

KJK im Gespräch

Der Ärzte-Newsletter der Karl-Jaspers-Klinik

Schwerpunktthema Psychosomatik



Psychosomatik nimmt Betrieb auf

Nach einigen für uns unvorhergesehenen Ereignissen zum Start hat sich der Betrieb in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nun eingespielt. Inzwischen sind alle Betten belegt und die Therapiepläne haben eine erste Anpassung an die Patientenströme erfahren müssen. Der Andrang bestätigt den hohen regionalen Bedarf an psychosomatischen Behandlungsplätzen, der mit der neuen Klinik gedeckt werden soll.

Neues von der European Medical School: Die drei Oldenburger Kliniken und die Karl-Jaspers-Klinik haben Verträge als Akademische Lehrkrankenhäuser der Universität Oldenburg unterzeichnet. Während seit längerem Studenten aus Groningen Teile ihres „M2-Praktikums“ auch in der KJK absolviert haben, werden im Herbst erste „eigene“ PJ-Studenten der Universität Oldenburg in den Kliniken erwartet. Damit verbunden ist die Hoffnung, neue Fachkräfte für die Region zu gewinnen, um den Patienten vor Ort eine sehr gute Versorgung gewährleisten zu können.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen, Ihr Dr. Christian Figge

Titelthema

Karl-Jaspers-Klinik wird Teil des Psychosozialen Zentrums Oldenburg



Die Frage des Umgangs mit geflüchteten Menschen und die zukünftige Regelung der Zugangs- und Versorgungsverhältnisse beschäftigt fast alle Menschen. In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sowie in anderen Teilen des Gesundheitssystems bestehen Probleme in der Integration der relativ großen Gruppe geflüchteter Menschen mit fremder Herkunftskultur und ohne deutsche Sprachkenntnisse. Die Bomben, die in Kriegsgebieten fallen, führen auch zum psychischen Trauma des Verlustes von Angehörigen, Heimat, Arbeit und Lebenssinn.

2017 wurde in Niedersachsen das Projekt refuKey zur Verbesserung der Versorgung psychisch traumatisierter Flüchtlinge initiiert. Träger sind das Land, der Verein Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen, die DGPPN und die KJK. Die DGPPN koordiniert die wissenschaftliche Evaluation dieses Projekts. In sechs niedersächsischen Zentren und in der Nähe großer Asylbewerberaufnahmeeinheiten wurden in Kooperation mit lokalen Beratungsstellen und psychiatrischen Krankenhäusern psychosoziale Zentren

gegründet. Für die Region Oldenburg ist der KJK-Kooperationspartner die interkulturelle Beratungsstelle IBIS, die sich schon lange in der Integration von Migranten engagiert. Dort wurden bereits Ende 2017 zwei Psychologen für diese Aufgabe eingestellt.

In der KJK haben im Februar die Psychologinnen Viktoria Knischewitzki-Bohlken und Sina Katinka Briese ihre Arbeit aufgenommen. Ihre Aufgabe ist es zum einen, mit den Kollegen im IBIS die vorhandenen Strukturen der öffentlichen und privaten ambulanten Flüchtlingshilfe im Einzugsgebiet der KJK besser zu vernetzen. Zum anderen



M. Sc. Psychologie Sina Katinka Briese (l.) und Dipl.-Psych. Viktoria Knischewitzki-Bohlken

werden sie in der KJK für das Personal der Stationen und Ambulanzen sowie für die betroffenen Patienten als Berater und Lotsen in eine gute ambulante psychosoziale Versorgung zur Verfügung stehen und hiermit auch eine therapeutische Funktion erfüllen.

Dr. Claus Bajorat

Nachruf Dr. Dr. h.c. Hans Saner

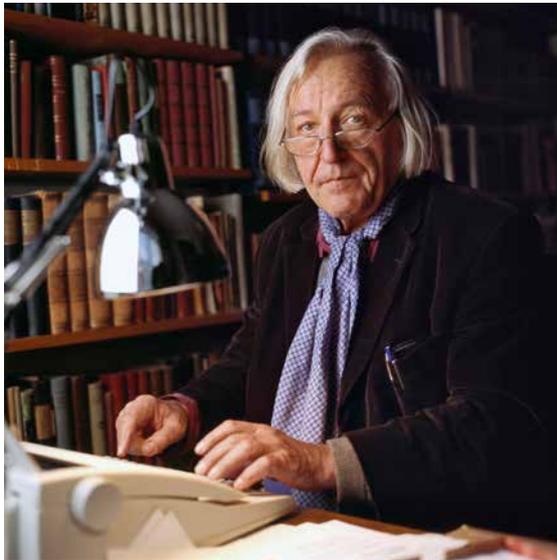
Der letzte Vertraute von Karl Jaspers verstarb im Dezember 2017

Mit Hans Saner ist nach langer schwerer Krankheit im Alter von 83 Jahren am zweiten Weihnachtstag vergangenen Jahres der letzte Weggefährte und enge Vertraute von Karl Jaspers verstorben. Von 1962 bis zu Jaspers' Tod 1969 war er sein wissenschaftlicher Assistent, der auch nach seinem Tode dem Jaspersschen Werk verbunden blieb. Jaspers und seine Ehefrau Gertrud blieben kinderlos und vererbten die etwa 13.000 Bände umfassende Bibliothek mit unzähligen Notizen nach dem Tod Gertrud Jaspers an Hans Saner, der sie bis zum Jahr 2008 in Basel weiter für philosophische Studien nutzte und auswertete.

Der 1934 geborene Saner hatte zunächst Lehramt studiert und war auch als Lehrer tätig, bevor er an die Baseler Universität kam und Philosoph wurde. Bis 2008 lehrte er Kulturphilosophie an der Musikhochschule Basel. Er war nicht nur Erforscher des Jaspersschen Werks sondern veröffentlichte selbst 15 philosophische Arbeiten zu philosophischen und philosophisch-politischen Themen. Ähnlich wie Jaspers arbeitete er auch publizistisch und setzte sich kritisch mit dem politischwissenschaftlichen Denken auseinander.

Hans Saner hatte ein besonderes Verhältnis zur Universität Oldenburg, die er mehrfach u.a. im Rahmen der Jaspers-Vorlesungen besucht hat. Während der Überlegungen zur Neubenennung des früheren Landeskrankenhauses sprach er sich ausdrücklich für die Umbenennung in Karl-Jaspers-Klinik aus. Soweit Saner bekannt, hatte Jaspers selbst sich in seinen Schriften nie ausdrücklich zu der schon zu seinen Lebzeiten bestehenden, damals als „Irrenheilanstalt zu Wehnen“ bezeichneten Klinik am Rande seiner Geburtsstadt Oldenburg geäußert.

2008 hielt Saner im Rahmen der Feierlichkeiten zum 125. Geburtstag von Jaspers im Oldenburger Schloss den zentralen Vortrag zu dessen Leben und Werk. Im selben Jahr veranlasste er die Übergabe der umfangreichen Bibliothek an die Universität Oldenburg, von der sie zusammen mit der Karl-Jaspers-Gesellschaft in einer eigens hergerichteten Villa am Eversten Holz wissenschaftlich weiter genutzt wird. Er besuchte auch die Karl-Jaspers-Klinik und informierte sich über deren Geschichte und die aktuellen therapeutischen Konzepte. Im Rahmen einer Führung hinterließ er den



Der frühere persönliche Assistent von Karl Jaspers zählt zu den bedeutendsten Schweizer Philosophen.

Eindruck eines 74-Jährigen, in sich ruhenden, pädagogisch orientierten, humorvollen und kunstinteressierten Philosophen, der nicht nur Interpret Jaspersschen Denkens war, sondern in seinem Lebenswerk seine eigene Weisheit entwickelt hatte.

Dr. Claus Bajorat

Die Behandlung von Medikamentenabhängigkeit

Spezialstation der Karl-Jaspers-Klinik führt qualitative Entgiftung durch

Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird in Deutschland auf 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen geschätzt (Epidemiologischer Suchtsurvey 2015), wobei die Erhebung exakter epidemiologischer Daten aufgrund der großen Dunkelziffer, unterschiedlicher Erhebungsmethoden und der Verordnung von Privatrezepten schwierig ist. Die Mehrheit der Medikamentensüchtigen ist vermutlich benzodiazepinabhängig (ca. 80 Prozent). Auch hier schwanken die zur Verfügung stehenden Zahlen erheblich (128.000 bis 1,6 Millionen, Deutsches Ärzteblatt 2015). Auch bei der Opioidabhängigkeit gibt es eine hohe Dunkelziffer. Die Zunahme der Erstverschreibung bei chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen betrug in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2010 insgesamt 37 Prozent.

Besonders gefährdet für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit sind Patienten mit chronischen Schlafstörungen, Angsterkrankungen, depressiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie mit chronischen Schmerzen. Auf der entsprechenden Spezialstation (S2) der Klinik für Suchtmedizin findet eine qualifizierte Entgiftung mit den üblichen psychoedukativen und verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien statt. Gleichzeitig wird auch die häufig zugrundeliegende komorbide Störung pharmako- und psychotherapeutisch mitbehandelt, um die Ursache für die Medikamentenabhängigkeit zu beheben.

Prof. Dr. Jörg Zimmermann

Psychosomatik direkt vor Ort

Als weiterer Standort der Karl-Jaspers-Klinik Bad Zwischenahn wurde am 1. September 2017 die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Westerstede eröffnet. Wir sprachen mit dem kommissarischen Leiter Dr. Christian Figge und mit Dr. Sabine Casper, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Herr Dr. Figge, die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie schließt eine Versorgungslücke in der Region. Was bedeutet das?

Dr. Figge: In den letzten 50 Jahren entstanden immer mehr Spezialisierungen; in der Psychiatrie wurden zum Beispiel früher Einrichtungen nur in Stationen für Männer und Stationen für Frauen, in offene und geschlossene Stationen unterschieden. In den letzten fünf Jahrzehnten sind viele Unterformen entstanden, etwa Stationen zur speziellen Behandlung von Patienten mit Schizophrenien, Borderline Störungen oder Alzheimer. Im Zuge der Spezialisierungen in der Medizin entstand quasi als seine Brücke zwischen Soma und Psyche die Psychosomatik. Wenn auch psychosomatisch erkrankte Patienten in einem eigenen Bereich behandelt werden, geht es ihnen besser; man kann gezielter auf die Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele eingehen. Es gibt auch viele Überlappungen mit dem Gebiet der Psychiatrie. Auch hier gibt es Wechselwirkungen zwischen körperlichen und seelischen Beschwerden, z.B. bei depressiven Störungen oder Zwangsstörungen.

Können Sie zu Beginn einmal erläutern, was genau psychosomatische Erkrankungen sind?

Dr. Figge: Die klassischen psychosomatischen Erkrankungen sind körperliche Leiden, die ihre Ursache im Psychischen haben. Sie zeigen sich dabei nur durch körperliche Symptome, nicht aber durch körperliche Schäden. Zudem gibt es körperliche, also somatische, Erkrankungen, die auch

seelische Folgen nach sich ziehen – etwa chronische Schmerzerkrankungen oder Herzinsuffizienz. Dann führt die eigentlich körperliche Ursache zu einer psychischen Symptomatik. Genau genommen wäre das eine somato-psychische Erkrankung, wird aber gemeinhin auch unter dem Oberbegriff der psychosomatischen Erkrankungen zusammengefasst. Die Psychosomatik beschäftigt sich mit diesen wechselnd wirkenden Krankheitssituationen. Dabei muss man den gesamten Menschen im Blick haben, also sowohl das Psychische als auch das Somatische, und auch beidem gleichermaßen auf den Grund gehen, sonst lässt sich das Problem nicht lösen.



Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist eine Akutklinik für psychosomatische Erkrankungen mit insgesamt 40 Plätzen.

Welche grundsätzlichen Ursachen gibt es für diese Störungen?

Dr. Figge: Es gibt eine globale Ursache: Unsere Seele wohnt in einem Körper und der Körper ist in der Seele repräsentiert. Wenn der Körper nicht in Ordnung ist oder durcheinandergerät, dann hat das auch einen Einfluss auf den Zustand unserer Psyche. Da sie den ganzen Körper repräsentiert und wahrnimmt, kann eine gestörte Seele zu einer gestörten Wahrnehmung unseres Körpers führen. Und dann wird aus psychischen Gründen ein eigentlich gesunder Körper als erkrankt wahrgenommen. Eine kleine Schwachstelle im Körper wächst zu

einer psychosomatischen Erkrankung heran. Ein bisschen Rückenschmerzen in Verbindung mit einer starken Depression kann also schnell zu starken Rückenschmerzen führen.

Worin liegen für Ärzte die besonderen Herausforderungen im Umgang mit Menschen, die in dieser Form erkrankt sind?

Dr. Figge: Am Anfang gilt es, den Patienten, der sehr von seinen körperlichen Symptomen beeinflusst wird, für den Gedanken zu öffnen, dass seine Probleme psychische Ursachen haben könnten. Zweiter Schritt ist, im Gespräch psychische Schwachstellen herauszufinden und zu bearbeiten, dabei

aber körperliche Symptome nicht aus dem Blick zu verlieren. Sobald man den psychischen Grund der Störung erfasst und bearbeitet hat, passiert zweierlei: Im ersten Moment werden die psychosomatischen Beschwerden stärker. Wer eine Depression hat, die sich in Form von Rückenschmerzen äußert, wird zunächst stärkere Rückenschmerzen wahrnehmen, wenn er sich im Gespräch mit dem Arzt langsam an seine traurige Lebenssituation herantastet. Das Symptom ist der Kompass: Es zeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wenn wir an diesem Punkt den Weg nicht verlassen, sondern weiter über die Probleme sprechen, platzt der Knoten und die körperli-

chen Symptome klingen langsam ab. Bei der Psychosomatik darf man nie vergessen, dass vor der Psychotherapie immer eine umfassende körperliche Diagnostik stehen muss, damit keine körperliche Erkrankung übersehen wird. Manche Patienten haben körperliche und seelische Leiden gleichzeitig.

Wie kann die PSM die niedergelassenen Ärzte in Zukunft entlasten?

Dr. Casper: Viele der niedergelassenen Kollegen verfügen über eine Ausbildung psychosomatischer Grundversorgung. Im Interesse der Pat. sollten wir eng miteinander zusammenarbeiten. Wir können die Kollegen insbesondere dann entlasten, wenn eine Indikation zu einer stationären Einrichtung besteht. Das ist dann der Fall, wenn Patienten unter hohem Leidensdruck stehen und es erforderlich ist, sie aus ihrem Alltag und ihrem üblichen Umfeld herauszunehmen, damit sie freier an der Aufarbeitung der Ursachen ihrer Beschwerden arbeiten können. Vor der Entlassung ist immer geplant, dass der Pat. für eine kurze Zeit in sein altes Umfeld zurückkehrt und sich in der Häuslichkeit erprobt. Generell aber gilt die Regelung, dass die Pat. während des gesamten Behandlungszeitraumes auf der Station verbleiben.

Wie lange dauert solch ein Behandlungszeitraum?

Dr. Casper: In der Regel setzen wir die Behandlungsdauer bei mindestens sechs Wochen an. Es kann aber unter bestimmten Umständen und abhängig vom Krankheitsbild kürzere oder längere Behandlungszeiten geben. Sechs Wochen sind eine Zeit, in der es durchaus gelingen kann, gemeinsam relevante Konfliktbereiche herauszuarbeiten und beginnend zu bearbeiten. Oft kann man in einem etwas längeren Zeitraum intensiver daran arbeiten. Wir empfehlen oft, eine ambulante Psychotherapie anzuschließen. Dann kann man das Erarbeitete festigen und die Umsetzung im Alltag erleichtern.

Nochmal zurück: Wie lange dauert es überhaupt, bis Patienten in die psychosomatische Behandlung kommen?

Dr. Figge: In der Regel mehrere Jahre. Das Besondere an der Psychosomatik ist, dass viele Menschen oft erst den körperlichen Symptomen nachgehen. Durch Medikamente wird der körperliche Schmerz

gelindert, aber dieser Zustand ist nur von kurzer Dauer und kann im Alltag nicht lange anhalten. Erst wenn der zweite oder dritte somatische Arzt nichts mehr findet, kommt dem Patienten der Gedanke, dass die Ursache auch woanders liegen könnte. Dafür aber ist ein Prozess notwendig. Im schlimmsten Fall wird grundlos operiert, weil zu den körperlichen Beschwerden eine vermeintlich körperliche Ursache gefunden wird. Und erst nach der erfolglosen OP kommt man den psychischen Ursachen auf die Schliche.

Der Begriff „Psycho ...“ fördert oft eine Stigmatisierung.

Muss also vorab bei den Patienten ein Umdenken stattfinden, damit sie erkennen, dass ihr Problem nicht nur körperlicher Natur ist?

Dr. Casper: Psychosomatische Patienten gehen oft über Jahre zu niedergelassenen Ärzten und haben immer wieder das Gefühl, nicht ausreichend Gehör zu finden. Dies geschieht nicht mit Absicht der Kollegen, sondern, weil sich die Patienten mit einem anderen Bild vorstellen. Mit körperlich anmutenden Symptomen, die aber vorwiegend psychische Ursachen haben können. Oft gehen Patienten von einem Arzt zum anderen, ohne dass eine Lösung gefunden wird. Das führt auf beiden Seiten zu einem Gefühl von Hilflosigkeit. Unter diesem Druck werden manchmal auch Maßnahmen getroffen, die zu einer iatrogenen Chronifizierung führen können. Eines unserer ersten Ziele ist es, ein psychosomatisches Krankheitsverständnis beim Patienten zu schaffen. Der Begriff „Psycho ...“ fördert oft eine Stigmatisierung: „Aber ich bilde mir das doch nicht ein!“ Hier geht es uns zunächst darum, genau hinzuhören, was die Patienten beschreiben. Man muss sich Zeit für sie nehmen, sodass sie ausführlich von ihren Beschwerden und Problemen berichten können ohne ausgebremszt zu werden. Nur so lässt sich herausfinden, welche Gefühle und Affekte hinter der Problematik stecken. Dieses Umdenken ist ein Prozess, in dem wir die Patienten mit viel Verständnis und Empathie begleiten wollen.

Worin besteht für die Patienten der Unterschied zwischen dem Aufenthalt in einem Psychosomatischen Krankenhaus und einer Reha-Klinik?

Dr. Casper: Das Ziel einer psychosomatischen Reha ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt von Fähigkeiten, vor allem im Hinblick auf die Berufstätigkeit. Die Patienten, die akut-stationär behandelt werden, stehen in der Regel unter einem noch höheren Leidensdruck, die Verläufe sind u.U. noch schwerer. Die Behandlungsabläufe in der psychosomatischen Reha und einer psychosomatischen Akutklinik sind anders. Im Idealfall sollte bei einem schweren Krankheitsbild zunächst eine Behandlung in einer Akutklinik stattfinden, wie ja auch in jedem anderen Fachgebiet. Die Behandlungszeiten sind unterschiedlich; in einer Rehabilitation ist die Behandlungszeit kürzer (Reha drei, Akutklinik sechs Wochen und mehr), die Abläufe sind stringenter in der Reha und es geht eher um die Festigung von bereits Erreichtem. In der Akutklinik müssen wir – eher dichter am therapeutischen Prozess – unmittelbar reagieren können und passen die Behandlungszeiten auch individuell an.

Welche Erfahrungen machen die Menschen im Verlauf der Krankheit?

Dr. Figge: Häufig kommen Patient und Arzt zu einem Punkt gemeinsamer Verzweiflung. Und manchmal hilft der Zufall, etwa wenn der Patient nebenbei von seinem seelischen Unfrieden erzählt. Ein aufmerksamer Arzt geht dieser Randbemerkung auf den Grund und spürt die Ursache der Erkrankung auf. Manchmal muss man Patienten zur Psychotherapie verführen und sie aktiv auffordern, von ihrer Lebenssituation zu erzählen. Wir nehmen den Schmerz ernst, wollen aber trotzdem den ganzen Menschen wahrnehmen. Wenn die Patienten das wissen, trauen sie sich, sich uns gegenüber zu öffnen. Dabei kommt es natürlich vor allem auf ein gewisses Vertrauensverhältnis an.

Worauf sollten somatische Ärzte bei diesen Krankheitsbildern achten? Wo kann man auch die Hausärzte in diese Thematik einbinden?

Dr. Figge: Unsere Hausärzte sind heute in der Regel sehr gut auf das Erkennen psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen geschult. Manchmal ist es eher der Facharzt, der den Horizont erweitern und über Knochen, Muskeln, Gelenke hinaus auch die psychische Befindlichkeit seines Patienten im Auge behalten muss. Viele Hausärzte haben ein gutes Gespür dafür, bei welchem Patienten neben dem körper-



lichen auch ein psychiatrisches Problem versteckt liegt. Wir sind für Patienten da, die eine intensivere Betreuung brauchen, als ambulant gewährt werden kann, und bieten praktisch ein Komplettprogramm. Sie bekommen Psychotherapie in Einzel- und Gruppensitzungen und Entspannungsverfahren. Die meisten Angebote finden im Gruppensetting statt, sodass die Patienten miteinander in Aktion treten können und so komplett aus ihrem Alltag herauskommen.

Hat es in den letzten Jahren einen Bewusstseinswandel in der Bevölkerung gegeben?

Dr. Figge: Ja, das sieht man zum Beispiel an der Rentenstatistik. Früher waren die meisten Menschen mit Herz-Kreislauf-erkrankungen oder muskuloskeletalen Syndromen verrentet, heute es sind zunehmend Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das sind oft dieselben, nur dass man der Ursache jetzt nähergekommen ist. Man traut sich nun, darüber zu reden. So wird deutlich, dass Leistungsfähigkeit und psychische Erkrankung miteinander einhergehen können. Früher galt, dass ein guter Manager lediglich körperlich erkranken kann, etwa durch einen Herzinfarkt. Heute weiß man, dass ein guter Manager genauso gut unter Depressionen leiden kann. Weil sie darüber sprechen können, trauen sie sich auch, Hilfe anzunehmen. Und sobald jemand bei uns über die Türschwelle tritt, hat er den wichtigsten Schritt schon getan. Er ist offen, sich in eine psychiatrische Behandlung zu begeben, damit können wir arbeiten.

Wenn Angstpatienten sich wieder allein in die Öffentlichkeit trauen, haben wir gute Arbeit geleistet.

Wie geht es weiter, wenn er diesen Schritt gewagt hat?

Dr. Figge: Manchmal braucht ein Patient einfach Sicherheit auf diesem für ihn völlig unbekanntem Weg. Deshalb wird in vielen Fällen nicht zuerst über die spezifischen Probleme des Patienten an sich gesprochen, sondern bei ihm zunächst ein Grundverständnis über die Mechanismen von Körper und Seele und ihre Wechselwirkung geschaffen. Die Entwicklung dieses Verständnisses geht oft dem eigentlichen Therapieprozess voraus.

Wie offen können Sie an solche Gespräche herangehen?

Dr. Casper: Häufiger sehe ich mir die Patientenunterlagen aus früheren stationären Aufenthalten ganz bewusst nicht vor dem Erstkontakt an, sondern lerne den Menschen erst einmal unvoreingenommen kennen und schaue erst danach in die Akte. Eine von Vertrauen getragene und haltgebende therapeutische Beziehung muss sich entwickeln können. Bei unterschiedlichen Störungsbildern stellen wir manchmal auch erst einen psychoedukativen Anteil im Einzel-, oder Gruppensetting an den Beginn der Behandlung, weil es wichtig ist, die Patienten in ihrem Informationsbedürfnis ernst zu nehmen und ihnen Kenntnisse über neurobiologische Zusammenhänge zu vermitteln, um mehr Selbstbestimmung und Rückgewinnung von Selbstwirksamkeit zu ermöglichen. Insbesondere bei traumatisierten Patienten muss man behutsam vorgehen, belastende Dinge, die oft verschiedene Störungen zur Folge haben können, zu thematisieren. Die Behandlung kann auch als Intervalltherapie mit zwischengeschalteten Phasen im häuslichen Umfeld geschehen.

Was würden Sie sagen: Wann ist Ihre Arbeit erfolgreich?

Dr. Figge: Ein guter externer Parameter bei Schmerzpatienten ist zum Beispiel, wenn immer weniger Schmerzmedikamente benutzt werden. Wenn ein Angstpatient sich wieder allein in die Öffentlichkeit traut, dann haben wir gute Arbeit geleistet.

Dr. Casper: Ich würde da vielleicht noch niedrigschwelliger ansetzen. Natürlich ist das oberste Ziel des Patienten immer, dass seine Beschwerden aufhören. Versprechen können wir das aber nicht vollends. Wir müssen den Patienten darüber aufklären, dass es ein langer Weg ist, Verhaltensweisen und -muster und damit verbundenen Beschwerden zu verändern, die bis dahin manchmal über Jahrzehnte entstanden sind. Initial ist es schon ein Erfolg, wenn man erkennen kann, was die Beschwerden beeinflusst, schlimmer – aber eben auch besser – macht, um dem Patienten wieder mehr Selbstwirksamkeit und Kontrolle zurückzugeben. Damit ist dann oft eine Verbesserung der Beschwerden verbunden und es wirkt manchmal auch

Behandlungsspektrum

- Burn-out-Symptomatik
- Angststörungen wie soziale Phobie, generalisierte Angst, Agoraphobie mit Panikstörung, Panikstörung, performance anxiety
- Depressive Störungen
- Somatoforme Störungen wie z.B. Fibromyalgie-Syndrom, Schmerz-erkrankungen, Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD), Reizdarm
- Krankheitsbewältigung

Behandlungskonzept

Wissenschaftlich fundiert, neurobiologisch orientiert und therapie-schulenübergreifend werden indikationsbezogen und störungs-spezifisch unterschiedliche Therapien angeboten:

- Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting, z.B. spezielle Gruppen bei Angst, Schmerz- und Stressbewältigung sowie Training sozialer Kompetenzen
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Biofeedbacktherapie, Yoga)
- Sport-, Physio- und Bewegungstherapie, Spiegeltherapie
- Musiktherapie
- Ergotherapie
- Pflegeunterstützende Maßnahmen
- Sozialberatung, Themenvorträge u.v.m.
- Internistische, ärztlich-medizinische Versorgung

Aufnahme

- Aufnahmevoraussetzung: Indikation im oben genannten Behandlungsspektrum
- Einweisung von behandelndem Arzt
- Aufenthaltsdauer: ca. 6 Wochen
- Kostenübernahme (im Regelfall) durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen bzw. Beihilfestellen.

Aufnahmekoordination/ Fragen rund um die PSM:

Dr. med. Sabine Casper
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

☎ (0441) 9615-1611



noch lange nach. Auch Dinge zulassen und Hilfe annehmen zu können, zu lernen, eigene Bedürfnisse anzusprechen, aktiv zur Befriedigung eigener Bedürfnisse beitragen, manchmal aber auch deren Ablehnung aushalten zu können, kann ein Ziel sein, das mit der Zeit dann eine Symptomlinderung nach sich zieht.

Inwieweit ist auch ein Entzug von Medikamenten in Ihrer Behandlung Thema?

Dr. Casper: Wir haben viele Patienten, die schon mit einer bestimmten Medikation zu uns kommen. Meistens übernehmen wir die Medikation erst einmal, es sei denn, wir finden Kontraindikationen oder Unver-

würde sich der Leidensdruck des Patienten erhöhen. Und in einer solchen Situation kann kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, um gemeinsam am Schmerz zu arbeiten.

Wie funktioniert der Zugang in die Psychosomatik für Ärzte und Patienten ganz konkret?

Dr. Casper: Nach telefonischer Anmeldung bekommt der Patient einen Termin zum Vorgespräch bei mir. Er wird bereits bei der Anmeldung gebeten, alle Vorbefunde mitzubringen. Das Vorgespräch dauert in der Regel eine Stunde und dient dazu, sich ein erstes Bild vom Patienten zu machen, ihm das Behandlungskonzept zu erläutern

spezifischen Gruppen sind integrativ oder verhaltenstherapeutisch orientiert. Es sind meiner Ansicht nach einfach verschiedene Sprachen für dieselbe Sache – VT und TP haben sich da sehr angenähert.

Können Sie noch etwas sagen zur Kooperation mit der Ammerlandklinik und dem Bundeswehrkrankenhaus?

Dr. Figge: Sie bringt zwei Vorteile. Zum einen ist es generell hilfreich, mit verschiedenen Partnern zusammenzuarbeiten, weil so der Horizont erweitert wird – auf beiden Seiten. Für die Bundeswehr ist es die erste psychosomatische Klinik, in der Bundeswehrangehörige behandelt werden.

Die Zusammenarbeit mit der Ammerlandklinik hilft aufgrund der doppelten Krankheitsmanifestation. Wenn wir kurzfristig körperliche Untersuchungen brauchen, haben wir ein Krankenhaus der Normalversorgung direkt vor Ort. Wir planen außerdem eine sogenannte „Liaison-Versorgung“. Dieses Prinzip wird bereits vielerorts angeboten und sieht vor, dass einer der Therapeuten die somatischen Ärzte auf ihrer Visite begleitet. Patienten mit psychiatrischer Begleitsymptomatik bekommen so die Möglichkeit, einen psychiatrischen Berater kennenzulernen, ohne das ihnen bereits vertraute

Krankenhaus zu verlassen. Gemeinsam mit dem Therapeuten können sie dann überlegen, ob eine Verknüpfung beider Ansätze in ihrer Situation sinnvoll sein kann.

Abschließend zusammengefasst in einem Satz: Worin sehen Sie den größten Vorteil, der Ansiedlung der psychosomatischen Klinik in Westerstede?

Dr. Figge: Wir haben die Psychosomatik jetzt direkt hier vor Ort, die Patienten müssen keine langen Wege mehr nach Göttingen, Münster oder Hannover inkaufnehmen.

Vielen Dank für das Gespräch.



Der Journalist Claus Spitzer-Ewersmann (l.) befragte Dr. Sabine Casper und Dr. Christian Figge zu den Perspektiven der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Westerstede

träglichkeiten. Der Ansatz ist, z.B. über das Führen und Besprechen eines Symptomtagebuches, festzustellen, welchen Einflüssen die Symptome unterliegen und u.a. darüber an die Ursachen zu kommen. Wichtig ist immer, zunächst die nötige Adhärenz mit dem Patienten zu erarbeiten. Wir gehen je nach Störungsbild unterschiedlich vor.

Dr. Figge: Bei Patienten mit Schmerzmedikamenten verlangen wir nicht primär, dass sie gezielt zum Schmerzmittelentzug zu uns kommen. Es ist oft ein begleitender Effekt unserer Therapie, den wir natürlich gern akzeptieren, den wir aber nicht als Hauptziel unserer Behandlung sehen.

Dr. Casper: Das wäre auch widersinnig, denn durch den Entzug der Medikamente

und mögliche Alternativen aufzuzeigen. Das ist wichtig, damit er alle Wege kennt und die Behandlung bei uns nicht als die einzige Möglichkeit erscheint. Wurden die Patienten „geschickt“, ist es besonders wichtig, dass sie sich eigenständig für die Behandlung entscheiden. Wenn alle nötigen Befunde vorliegen, wird die Frage der Indikation zu einer stationären Behandlung geklärt, ggf. ein Termin für die Aufnahme gemacht oder andere Wege aufgezeigt.

Grundsätzlich arbeiten Sie tiefenpsychologisch fundiert?

Dr. Casper: Wir arbeiten schulenübergreifend, psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch sowie verhaltensmedizinisch, haben aber auch systemische Anteile und Elemente wie Biofeedback. Die störungs-

Karl-Jaspers-Klinik ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Oldenburg

Pünktlich zum Start der ersten Oldenburger Medizinstudierenden ins Praktische Jahr (PJ) baut die Universität Oldenburg ihr Netzwerk aus akademischen Lehrkrankenhäusern auf. Studierende im fünften Studienjahr können ihre Blockpraktika nun auch an der KJK absolvieren. Bislang wurden mit sechs Krankenhäusern der Nordwest-Region entsprechende Verträge vereinbart: mit dem Christlichen Krankenhaus Quakenbrück, dem Borromäus-Hospital Leer, dem Krankenhaus Ludmillenstift Meppen, dem Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch sowie mit der Ubbo-Emmius-Klinik in Aurich und der Karl-Jaspers-Klinik. „Unser oberstes Ziel ist es, unseren Studierenden eine breite und qualitativ hochstehende klinisch-praktische Ausbildung zu bieten. Ich freue mich auf die

enge und gute Kooperation mit den ausgewählten sechs Lehrkrankenhäusern“, betont Prof. Dr. Hans Gerd Nothwang, Dekan der Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften der Universität Oldenburg.

Mit dem Vertrag gehen die Lehrkrankenhäuser mit der Universität und den Krankenhäusern des Medizinischen Campus eine Partnerschaft in Lehre, Krankenversorgung und Forschung ein. So ist es beispielsweise ausdrücklich vorgesehen, dass auszubildende Ärztinnen und Ärzte der Lehrkrankenhäuser einen Lehrauftrag an der Universität wahrnehmen und in wissenschaftlichen Projekten kooperieren.

Depression im Alter – Besonderheiten bei Diagnostik und Behandlung

Analog der Einschätzung, dass in der Medizin Kinder nicht wie kleine Erwachsene zu behandeln seien, sind gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten nicht einfach „alte Erwachsene“. Gerade im Bereich der Depression unterscheiden sich Symptomatologie und Behandlung depressiver Syndrome oft erheblich von denen jüngerer Patientinnen und Patienten.

Anders, als es das aus dem Studium bekannte Psychiatrie-Lehrbuch suggeriert, so stehen bei älteren Menschen oft nicht die klassischen Kernsymptome wie depressive Stimmung, Antriebsmangel und Freudlosigkeit, sondern oft „mildere“ Symptome wie körperliche Beschwerden (vor allem unbeeinflussbare Schmerzen), Nachlassen der Konzentration, Unruhe, Ängstlichkeit und Gereiztheit im Vordergrund – alles aber auch Symptome, die im Alter sowieso öfter auftreten. Zu oft werden im klinischen Alltag solche Beschwerden dann als „altersspezifisch“ und als hinzunehmen angesehen, so dass behandelbare depressive Syndrome schlicht übersehen werden.

Es gilt daher der Grundsatz, solche Beschwerden zumindest gedanklich als mögliche Depression abzuspeichern. Auch in der medikamentösen Behandlung bestehen Unterschiede zu jüngeren Patientinnen und Patienten. Der Grundsatz „start low, go slow“ ist Maxime jeder gerontopsychiatrischen Pharmakologie. Im Schnitt sollten Psychopharmaka zunächst nur mit der Hälfte der üblichen Einstiegsdosierung gegeben und nur langsam gesteigert werden, immer beachtend, dass Nebenwirkungen (oft Folge einer Polypharmazie) auch mit deutlicher zeitlicher Verzögerung auftreten können. Potentiell nebenwirkungsstärkere Substanzen wie Trizyklika oder Medikamente mit anticholinergischer Wirkung sollten wann immer möglich vermieden werden. Eine reduzierte Leber- und Nierenfunktion kann bei älteren Patienten toxische Wirkstoffspiegel selbst bei niedriger nominaler Dosierung bedingen. Häufigere Kontrollen der Klinik und der Serumspiegel sind daher erforderlich.

Dr. Thomas Brieden

Willkommen in der KJK

- Julia Behrendt, *Ärztin*
- Dr. Janina Grimsel, *Ärztin*
- Marie-Martinique Schelm, *Ärztin*
- Martin Werkmeister, *Arzt*
- Mostafa Yousef, *Arzt*

- Stefanie Borchers, *Psychologin*
- Roland Gottschalk, *Psychologe*
- Franziska Landgraf, *Psychologin*
- Carl Martin, *Psychologe*
- Sonja Perleberg, *Psychologin*
- Thorben Schlüter, *Psychologe*
- Sarah Thayaparan, *Psychologin*

- Elke Dissen-Schütte, *Psychologische Hilfskraft*

- Lisa-Lucie Aner, *PPiA*
- Melina Brandis, *PPiA*
- Jule Burgenger, *PPiA*
- Christiane Damm, *PPiA*
- Saskia Dittrich, *PPiA*
- Carolin Eichner, *PPiA*
- Laura Kieser, *PPiA*
- Anne Lüerßen, *PPiA*
- Esther Tietjen, *PPiA*
- Tobias Wais, *PPiA*
- Stephanie Weyer, *PPiA*

Stichtag 15.3.2018

Klinikdirektoren und Leitende Ärzte



Dr. Christian Figge

Ärztlicher Direktor, Direktor der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Kommissarischer Direktor der Klinik für Psychosomatik, WST
☎ (0441) 9615-685



Dr. Claus Bajorat

Leitender Arzt Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Tageskliniken
☎ (0441) 9615-540



Dr. Thomas Brieden

Direktor der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
☎ (0441) 9615-356



Annette Claßen

Direktorin der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Jugendforensik
☎ (0441) 9615-657



Prof. Dr. Jörg Zimmermann

Direktor der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie, Kommissarischer Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
☎ (0441) 9615-334

Aufnahmekoordination



Hauke Dreier

Gerontopsychiatrie
☎ (0441) 9615-9500



Carsten Weber

Universitätsklinik, Allgemeinpsychiatrie und Sucht
☎ (0441) 9615-9285



Dr. Sabine Casper

Psychosomatik
☎ (0441) 9615-1611

Veranstaltungen und Termine

Start der Veranstaltungsreihe „Treffpunkt Demenz“

15. Mai, 16.00–17.30 Uhr · Landesbibliothek Oldenburg

Mit der Veranstaltungsreihe „TREFFPUNKT DEMENZ“ werden Betroffenen und Interessierten Wege aufgezeigt, das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und das ihrer Begleiter zu fördern. Die KJK informiert gemeinsam mit der Demenzhilfe Oldenburg e.V. kostenfrei und unverbindlich zu ausgewählten Themen.

Sommerlauf

6. Juni, ab 15.00 Uhr · Festwiese KJK

Die Besucher und Teilnehmer des diesjährigen Sommerlaufs erwartet neben den Läufen über die verschiedenen Distanzen ein abwechslungsreiches Programm rund um das Thema Gesundheit. Startschuss für den 10 km-Lauf ist um 17.00 Uhr, es folgen die Läufe über 5, 3 und 1,5 km. Anmeldungen für die Läufe sind ab dem 1. Mai unter laufmanager.net möglich.

Woche der Seelischen Gesundheit

15.–21. Oktober

Rund um den WHO Welttag der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober finden bundesweit Aktionswochen, die das Thema seelische Gesundheit in den Fokus rücken statt. „Für eine Gesellschaft, die offen und tolerant mit psychischen Erkrankungen umgeht“ lautet dabei das Motto. Auch die KJK beteiligt sich mit unterschiedlichen Veranstaltungen an der diesjährigen Aktionswoche. Zum Redaktionsschluss waren die einzelnen Termine leider noch nicht festgelegt.

Mehr Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie auf www.karl-jaspers-klinik.de

Impressum

Herausgeber: Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH, Karl-Jaspers-Klinik, V.i.S.d.P.: Axel Weber
Chefredaktion: Dr. Christian Figge, Isabelle Sproß
Kontakt: aerztliche.direktion@kjk.de, isabelle.spross@kjk.de
Erscheinungsweise: zweimal jährlich

Redaktionsteam:

Dr. Claus Bajorat, Dr. Thomas Brieden, Isabelle Sproß, Prof. Dr. Jörg Zimmermann
Text: Mediavanti GmbH
Konzeption, Layout und Satz: & STOCKWERK2
Bildnachweis: aboutpixel.de (Titelmotiv Blatt), KEYSTONE/Gaetan Bally (S. 2), GSP Gerlach Schneider Partner Architekten mbB (S. 3), KJK (S. 1 u. 7)