfahrungen, als Gruppe wahrgenommen zu werden und Gehör zu finden, gemeinsame Interessen zu formulieren und erfolgreich dafür einzutreten, stärken das Selbstverständnis bezgl. der eigenen Rolle und Bedeutung im gesamten klinischen Kontext und verstärken die Bereitschaft zur Mitgestaltung des Arbeitsalltags.

Die Befunde andernorts, dass der Austausch untereinander enorm wichtig ist und die Berufsgruppe sehr profitiert, wenn ihr möglichst viele Genesungsbegleitende angehören [7]) können uneingeschränkt bestätigt werden.

Wo stehen wir heute, was hat sich bewährt – ein Zwischenfazit

Die bisherigen Erfahrungen am kbo-IAK geben Einblick, welche Aspekte bei der Implementierung von EX-IN-Genesungsbegleitung im klinischen Bereich eine Rolle spielen und sich bewährt haben:

Es gibt ein weites Spektrum möglicher Tätigkeiten für Genesungsbegleitende im klinischen Bereich, mit denen der Blick auf Behandlungsabläufe und -inhalte erweitert und das „Erreichen“ der Patienten um eine wesentliche Facette ergänzt wird. Sowohl im direkten Kontakt zu den Patienten als auch in der Rolle als Brückenbauer [12] und Fürsprecher in Richtung der Behandlungsteams sind

Genesungsbegleiter:innen wichtige und authentische Impulsgeber für Recovery-orientierte Interventionen.

Die Tatsache, dass sich das Tätigkeitspektrum der Genesungsbegleiter (anders als die Ausbildung der übrigen in multiprofessionellen Teams tätigen Berufsgruppen) nicht in ein klar definiertes und vor allem einheitliches Aufgabenprofil pressen lässt, sondern in erster Linie vom sehr individuellen Erfahrungswissen des Genesungsbegleitenden geprägt wird, ist bei der Festlegung des individuellen Tätigkeitsbereiches unbedingt und von Beginn an zu berücksichtigen. Erst das gelungene Zusammenspiel von persönlichen Neigungen und Stärken, so wie sie im individuellen Portfolio entwickelt worden sind, mit der eigenen Lebensgeschichte, gemachten Krisenerfahrungen und gefundenen Bewältigungsstrategien kann den Wert der Genesungsbegleitungsarbeit zur Geltung bringen. Hierfür muss es den benötigten Spielraum geben. Hilfreich ist insbesondere im Einarbeitungsprozess ein offenes, gemeinsames Monitoring mit Platz für Nachjustierungen und Anpassungen, idealerweise durch die als Mentor ausgewählte Vertrauensperson.

Großen Einfluss auf das Tätigkeitsprofil hat die verfügbare wöchentliche Arbeitszeit der Genesungsbegleiter:innen. Bei wenig Wochenstunden wird der Fokus in aller Regel auf umschriebenen Aufgaben liegen, die in eher niedriger Frequenz durchgeführt werden. Steigt die Zahl der verfügbaren Stunden, ist auch eine Teilnahme an Morgenrunden, Teambesprechungen und Visiten mög-

lich und wünschenswert, um gut in das tägliche Behandlungsgeschehen auf der Station eingebunden zu sein.

Unklarheiten etwa bezgl. Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie Konflikte sollten so früh wie möglich angesprochen und aufgelöst werden, die zuständige Ansprechperson bekannt sein und die benötigte Zeit zur Verfügung stellen können.

Viele Patienten profitieren deutlich vom Kontakt mit Genesungsbegleitenden, melden dies auch so zurück. Aber: dieser Kontakt ist eine freiwillige Entscheidung jedes Patienten, nicht alle wünschen ihn, manche lehnen ihn ab. Dies ist vom Team wie vom Genesungsbegleiter zu respektieren, und sollte nicht zu (Selbst)vorwürfen oder Kritik aneinander führen.

In vielen Punkten korrespondieren die inzwischen bei der Implementierung von EX-IN-Genesungsbegleitung im kbo-IAK gemachten Erfahrungen mit Befunden der einschlägigen Fachliteratur und bestätigen diese:

Entscheidend für gelingende Beschäftigung von Genesungsbegleiter:innen ist die gründliche Vorbereitung auf der Ebene der Organisation und des Teams, die Klärung der Rolle und Funktion von Genesungsbegleitern [9] sowie eine sorgfältige Aufgabendefinition [2][4][6] (s.a. oben: Organisatorische Aspekte). Der Implementierungsprozess sollte getragen sein von offener Kommunikation zwischen allen Beteiligten und unter Einbezug der Genesungsbegleiter fortlaufend evaluiert werden, um bei Bedarf frühzeitig nachsteuern zu können [10].

Der Tatsache, dass Genesungsbegleitung neue, spezifische Leistungen in die psychiatrische Versorgung einbringt, sollte die Etablierung als eigenständige Berufsgruppe in der Klinikstruktur mit den dazu erforderlichen Schritten folgen. Dabei ist darauf zu achten, dass die professionsspezifische Flexibilität und Individualität der Berufsgruppe erhalten bleibt.

Spezifische Weiterbildungsmöglichkeiten und Fortbildungsangebote sollten bereitgestellt werden [7].

Um das vorhandene Angebot von Genesungsbegleitung für Betroffene bestmöglich nutzbar zu machen, sollten geeignete Wege und Formen der Information über die Möglichkeiten dieser besonderen Form der Unterstützung von Klinikpatienten entwickelt und implementiert werden [8].

Vergütung ist ein zentrales Thema für die meisten EX-IN-Kolleg:innen. Die verbreitete Zuordnung in Gehaltsgruppen ungelernter Mitarbeiter:innen und das damit vergleichsweise niedrige Einkommen stellen für viele Angehörige dieser Berufsgruppe ein Problem dar, das von einzelnen Arbeitgebern allein nicht gelöst werden kann. Neue, möglichst bundesweit einheitliche, übergreifende Standards zur Ermittlung ausreichender Einkommen sollten hier gefunden werden [1][7].

Schließlich: Wünschenswert und für die weitere Entwicklung unentbehrlich sind Untersuchungen und Evaluationen, mit denen genauere Erkenntnisse z.B. über die Ausgestaltung der möglichen Einsatzgebiete, hilfreiche Faktoren für die Beschäftigungssituation, den Abgleich

von Wünschen und Erwartungen der Genesungsbegleiter:innen selbst mit denen von Nutzern und anderen beteiligten Berufsgruppen, Faktoren gelingender Zusammenarbeit [13] sowie der Wirksamkeit von Peer-Arbeit im klinischen Bereich gewonnen werden [2] [3].

Aktuelle Themen und Ausblick

Eine Vielzahl von Themen, (Projekt)ideen und Aktivitäten entstand in den letzten zwei Jahren, vieles davon aus Diskussionen in den zweimonatlichen Berufsgruppentreffen, anderes im Rahmen des regelmäßigen Austausches der Koordinationsstelle sowohl mit der Krankenhausleitung des kbo-IAK wie mit den für EX-IN Genesungsbegleitung zuständigen Ansprechpersonen auf der Ebene des kbo-Kommunalunternehmens (auch auf dieser Ebene wird derzeit das Thema EX-IN-Genesungsbegleitung entwickelt, hier für weitere Klinikstandorte in Oberbayern). Die Themen umfassen eine große Bandbreite von technisch-organisatorischen über strukturelle bis hin zu fachlich-inhaltlichen Fragen. Soweit sie aus der Berufsgruppe kommen, sind sie auch Ausdruck für den dort inzwischen erreichten Grad an Reflexion des Alltagsgeschehens der Genesungsbegleiter:innen, die ihre Erfahrungen aus den unterschiedlichen stationären Settings mit verschiedensten Patientengruppen mitbringen.

Aktuelle Themen sind

.....*die Berufsgruppe selbst betreffend:*

- ♦ die schrittweise Entwicklung der Arbeitsweise des Gremiums selbst durch Erstellung eigener vorbereiteter Inputs und Beiträge; Erstellung

eines gruppeninternen „Rundbriefes“ mit aktuellen Informationen, u.a. mit Sachständen zu inzwischen gebildeten kleinen (themenbezogenen, befristet tätigen) Arbeitsgruppen.

- ♦ Diskussion, Vorbereitung und Durchführung konzeptueller Projektideen, z.B. Konzipierung einer Anti-Stigma-Kampagne für die Stationen; Konzipierung von Gruppenangeboten mit ausgewählten Inhalten aus den Modulen der Qualifizierungsmaßnahme; Beteiligung von Genesungsbegleitung im Aufnahmeprozess auf Akutstationen (alle in Planung); Durchführung eines Probelaufs für „Patenschaften“ für neue EX-IN-Kolleg:innen; Durchführung von spezifischen Gruppenangeboten (IWS) (in Erprobung);
- ♦ Ermöglichung gegenseitiger Hospitationen in den verschiedenen Arbeitsbereichen

.....*die Zusammenarbeit der Berufsgruppe mit der Koordinationsstelle betreffend:*

- ♦ Befassung mit und Konzepterarbeitung für die Themen Fort- und Weiterbildung (für 2026 in Vorbereitung: gemeinsamer Fortbildungstag)
- ♦ Vorbereitung Beteiligung Genesungsbegleitung in der Zentralen Patientenaufnahme des Hauses
- ♦ Befassung mit Fragen zur Eingruppierung, Zeiterfassung, Angehörigenberatung, Dokumentation, Arbeitsplatzgestaltung

- ♦ Weiterentwicklung des Berufsgruppentreffens bezgl. Struktur, Inhalten und Prozessen zur bestmöglichen Nutzung des Gremiums für jeweils aktuelle Themenstellungen, den gemeinsamem Austausch mit externen Gästen zu Fragestellungen, die für Genesungsbegleiter:innen im Haus relevant sind, sowie für das Interventionskonzept
- ♦ Gemeinsame Bemühungen um zunehmende Stärkung, Eigenständigkeit und Positionierung der Berufsgruppe in der Klinikstruktur

.....*die Zusammenarbeit der Koordinationsstelle mit klinischen Gremien betreffend:*

- ♦ Thematisierung des Themas Eingruppierung, Prüfung möglicher Optionen und Ansatzpunkte zur Verbesserung
- ♦ Ausschreibung und Besetzung einer Stelle „Berufsgruppensprecher EX-IN Genesungsbegleitung an kbo-IAK“ (i.S. Tätigkeitsbereich Institutionelle Ebene)
- ♦ Prüfung/Diskussion der Voraussetzungen für eine Beteiligung von Genesungsbegleitung in den forensischen Kliniken des Hauses (bei dort geltend gemachtem Interesse), sowie Aufstockung der Personalkapazitäten in den bisher noch nicht gut mit Genesungsbegleitung ausgestatteten Klinikbereichen (z.B. Sucht, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik)
- ♦ Diskussion über Umgang mit dem Thema des begrenzten Arbeitsmarktes/ nur eingeschränkt verfügbarer Arbeitskräfte im Bereich EX-

N-Genesungsbegleitung, Prüfung von Möglichkeiten zur Sicherstellung

- ♦ Überlegungen zu geeigneten Formen der Evaluation des Implementierungsprozesses von Genesungsbegleitung und der ihn bedingenden Faktoren
- ♦ Hausübergreifende, inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der patientenbezogenen Dokumentation durch Genesungsbegleiter:innen, Festlegung von Lese- und Schreibrechten, Integration in elektronische Patientenakte

.....*die Koordinationsstelle selbst betreffend:*

- ♦ Weiterer Ausbau interner und externer Öffentlichkeitsarbeit (Medien, Homepage, Messe, Vorträge, Beteiligung an Schulungsprogrammen kbo-intern etc.)
- ♦ Regelmäßiger Austausch mit Ansprechpartnern im Kommunalunternehmen zur Abstimmung und Koordination der beidseitigen Aktivitäten gemäß jeweiligen Zielsetzungen
- ♦ Vernetzung mit anderen themenbezogenen Gremien auf Ebene der Landeshauptstadt München, Bezirk Oberbayern, Bayerischer Bezirktetag
- ♦ Weitere Bekanntmachung der Koordinationsstelle und ihrer Aufgaben nach intern und extern mit dem Ziel, die Haltung der Klinik zum Thema Genesungsbegleitung zu kommunizieren, bekannt zu machen und damit die Bedeutung und den Wert von Genesungsbegleitung im Klinikbetrieb zu verdeutlichen – auch zur

Gewinnung weiterer Mitarbeiter:innen und erfolgreichen Fortsetzung des Implementierungsprozesses.

Welche Themen mit welcher Priorität angegangen werden können, unterliegt in der angesichts bevorstehender Strukturveränderungen im Haus aktuell hohen Dynamik teils wenig beeinflussbarer Faktoren. Andererseits bestehen durch das erhebliche Anwachsen der Berufsgruppe Genesungsbegleitung selbst, ihrer deutlich gestiegenen Wahrnehmung und Wertschätzung im Haus, mit der intern und extern gut vernetzten Koordinationsstelle und nicht zuletzt wegen der uneingeschränkten Unterstützung der klinikinternen Weiterentwicklung von Angeboten der Genesungsbegleitung durch die Krankenhausleitung sehr gute Voraussetzungen, die nachhaltige Verankerung – dann auch in den neuen Strukturen – voranzubringen. Die Bereitschaft dazu ist auf Seiten aller beteiligten Akteure vorhanden. Voraussetzung jeglicher Weiterentwicklung bleibt eine geregelte, langfristig gesicherte Finanzierung von Genesungsbegleitung in der Klinik durch die Krankenkassen.

Schließlich sollte ein manchmal unscheinbarer, aber maßgeblicher Aspekt im Blick behalten werden: Welche Form und welcher Grad der Professionalisierung von Genesungsbegleitung ist nötig und erstrebenswert? Es besteht ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen der „Individualität“ und „Einmaligkeit“ jeder einzelnen Genesungsbeileiter-Persönlichkeit hier, der Notwendigkeit zur Integration in formelle Abläufe auf

Station, Einhaltung von teils unflexiblen, festgelegten Rahmenbedingungen, Standards und institutionellen Vorgaben mit einengender Wirkung dort. Beide Anforderungen - sicher abgesteckte Rahmenbedingungen sowie Erhalt der Flexibilität und Unabhängigkeit der Genesungsbegleitenden - sollten gut vereinbar sein. Nur so können Genesungsbegleiter:innen auf Dauer ihre Aufgaben selbst wählen und gestalten - orientiert an den Bedürfnissen der Patient:innen und eingebettet als selbstständiges Mitglied in das multiprofessionelle Team.

Zusammenfassung:

Mit Einstellung einer ersten EX-IN-Genesungsbegleiterin begann im kbo-Isar-Amper-Klinikum München 2013 die Erprobung des Einsatzes dieser neuen Berufsgruppe im klinischen Setting. Nach in den Folgejahren gesammelten positiven Erfahrungen beschloss die Klinikleitung 2023 die Einrichtung einer Koordinationsstelle EX-IN-Genesungsbegleitung, um damit die weitere Implementierung von Genesungsbegleitung forcieren, themenbezogene Fachfragen zuordnen, deren Bearbeitung sicherstellen sowie das neue Leistungsangebot nachhaltig in den Klinikstrukturen verankern zu können.

Seither verdoppelte sich die Zahl von EX-IN-Genesungsbegleitern am Haus, die Berufsgruppe ist inzwischen an fast allen Klinikstandorten vertreten. Wahrnehmung und Wissen über Genesungsbegleitung sind im gesamten Haus spürbar gewachsen. Das Interesse an der Einstellung von Genesungsbegleitenden ist in den meisten Klinikbereichen eben-

so gestiegen wie der gute Ruf der Klinik als Arbeitgeber. Die Genesungsbegleiter:innen selbst finden zu einem zunehmenden Selbstverständnis als eigene Berufsgruppe mit eigener Identität, werden als solche gesehen und einbezogen. Mit den nun langjährigen, breiten Erfahrungen sowie den bisher geschaffenen Strukturen bestehen gute Voraussetzungen für die langfristige Verankerung und den weiteren Ausbau von Genesungsbegleitung am kbo-IAK und anderen Kliniken von kbo.

Literatur

- [1] Ruiz-Perez G et al (2024) Berufsbild und Finanzierung der Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten Versorgung in Deutschland – Status quo und Möglichkeiten. Gesundheitswesen. DOI 10.1055/a-2452-4239
- [2] Mahlke C et al (2019) Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt 62: 214-221
- [3] Walde P, Völm B (2025) Effekte von Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung; Ein systematischer Review of Reviews. Psychiatr Prax 52: 70-79
- [4] Utschakowsky J et al (2016) Experten aus Erfahrung . Peerarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag
- [5] Lange C et al (2024) Recovery-orientierte Behandlung und Genesungsbegleitung in der Psychiatrie. Der Nervenarzt 96: 362-371
- [6] Weibold B, Aigner M (2023) EX-IN: Peerarbeit in der Psychiatr. Pflegepraxis 76:24-27

[7] Oster A, Frey A, Kieser S (2024) Zwischen Gleichstellung und Individualität. Genesungsbegleitung als eigenständige Berufsgruppe implementieren. Sozialpsychiatrische Informationen 54: 43-48

[8] Gühne U et al (2021) Genesungsbegleitung: Inanspruchnahme und Nutzenbewertung aus Betroffenenperspektive – Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Psychother Psych Med 71: 499-507

[9] Utschakowsky J (2015) Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Psychiatrie-Verlag

[10] Groß SE et al (2021) Selbst- und Fremdwahrnehmung von Genesungsbegleitenden im klinisch-psychiatrischen Alltag. Psychiatr Prax 49: 44-48

[11] Walde P, Gerullis K (2023) Genesungsbegleitung. In Völm B, Schiffer B (Hrsg) Forensische Psychiatrie (S. 637-646)

[12] Grehl C (2022) Genesungsbegleiter in der Psychiatrie. Heilberufe 74: 50-52

[13] Schmidt D et al (2025) Übersehene Professionalität – individuelle Gelingensfaktoren von Peer- und Genesungsbegleitung. Der Nervenarzt 96: 362-371

[14] EX-IN Bayern e.V. Homepage. (2024) EX-IN Genesungsbegleitung für Oberbayern. Eine Handreichung. <https://ex-in-by.de/wp-content/uploads/2024/02/Handreichung-aktualisiert-20240131-final.pdf> Aufgerufen am 18.09.2025

[15] EX-IN Deutschland e.V. Homepage Leitbild, <https://ex-in.de/ueber-ex-in/leitbild> Aufgerufen am 18.09.2025

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Welschhold
Koordination EX-IN Genesungsbegleitung
Klinikum-München-Ost (KMO)
Vockestr. 72, 85540 Haar
michael.welschhold-grefe@kbo.de