



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Pressespiegel

29.03.2017

Bayerische Landesärztekammer
Pressestelle
Dagmar Nedbal
Mühlbauerstraße 16
81677 München
Telefon: 089 4147-268
Fax: 089 4147-202
E-Mail: presse@blaek.de
www.blaek.de

Inhaltsverzeichnis

Sonstiges	1
Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.03.2017, Seite 15 Koalition einigt sich auf Reform der Pflegeausbildung	1
Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.03.2017, Seite 17 Krankenkassen heben Beiträge an	2
Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.03.2017, Seite N2 Kein Boden mehr unter den Füßen?	3
Süddeutsche Zeitung Ausgabe Dachau vom 29.03.2017, Seite R14 Wenn jede Minute zählt	7

Sonstiges

Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.03.2017

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Seite: 15
Ressort: Wirtschaft
Seitentitel: Wirtschaft

Ausgabe: Hauptausgabe
Nummer: 75

Koalition einigt sich auf Reform der Pflegeausbildung

Mehr Wahlmöglichkeiten für Kinderkranken- und Altenpflegeschüler vorgesehen

ami. BERLIN, 28. März. Nach mehr als einjährigem Ringen im Bundestag hat sich die Koalition auf die Reform der Pflegeberufsausbildung geeinigt. Das teilten der Vize-Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion, Georg Nüßlein (CSU), und sein SPD-Kollege Karl Lauterbach mit. Demnach wird die getrennte Ausbildung der drei Berufsbilder Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammengelegt. Diese "Generalisierung" hatte das Kabinett im Januar 2016 auf Betreiben von Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) und Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) verabschiedet. Allerdings hatte vor allem die Unionsfraktion Vorbehalte gegen die vorgesehene Art der "Generalisierung". Dem trägt der jetzt gefundene Kompromiss Rechnung. Denn die Alten- und die Kinderkrankenpflege werden in den ersten beiden Jahren der dreijährigen Ausbildung wie bisher unterrichtet. Nach dem zweiten Jahr können die Schüler entscheiden, ob sie allein in der Kinder- oder Altenpflege den Abschluss machen oder ob sie in die "Generalistik" wechseln - womit ihnen der Weg auch in die anderen Pflegebe-

rufe (Krankenpflege) offenstünde. Pflegeschulen werden verpflichtet, den Interessenten den Weg zu ebnet. Krankenpflege soll von Anfang an in der "generalistischen" Form gelehrt werden.

Die Finanzierung der Ausbildung wird wie geplant durch einen Fonds sichergestellt. Er wird auf Ebene der Länder organisiert. Per Umlage zahlen alle Pflegeeinrichtungen ein. Damit werden auch jene beteiligt, die nicht ausbilden. Zudem wird sich die Pflegeversicherung an der Finanzierung beteiligen. Pflegeschüler sollen in keinem Fall mehr Schulgeld zahlen.

Von der Reform verspricht sich die Regierung mehr Durchlässigkeit der Pflegeberufe mit mehr Wechsel- und Aufstiegsmöglichkeiten für das Personal. Damit wachse die Attraktivität des Pflegeberufs, in dem es bereits heute einen gravierenden Fachkräftemangel gibt. In der Altenpflege wird die Gefahr beschworen, dass Fachkräfte in die besser bezahlte Krankenpflege abwanderten und das Personalproblem verschärft würde. Schwesig und Gröhe konterten mit dem Hinweis, Altenpflege solle eben besser bezahlt wer-

den.

Vor allem in der Kinderkrankenpflege gab es Befürchtungen, das Niveau der Ausbildung könnte durch die "Generalistik" sinken. Andererseits kamen - stark aus Bayern - Vorbehalte, wonach es Hauptschülern womöglich schwerer falle, die anspruchsvollere allgemeine Ausbildung für alle drei Berufsbilder zu bestehen. Viele Altenpfleger rekrutieren sich heute aus Hauptschülern, ihnen dürfe der Zugang zu dem Beruf nicht verschlossen werden.

Eine Übergangs- und Prüfklausel soll das sicherstellen. Nach Inkrafttreten der Reform 2019/2020 gibt es eine sechsjährige Übergangszeit. Stellt sich heraus, dass mehr als die Hälfte der Alten- und Kinderkrankenpfleger Generalistik wählen, soll ganz darauf umgeschwenkt werden. Nüßlein zeigte sich zufrieden. Das sei eine "sehr ausgewogene Reform", auch Hauptschülern werde Rechnung getragen. Nicht zuletzt hatten die Fraktionen durch die Einigung sichergestellt, dass das Thema im Koalitionsausschuss nicht mit anderen Fragen vermischt wurde.

Seite: 17
Ressort: Wirtschaft
Seitentitel: Wirtschaft

Ausgabe: Hauptausgabe
Nummer: 75

Krankenkassen heben Beiträge an

Für zwei Millionen Versicherte wird es ab April teurer

ami. BERLIN, 28. März. Das ist kein Aprilscherz. Am 1. April steigen für mehr als zwei Millionen Krankenversicherte die Beiträge. Mehrere Kassen erhöhen am Samstag ihre Zusatzbeiträge. Allen voran die Kaufmännische Krankenkasse aus Hannover (KKH). Die Ersatzkasse steigert ihren Zusatzbeitrag für 1,8 Millionen Versicherte um 0,3 Punkte auf 1,5 Prozent. Damit beträgt der Beitragssatz 16,1 Prozent. Das sind 0,4 Punkte über dem Durchschnittssatz von 15,7 Prozent. Bei Einkommen an der Bemessungsgrenze von 4350 Euro belaufen sich die Zusatzkosten damit auf 13,05 Euro im Monat.

Etwas günstiger kommen die 330 000 Versicherten der Schwenninger Betriebskrankenkasse davon. Ihre Kasse hebt den Beitragssatz um 0,2 Punkte auf 15,9 Prozent an. Der Zusatzbeitrag, den die Mitglieder allein zahlen, beläuft sich auf 1,3 Prozent, die Zusatzkosten auf bis zu 8,70 Euro im Monat. Im gleichen Umfang werden Mitglieder der BKK Salzgitter zur Kasse gebeten. Doch sie ist eine geschlossene Kasse. Hier können, anders als bei KKH und Schwenninger

BKK, nur Betriebsangehörige Mitglied werden.

Die Kassen begründen die Erhöhung mit steigenden Ausgaben und unzureichenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dessen Verteilmechanismus wird von vielen der 113 Kassen kritisiert - auch solchen, die ihren Beitragssatz weder zum Januar noch jetzt erhöhen mussten. KKH und Schwenninger BKK haben das vorige Jahr mit Verlusten beendet. Insofern wird in der Kassenszene vermutet, dass sie sich mit der Anhebung einen Vorteil im Wettbewerb mit den gut zwei Dutzend Kassen verschaffen wollten, die ihre Beiträge im Januar angehoben haben.

Mit der Anhebung sei die Finanzierung der Ausgaben im laufenden Jahr sichergestellt, sagte ein KKH-Sprecher. Im September wechselt der langjährige Vorstandschef Ingo Kailuweit in den Ruhestand. Andere Kassen fürchten, dass die Finanzlage in Hannover schlechter ist, als es aussieht. Die KKH hatte im Jahr 2015 Forderungen aus Rechtsstreitigkeiten in Höhe von 64 Millionen Euro eingebucht, die nicht realisiert sind. Während bei der KKH

betont wird, die Wirtschaftsprüfer hätten die Richtigkeit bestätigt - und offenbar die Bundesaufsicht davon überzeugt -, heißt es anderswo, die Forderungen könnten kaum in der gebuchten Höhe realisiert werden, weshalb für das Jahr 2018 ein neuer Anstieg des Zusatzbeitrags drohe. Davon abgesehen, stehen die Beitragsanhebungen in einem gewissen Kontrast zu der Feststellung von Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vom Monatsanfang, wonach die Krankenversicherung mit Reserven von 25 Milliarden Euro "weiterhin auf einer guten Grundlage" stehe. Entsprechend kommentiert der Sprecher des Spitzenverbands der Kassen, Florian Lanz: "Die ersten Beitragserhöhungen im laufenden Jahr sind auch eine Mahnung an die Politik, dass es trotz der im Durchschnitt guten Finanzsituation noch viel zu tun gibt." Für eine dauerhaft gute und wirtschaftliche Versorgung seien etwa bei den Krankenhäusern Strukturreformen und bei den Arzneipreisen Änderungen notwendig.

Seite:	N2	Serientitel:	Hirnerkrankungen - wo stehen wir?
Ressort:	Natur und Wissenschaft	Ausgabe:	Hauptausgabe
Seitentitel:	Natur und Wissenschaft	Nummer:	75

Kein Boden mehr unter den Füßen?

Eine Hirnerkrankung, die das System herausfordert: Depressionen werden immer öfter festgestellt, doch in der digitalen Zeit gibt es auch Hoffnungen.

Von Ulrich Hegerl

Nehmen Depressionen wirklich zu? Ist eine Depression überhaupt eine ernsthafte Gehirnerkrankung oder doch nur die nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Lebens? Auf den ersten Blick scheint das so zu sein. Vor dreißig Jahren erfolgten beispielsweise neun Prozent aller Frühberentungen wegen Depression und anderer psychischer Erkrankungen, heute sind es 43 Prozent. Auch die Krankschreibungen wegen Depressionen haben sich in diesem Zeitraum verdoppelt oder verdreifacht. Dahinter steckt aber eher eine erfreuliche Entwicklung: Mehr Menschen mit einer Depression trauen sich, Hilfe zu holen. Zudem erkennen die Ärzte das Krankheitsbild heute besser, das sich ja oft hinter körperlichen Beschwerden versteckt. Und schließlich wird eine Depression häufiger auch Depression genannt - und wird nicht hinter weniger stigmatisierenden Ausweichdiagnosen wie chronischem Rückenschmerz, Tinnitus oder Fibromyalgie versteckt.

Die Betroffenen werden heute nicht mehr so oft vergeblich wegen unterschiedlichster körperlicher Beschwerden behandelt, sondern gezielt wegen der Depression. Diese bessere Versorgung der Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen dürfte der Hauptgrund dafür sein, dass die Zahl der Suizide in Deutschland in den vergangenen dreißig Jahren von 18 000 jährlich auf 10 000 zurückgegangen ist. Das heißt, jeden Tag nehmen sich heute circa 25 Menschen weniger das Leben als damals. Epidemiologische Untersuchungen der Bevölkerung bestätigen übereinstim-

mend, dass Depressionen bereits früher so häufig wie heute waren, auch wenn sie früher seltener erkannt und behandelt wurden.

Jedes Jahr erkranken etwa 5,3 Mio Menschen in Deutschland an einer depressiven Episode im Rahmen einer unipolaren Depression. Das Risiko, zu erkranken, ist bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Hinzu kommen andere Depressionsformen wie depressive Krankheitsphasen im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung (Bipolare Depression) oder die Dysthymie, eine im frühen Erwachsenenalter beginnende, nicht so schwer ausgeprägte, aber unbehandelt chronisch verlaufende Erkrankung. Anders als oft vermutet, gibt es im höheren Alter trotz der Zunahme körperlicher Erkrankungen und vielfältiger Verluste keine Zunahme an mittelschweren und schweren Depressionen. Wie unterscheidet sich Depression von Trauer und Verlust im Alter?

Menschen, die eine depressive Krankheitsphase durchlebt haben, berichten, dass dies ein für sie völlig neuartiger, schrecklicher Zustand war, so als ob ihnen der Boden unter den Füßen weggezogen worden wäre. Sie berichten regelmäßig, dass Depression eine traumatisierende Erfahrung und ein ganz spezieller Zustand ist, der sich deutlich von allem unterscheidet, was sie bisher an Stimmungstiefs als Reaktionen auf die Bitternisse des Lebens erlebt haben.

Ärzte sprechen von einer Depression erst, wenn mehrere Krankheitszeichen permanent über mindestens zwei Wochen vorliegen. Dazu zählen neben der gedrückten Stimmung ein dauer-

haftes, tiefes Erschöpfungsgefühl und das völlige Fehlen von Freude und Interesse. Fast immer bestehen hartnäckige Schlafstörungen und Appetitstörungen, oft gepaart mit Gewichtsverlust. Hinzu kommen Konzentrationsstörungen, die Neigung zu Schuldgefühlen und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, so dass sich oft finstere Gedanken bis hin zu den Gedanken, sich was anzutun, einstellen. Typisch für eine Depression ist auch eine anhaltende innere Anspannung ("Gefühl wie vor einer Prüfung"), übertriebene Schuldgefühle ("Ich bin eine Belastung für meine Familie"), und bei schweren Depressionen berichten die Betroffenen, keine Gefühle mehr wahrnehmen zu können, auch keine Trauer und auch nicht mehr weinen zu können. All dies erlaubt dem Fachmann, eine nachvollziehbare Reaktion auf die Bitternisse des Lebens von einem behandlungsbedürftigen Leiden abzugrenzen.

Eine Depression darf nicht übersehen werden. Bei älteren Menschen ist das Risiko besonders groß, dass eine Depression als verständliche Reaktion auf schwierige Lebensumstände fehlinterpretiert und dann nicht behandelt wird. Die Folgen sind dann zudem besonders gravierend, da verringertes Essen und Trinken oder Rückzug ins Bett für ältere Menschen rasch zu einem bedrohlichen Zustand führen kann. Die Schwere der Erkrankung zeigt sich auch daran, dass die Lebenserwartung bei den Betroffenen im Schnitt um zehn Jahre reduziert ist. Auch ist das Risiko der Selbsttötung in Folge einer Depression besonders bei älteren Männern deutlich erhöht.

Alle Menschen haben Tage, an denen sie "nicht so gut drauf" sind. Wir reagieren alle auf Stress, Kränkungen, Verlusterlebnisse und Misserfolge. Es ist deshalb verständlich, dass meist davon ausgegangen wird, dass derartige äußere Faktoren auch die Hauptgründe für Depressionen sind. Die klinische Erfahrung lehrt aber, dass man von normalspsychologischen Reaktionen nicht auf die Erkrankung Depression schließen kann. Eine schwerere Depression ist eine weitgehend eigenständige Erkrankung. Wenn sich eine depressive Krankheitsphase einschleicht, dann läuft bei jedem Menschen folgender Mechanismus ab: Die Depression sucht sich, was es an Negativem, an Problemen und Sorgen im jeweiligen Leben gibt, vergrößert diese und rückt sie ins Zentrum des Erlebens. Bei einem Jüngeren können das Prüfungssorgen oder zwischenmenschliche Konflikte sein, während des Berufslebens dann Überforderungsgefühle oder berufliche Misserfolge, und kommt dieser Mensch ins Rentenalter, sind es gesundheitliche Probleme und Sorgen. Die Themen sind austauschbar, das Prinzip immer gleich. Die Probleme werden als riesenhaft und die Situation als ausweglos erlebt.

Da es nie an Lebensproblemen mangelt, liefert die Depression somit auch immer gleich ihre eigene Begründung mit. Derartige äußere Faktoren können als Trigger für eine Depression wirken, werden aber in der Regel in ihrer Bedeutung als Ursache der Depression überschätzt. Wird die Depression erfolgreich behandelt, dann kommt Hoffnung, Energie und Lebensfreude zurück, und die Probleme bestehen vielleicht weiter, werden aber wieder Teil des bewältigbaren und manchmal auch schwierigen Lebens.

Wichtiger als derartige äußere Faktoren ist die Veranlagung. Diese kann genetisch bedingt sein oder auch durch Traumatisierungen und Missbrauchserlebnisse in der Kindheit erworben sein. Die Depression verläuft häufig in Form von Krankheitsphasen, die sich oft über Wochen einschleichen, unbehandelt dann mehrere Monate anhalten

können und dann in der Regel wieder abklingen. Hat ein Mensch eine derartige depressive Krankheitsphase erlebt, hat er eine Veranlagung zu Depressionen und damit unbehandelt ein hohes Risiko, im Laufe des Lebens erneut zu erkranken. Menschen mit einem depressiv erkrankten nahen Verwandten haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Diese Veranlagung weist auf biologische, im Organismus liegende Faktoren hin.

Depression ist auch eine Erkrankung des Gehirns

Die Depression verändert nicht nur das gesamte Verhalten und Erleben, sondern auch viele Prozesse im Organismus und insbesondere im Gehirn. Das Krankhafte dieses Zustandes wird besonders deutlich bei der manisch-depressiven Erkrankung. Hier kann es über Nacht zu einem Umkippen von einer depressiven Krankheitsphase in eine manische kommen, in der sich die Betroffenen unbesiegt fühlen, voller Energie, Ideen und Tatendrang sind, und dies in einer so überschießenden Weise, dass es zu vielen Selbstüberschätzungen und Fehlhandlungen kommt. Blutdruck, Puls, Appetit, Schlaf, Schilddrüsenfunktion, Stresshormone, es gibt fast nichts, was durch die Erkrankung Depression nicht beeinflusst würde. Im Gehirn sind viele Funktionskreisläufe gestört und Botenstoffe aus dem Gleichgewicht. Diskutiert wird immer wieder die Rolle der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin, da diese durch die Antidepressiva beeinflusst werden. Diese beiden Botenstoffe werden in einer kleinen Zellgruppe im Hirnstamm gebildet, haben aber extrem lange und verzweigte Fortsätze, über die diese Botenstoffe in fast alle Hirnbereiche transportiert und dort freigesetzt werden und dann die Aktivität anderer Nervenzellen beeinflussen. Die Antidepressiva beeinflussen diese Botenstoffe. Sie verhindern etwa, dass die freigesetzten Botenstoffe rasch abtransportiert oder abgebaut werden. Die etwas plakative Aussage, dass Antidepressiva dadurch ein Defizit an Serotonin oder Noradrenalin ausgleichen,

wird aber der Komplexität der Situation nicht gerecht. Es gibt zahlreiche Rückkoppelungsmechanismen im Gehirn, die dazu führen können, dass hierdurch im Endeffekt sogar die Wirkung von Serotonin und Noradrenalin reduziert wird. Von einem Serotonindefizit zu sprechen ist irreführend, und die Bestimmung des Serotoninspiegels im Blut, was den Patienten manchmal kostenpflichtig angeboten wird, ist Scharlatanerie. Zudem gibt es zahlreiche weitere in der Depression veränderte Hirnbotsstoffe. Das Stresshormonsystem ist bei vielen Betroffenen hochreguliert, und es finden sich erhöhte Werte von Cortisol im Blut oder Speichel. Wie bei allen Veränderungen stellt sich aber die schwierige Frage, ob diese Veränderungen Ursache oder Folge der Depression sind. Einen Hinweis auf beteiligte Hirnmechanismen liefert die bemerkenswerte Tatsache, dass Schlafentzug eine sehr wirksame Behandlungsform ist, die Patienten in vielen Fachkliniken angeboten wird. Zu ihrer Überraschung bemerken mehr als 60 Prozent der Patienten mit Depressionen, dass sich nach einer durchwachten Nacht in den frühen Morgenstunden die Stimmung plötzlich aufhellt und die Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit abklingen. Leider hält diese oft sehr eindrückliche Wirkung nur bis zum nächsten Schlaf an, und auch bereits nach einem Nickerchen am folgenden Tag kehrt die Depression oft wieder zurück. Dennoch kann die Methode den Betroffenen Hoffnung machen. Im Rahmen des Forschungszentrums Depression der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) wird untersucht, wie diese Wirkung zu erklären ist und wie die Patienten dies für ihr Selbstmanagement nutzen können. Vereinfacht ist die Hypothese, dass in der Depression das Gehirn sich in einem "Stressmodus" befindet, das heißt, die Betroffenen leiden unter einer hohen inneren Anspannung und können trotz Erschöpfung schlecht ein- und durchschlafen. Mit dem Elektroenzephalogramm (EEG) lässt sich dies objektiv nachweisen. Mit ihm kann die

rhythmische neuronale Aktivität der Hirnrinde von der Kopfhaut abgeleitet werden. An dieser "Melodie" der Hirnrinde kann man erkennen, in welchem Funktionszustand sich das Gehirn befindet. So können aktiver Wachzustand, Ruhewachzustand, Dösigkeit, leichter Schlaf, Tiefschlaf oder REM-Schlaf unterschieden werden. Depressiv Erkrankte zeigen nun auch bei der EEG-Ableitung in Ruhe mit geschlossenen Augen kaum einen Abfall des Aktivierungsniveaus in Richtung Dösigkeit oder Schlaf, im Gegensatz zu Gesunden. Dieser krankhaften Hochregulierung des Aktivierungsniveaus des Gehirns kann man entgegenwirken, indem man die Einschlafneigung erhöht, zum Beispiel durch Schlafentzug oder eine dauerhafte leichte Reduktion der Bettzeit. Dies hat praktische Konsequenzen: Es ist jedem Patienten zu empfehlen, bei sich selbst zu beobachten, ob früheres Zubettgehen und längeres Liegenbleiben am Morgen mit einer Verbesserung oder Verschlechterung von Stimmung und Antrieb einhergehen. Viele bemerken dann, dass Letzteres der Fall ist. Längere Bettzeit und längerer Schlaf können bei Erkrankten depressionsverstärkend wirken. Erwähnt sei, dass Schlafentzug nicht nur antidepressiv wirkt, sondern bei Patienten mit manisch-depressiver Erkrankung Manien auslösen kann. Von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wurde eine App entwickelt (Get-up-App), die dem Patienten dabei helfen soll, die Zusammenhänge zwischen Stimmung und Bettzeit zu untersuchen und gegebenenfalls zu lange Bettzeiten zu vermeiden. Depression und "Burn-out" sind oft ein und dasselbe

In den letzten Jahren ist "Burn-out" zu einem großen Thema geworden. Hierbei handelt es sich um einen schwammigen Modebegriff. Die Diagnose "Burn-out" gibt es in den internationalen Diagnosesystemen nicht. Die meisten Menschen, die wegen eines sogenannten "Burn-out" eine Auszeit nehmen, erfüllen alle Diagnosekriterien einer Depression, und der Begriff Burn-out wird als Ausweichbegriff

verwendet. Dies kann es für einige Menschen leichter machen, sich Hilfe zu holen, führt aber oft in die Irre. Versteckt sich eine Depression hinter Burnout, trifft die Vorstellung, dass man in diesen Zustand durch Überarbeitung geraten ist, in der Regel nicht zu. Das Erschöpfungsgefühl kommt durch die Depression, nicht durch die Arbeit. Länger zu schlafen wäre meist auch eine schlechte Idee, da eher Schlafentzug antidepressiv wirkt. Abzuraten ist es auch, bei Vorliegen einer Depression in den Urlaub zu fahren. Die Depression reist mit in den Urlaub und geht dadurch nicht weg. Im Übrigen ist Burn-out überwiegend ein Thema im deutschsprachigen Raum: Google-Trend zeigt einen Fleck auf der Erde mit besonders vielen Suchanfragen zu Burn-out, und das sind Deutschland und Österreich.

Wie können Depressionen behandelt werden?

Eine depressive Erkrankung ist auch im Alter gut behandelbar. Die wichtigsten Bausteine sind dabei die Pharmakotherapie und die Psychotherapie. Beide haben den Nachteil, dass für den Patienten quälende Zeit verstreicht, meist zwei bis drei Wochen, bis sich die Wirkung der Behandlung einstellt, und nicht immer ist der erste Behandlungsversuch erfolgreich.

Die Pharmakotherapie erfolgt meist mit Antidepressiva. Diese machen im Gegensatz zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln nicht süchtig und verändern auch nicht die Persönlichkeit. Antidepressiva sind keine "Glücksspielen", sie machen einen Gesunden nicht "high". Es gibt auch keinen Drogen-schwarzmarkt und keine Neigung zur Dosissteigerung. Spricht ein Patient auf ein bestimmtes Antidepressivum nicht an, oder verträgt er es nicht, sind oft Kombinationsbehandlungen oder andere Umstellungen nötig, bis eine Behandlung gefunden ist, die wirkt und auch vertragen wird. Dies gelingt jedoch in der großen Mehrheit der Patienten.

Bezüglich Psychotherapie ist das hinsichtlich seiner Wirksamkeit am besten belegte Verfahren die sogenannte

"Kognitive Verhaltenstherapie". Hier geht es unter anderem um Fragen der praktischen Lebensgestaltung und um das Durchbrechen von negativen Gedankenkreisen.

Durch Pharmako- und Psychotherapie kann nicht nur die depressive Krankheitsphase zum Abklingen gebracht werden, sondern auch das Risiko eines Rückfalls oder eines Wiederauftretens deutlich verringert werden. Die Behandlung erfolgt am häufigsten durch die Hausärzte, in der Regel mit Antidepressiva. Bei älteren Menschen mit körperlichen Begleiterkrankungen und Multimedikation ist es oft sinnvoll, einen Facharzt hinzuzuziehen, das heißt einen Psychiater oder Nervenarzt, die mit Medikamenten und Psychotherapie behandeln können. Ausschließlich für Psychotherapie sind speziell ausgebildete Psychologen, die "Psychologischen Psychotherapeuten" zuständig, die wie die Ärzte auch über die Kassen abrechnen können. Die Versorgungslücke bezüglich Psychotherapie ist bei älteren Menschen, denen nur sehr selten eine Psychotherapie angeboten wird, besonders groß.

Kann die digitale Revolution den psychisch Kranken helfen?

Die Digitalisierung aller Lebensbereiche birgt Chancen und Risiken auch für depressiv Erkrankte. Das Diskussionsforum der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wird beispielsweise intensiv zum Erfahrungsaustausch genutzt mit bis zu 12 000 Besuchern täglich und Hunderten von Postings, hierunter auch viele von älteren Menschen. Auch sind eine Reihe von internetbasierten Psychotherapie- und Selbstmanagement-Programmen entwickelt worden, die in einigen benachbarten Ländern auch bereits in die Regelversorgung integriert worden sind. Ein auf europäischer Ebene entwickeltes Programm ist das "iFightDepression"-Tool, das kostenfrei angeboten wird. Der Zugang erfolgt über Hausärzte oder auch andere Fachkräfte, die sich zunächst über ein E-Learning-Programm mit dem Tool vertraut gemacht haben und so ihre Patienten bei der Nutzung begleiten und unterstützen

können. Die Patienten können dann die Arbeitspakete über ihr Smartphone oder von zu Hause am PC durcharbeiten.

Solche digitalen Selbstmanagementprogramme mit professioneller Begleitung weisen nach Metaanalysen eine ebenso gute antidepressive Wirksamkeit auf wie eine reguläre Psychotherapie. Trotzdem werden diese Ansätze von Experten als eine sehr wichtige Ergänzung, aber nicht als Ersatz für eine Behandlung mit Antidepressiva oder regulärer Psychotherapie eingeordnet. Derartige Angebote treffen zunehmend auch bei älteren Patienten auf Akzeptanz.

Ein sich rasant entwickelndes neues Feld ist die Nutzung der von den Patienten über ihr Smartphone, Fitness-Armbänder und andere Wearables erhobenen riesigen und immer differenzierteren Daten für eine Optimierung ihres Selbstmanagements. Veränderungen in Herzrate, Schlafverhalten, Aktivität und anderes können zum Monitoring des Krankheitsverlaufs und auch zur Vorhersage von Änderungen in Stimmung und Antrieb herangezogen werden. Hier ist gerade eine vom Bundesforschungsministerium geförderte größere Studie der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zusammen mit dem Institut für Angewandte Informatik in Leipzig und weiteren Partnern gestartet worden, die die hier liegen-

den Chancen für die Patienten erforscht.

Für die Zukunft zu hoffen ist, dass Depression als eine Erkrankung wie andere auch wahrgenommen wird, eine Erkrankung, die jeden treffen kann und die nichts mit persönlichem Versagen zu tun hat. Dies würde es vielen Menschen erleichtern, sich frühzeitiger professionelle Hilfe zu holen und die guten Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen. Weiter sollte Forschung zu Depression in einem Umfang gefördert werden, die der herausragenden Bedeutung dieser häufigen und schweren Erkrankung entspricht.

HIRN-ERKRANKUNGEN WO STEHEN WIR?

Die Vortragsreihe Angelehnt an unsere frühere Serie zur Hirnforschung, die auf eine Kooperation der Gemeinnützigen Hertie Stiftung und dieser Zeitung zurückgeht, werden in einer neuen Reihe "Hirnerkrankungen - wo stehen wir?" renommierte Neurowissenschaftler ausgewählte Erkrankungen des Gehirns erklären. Es geht darum, die Historie und Präventionsmöglichkeiten sowie den Stand der Forschung zu Ursachen und Therapiemöglichkeiten kritisch zu beleuchten. Auch ein Ausblick in die Zukunft soll gewagt werden. Die mehr als ein Dutzend Vorträge werden zum Teil in Frankfurt stattfinden

(zusammen mit der Goethe-Universität), zum Teil in vorhandene Veranstaltungsformate deutschlandweiter Kooperationspartner eingebunden. Die Veranstaltungen sind kostenfrei zugänglich. Die Artikel zum Vortrag publizieren wir an dieser Stelle und auf unserer Internetseite: www.faz.net/wissen Dr. Ulrich Hegerl Der Autor ist Direktor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums in Leipzig. Er war Sprecher des Kompetenznetzes Depression und leitet heute die "European Alliance Against Depression" sowie andere europäische Verbundprojekte. Er ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer. Seine Forschungsschwerpunkte sind psychosoziale und neurobiologische Aspekte affektiver Störungen und Prävention suizidalen Verhaltens. Für das Projekt "European Alliance Against Depression" wurde er mit dem ersten Preis der "European Health Awards" ausgezeichnet.

Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

Abbildung: Eine eigenständige Krankheit, keine Verstimmung: Die Depression sucht sich, was es an Negativem, an Problemen und Sorgen im jeweiligen Leben gibt, vergrößert diese und rückt sie ins Zentrum des Erlebens.

Abbildung: Foto dpa

Abbildung: Foto privat

Autor: MATTHIAS KÖPF
Seite: R14

Ressort: Bayern
Ausgabe: Süddeutsche Zeitung Ausgabe
Dachau

Wenn jede Minute zählt

Die Bundeswehr hat ihre SAR-Hubschrauber aus Penzing abgezogen. Bisher gab es keine Engpässe bei der Bergrettung, doch die Hochsaison für alpine Notfälle kommt erst

VON MATTHIAS KÖPF

Garmisch-Partenkirchen – Toni Gehringer erinnert sich noch gut an den Einsatz vor ein paar Jahren. Ein schweres Gewitter zog herauf, und droben am Jubiläumsgrat steckte eine Gruppe tschechischer Bergsteiger fest. Gehringers Leute von der Bergwacht Garmisch-Partenkirchen machten sich zu Fuß auf den weiten und äußerst schwierigen Weg, denn das Wetter und die schlechte Sicht erlaubten keinen Hubschrauber-Einsatz. Doch die SAR-Maschine der Bundeswehr aus Penzing wartete die ganze Zeit über direkt am Fuß der Zugspitze, und als sich die erste kleine Lücke auftat, da hob sie sofort ab. Ohne diesen Hubschrauber-Einsatz wären damals mindestens zwei Bergsteiger gestorben, da ist sich Toni Gehringer sicher. Doch die Bundeswehr hat ihren SAR-Standort Penzing Mitte Dezember endgültig aufgegeben. Was das für die Bergretter bedeutet, muss sich erst herausstellen.

Bedenken, dass die Verlagerung der Bundeswehr-Hubschrauber von Penzing nach Niederstetten in Baden-Württemberg größere Probleme machen oder gar Menschenleben kosten wird, hat aber auch Toni Gehringer nicht. „Es ist nicht so, dass da jetzt eine Riesenlücke entsteht.“ In den ersten drei Monaten habe sich jedenfalls noch kein Engpass ergeben, sagt der Geschäftsführer der Garmischer Bergwacht. Der große Vorteil der Bundeswehr-Hubschrauber sei es ohnehin immer gewesen, dass sie es nicht so eilig damit gehabt haben, sich sofort wieder klar für den nächsten Einsatz zu melden. Die zivilen Rettungshubschrauber, die man bisher bei Bedarf

stets auch in ausreichender Zahl haben anfordern können, müssen schon rein wirtschaftlich möglichst viele Kosten wieder hereinfliegen, und auch die Mannschaft samt Notarzt sei im Zweifel beim nächsten Unfall auf der Autobahn besser eingesetzt. Die Hubschrauber könnten daher kaum am Fuß der Zugspitze auf eine Windstille warten wie damals die SAR-Maschine.

In den vergangenen Jahren wurden die schon lange nicht mehr standardmäßig mit einem Notarzt besetzten Bundeswehr-Helikopter ohnehin verstärkt für Sucheinsätze oder für das Bergen von Leichen eingesetzt. Da kommt es in der Regel nicht auf jede Sekunde an, und die schnellsten sind die alten Helikopter vom Typ *Bell UH 1D* im Vergleich zu moderneren Maschinen sowieso nicht mehr. Das Modell ist vielen aus Filmen über den Vietnamkrieg vertraut, und es stammt auch noch aus dieser Zeit. Obwohl es bei der Bundeswehr längst als Auslaufmodell gilt, fliegt es immer noch, und das konnte die Truppe zuletzt nicht von allen ihren Fluggeräten behaupten. Der Standort Penzing, von wo aus die Maschinen etwa bis Garmisch eine gute Viertelstunde gebraucht haben, stand ebenfalls schon lange zur Disposition. Die umstrukturierte Bundeswehr hat ihre „Search-and-Rescue“-Aufgaben über Land längst von der Luftwaffe auf das Heer übertragen, der Umzug der SAR-Maschinen nach Niederstetten im Dezember war da nur ein lange hinausgezögerter letzter Schritt. Der neue Standort liegt etwa 40 Kilometer südlich von Würzburg, von hier braucht eine *Bell* laut der Tabelle der Bergwacht etwa 70 Minuten bis zur

Zugspitze.

Für medizinische Notfälle ist das viel zu lang, für langwierige Sucheinsätze könnte es sich lohnen, sagt Robert Ampenberger. Der Leiter des bayerischen Bergwacht-Zentrums in Bad Tölz hat die Tabellen und Zahlen zu dem Thema parat. Demnach hat die Bergwacht in Bayern 2015 etwa 1500 Einsätze mit Hubschrauber absolviert, und an nur 70 davon waren SAR-Maschinen der Bundeswehr beteiligt. Deren Einsatzzahlen hätten über die Jahre zwar stark geschwankt, aber im Grundsatz mit dem fortschreitenden Ausbau der zivilen Hubschrauber-Flotte deutlich abgenommen.

Das Tölzer Bergwacht-Zentrum gibt es seit 2008. Es verfügt unter anderem über eine große, lichte Halle mit an Seilzügen manövrierbaren Hubschrauber-Modellen in Originalgröße samt Ausstattung. Daran und an nachgebauten Felswänden, Seilbahn-Kabinen, über Wassertanks, in Kältekammern und dergleichen mehr können Bergretter und Feuerwehrleute, Polizisten, Wasserretter aus ganz Bayern und auch SAR-Besatzungen in schneller Folge standardisierte Szenarien üben. Zur testweisen Erstausrüstung der Halle gehörte auch die Kabine einer *Bell*, doch mittlerweile hängen neuere Modelle in der Halle. Dieses weltweit einmalige Übungszentrum der bayerischen Bergwacht wurde unter anderem deswegen geschaffen, weil sich der Abzug der SAR-Hubschrauber lange abgezeichnet hat.

Denn nur die hatten eben noch Zeit für regelmäßige und ausführliche gemeinsame Übungen, an die sich zum Beispiel der Garmischer Bergretter Toni

Gehringler gerne erinnert. Auch nach einem Einsatz sei in aller Regel noch Zeit für eine Nachbesprechung gewesen, aus der sich vielleicht wieder Erkenntnisse für den nächsten Einsatz ergeben hätten. Die jetzigen entlang dem bayerischen Alpenbogen stationierten Rettungshubschrauber stehen für Übungen bei Weitem nicht in diesem Umfang zur Verfügung. Denn die beiden ADAC-Maschinen *Christoph 1* mit Standort München und *Christoph Murnau*, die beiden von der Bundespolizei betriebenen *Christoph 14* in Traunstein und *Christoph 17* in Kempten sowie der Intensiv-Transporter *Christoph München* der Deutschen Rettungsflugwacht stehen im täglichen

Rettungseinsatz. Für Suchaufträge und für Leichenbergungen fordert die Bergwacht statt der Penzinger SAR-Maschinen nun verstärkt Helikopter von der Landes- und der Bundespolizei vom Münchner Flughafen und aus Oberschleißheim an.

Engpässe habe es ohne die Penzinger SAR-Hubschrauber auch bayernweit bisher keine gegeben, sagt der Bergwacht-Mann Robert Ampenberger. Dies gelte auch, was den Nachtflug betrifft, denn für den seien etwa die Maschinen in Traunstein und Kempten durchaus gerüstet. Entsprechende Befürchtungen hatten zuletzt unter anderem einige bayerische Sozialdemokraten formuliert, die das Thema

SAR-Abzug zwischenzeitlich für sich entdeckt hatten. Bei aller Gelassenheit will aber auch Robert Ampenberger noch keine komplette Entwarnung geben, denn bisher gebe es nur Erfahrungen aus dem Winter. Die echte Hochsaison für alpinistische Notfälle steht dagegen erst noch bevor.

Im Einsatz mit der Bergwacht – die Reportage in Virtual Reality. www.sz.de/vr-bergwacht

Die Bergwacht in Bayern hat 2015 etwa 1500 Einsätze mit Hubschrauber absolviert

Für Suchaufträge und für Leichenbergungen werden meist Helikopter der Polizei eingesetzt

Abbildung:

Die „Search-and-Rescue“-Aufgaben (SAR) führten bis Dezember Bundeswehrehubschrauber auch in Bayern durch. Im Rettungszentrum der Bergwacht in Bad Tölz üben Helfer unterschiedliche Szenarien – etwa die Evakuierung einer Gondel. Fotos:dpa, Manfred Neubauer

Urheberinformation:

DIZdigital: Alle Rechte vorbehalten – Süddeutsche Zeitung GmbH, München