

# Neuro- psychiatrie

Psychiatrie, Psychotherapie und  
Public Mental Health  
Wissenschaftliches Organ der  
pro mente Austria, ÖGDE, ÖGKJP, ÖSG

Regularly listed in Current Contents / Clinical Practice  
and EMBASE/Excerpta Medica

Antidepressiva bei  
Bipolaren Depressionen

Einstellungsforschung

Behandlungszufriedenheit

Suicid: Philosophisch-  
Literarische Aspekte

„Temporäres Denkmal“



19/2



Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle  
<http://www.dustri.de>

**Band 19**  
**Nummer 2 – 2005**

**Editorial**

19 Jahre „Neuropsychiatrie“ – Eine Erfolgsgeschichte  
*U. Meise, H. Hinterhuber*

43

**Übersicht**

Sind Antidepressiva in der Behandlung der bipolaren Depressionen obsolet? – Teil 1: Die Epidemiologie und klinische Bedeutung depressiver Symptome im Rahmen der Bipolaren Störung

*A. Hausmann, M. Walpoth, A. Conca*

45

**Originalarbeit**

Was wissen Ärzte über die Behandlungszufriedenheit ihrer schizophreniekranken Patienten? Eine Pilotstudie

*E. Pollak, R. Strobl, M. Krautgartner, M. Freidl, E. Weißmayer, J. Korom, J. Wancata*

52

Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber Psychiatrie

*Ch. Lauber, C. Nordt, L. Falcató, W. Rössler*

59

Einstellung von Experten und Laien gegenüber Behandlungsalternativen bei psychisch Kranken

*H. Zogg, Ch. Lauber, V. Ajdacic-Gross, W. Rössler*

65

**Philosophie & Geschichte**

Philosophisch-literarische Aspekte des Suizids  
*H. Hinterhuber*

72

**Bericht**

Die Vergangenheit ist jetzt

*J. Tönnemann, R. Oberguggenberger, A. Sommerauer, F. Wassermann, Ch. Moser*

78

**In Memoriam**

Präsident Hon.-Prof. Dr. Karl Kohlegger  
*H. Hinterhuber, H. Baumgartner*

80

**Gratulation**

Wiener Preis für humanistische Altersforschung 2004

44

**Rezension**

Elmar Waibl: Grudriß der Medizinethik für Ärzte, Pflegeberufe und Laien  
*M. P. Heuser*

71

**Volume 19**  
**Number 2 – 2005**

**Editorial**

19 years „Neuropsychiatrie“ – a story of success  
*U. Meise, H. Hinterhuber*

**Review**

Are antidepressants in the treatment of bipolar depression obsolete? – Part I: The epidemiology and clinical relevance of depressive symptoms concerning bipolar disorders

*A. Hausmann, M. Walpoth, A. Conca*

**Original Paper**

How exact are psychiatrists' estimates concerning schizophrenia patients' service satisfaction? Results of a pilot study

*E. Pollak, R. Strobl, M. Krautgartner, M. Freidl, E. Weißmayer, J. Korom, J. Wancata*

Public attitude towards psychotherapy

*Ch. Lauber, C. Nordt, L. Falcató, W. Rössler*

Experts' and lay attitudes to treatment recommendations in case of mental illness

*H. Zogg, Ch. Lauber, V. Ajdacic-Gross, W. Rössler*

**Philosophy & History**

Suicide: Philosophical and literarily aspects  
*H. Hinterhuber*

**Report**

The future is present

*J. Tönnemann, R. Oberguggenberger, A. Sommerauer, F. Wassermann, Ch. Moser*

**In Memoriam**

President Hon.-Prof. Dr. Karl Kohlegger  
*H. Hinterhuber, H. Baumgartner*

**Congratulation**

Vienna award for humanistic gerontology 2004

**Recension**

Elmar Waibl: Grudriß der Medizinethik für Ärzte, Pflegeberufe und Laien  
*M. P. Heuser*

## Zeitungsgründer

Franz Gerstenbrand, Innsbruck  
Hartmann Hinterhuber, Innsbruck  
Kornelius Krysin-Exner †

## Herausgeber

Hartmann Hinterhuber, Innsbruck  
Ullrich Meise, Innsbruck  
(geschäftsführend)

Alex H. Bullinger, Basel  
Hans Förstl, München  
Andreas Heinz, Berlin  
Wulf Rössler, Zürich

Ernst Berger, Wien  
Karl Dantendorfer, Wien  
Max Friedrich, Wien  
Verena Günther, Innsbruck  
Ilse Krysin-Exner, Wien  
Josef Marksteiner, Innsbruck  
Hans Rittmannsberger, Linz  
Werner Schöny, Linz  
Johannes Wancata, Wien  
Hans Georg Zapotoczky, Graz

## Redaktionsadresse

Univ.-Prof. Dr. Ullrich Meise, Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck, Anichstraße 35,  
A-6020 Innsbruck, Telefon: +43-512-504-23616, Fax: +43-512-504-23628,  
Email: ullrich.meise@uklibk.ac.at

Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, Postfach 1351,  
D-82032 München-Deisenhofen,  
Tel. (089) 61 38 61-0, Telefax (089) 6 13 54 12  
Email: info@dustri.de

## Wissenschaftlicher Beirat

Josef Aldenhoff, Kiel  
Matthias C. Angermeyer, Leipzig  
Jules Angst, Zürich  
Helmuth Beckmann, Würzburg  
Wilfried Biebl, Innsbruck  
Hans Brenner, Bern  
Peter Falkai, Homburg  
Asmus Finzen, Basel  
Wolfgang Gaebel, Düsseldorf  
Reinhard Haller, Frastanz  
Florian Holsboer, München  
Isabella Heuser, Berlin  
Christian Humpel, Innsbruck  
Hans Peter Kapfhammer, Graz  
Siegfried Kasper, Wien  
Heinz Katschnig, Wien  
Wolfgang Maier, Bonn  
Hans-Jürgen Möller, München  
Heidi Möller, Innsbruck  
Bruno Müller-Öhringhausen, Berlin  
Franz Müller-Spahn, Basel  
Thomas Penzel, Marburg  
Walter Pieringer, Graz  
Anita Riecher-Rössler, Basel  
Peter Riederer, Würzburg  
Alois Saria, Innsbruck  
Gerhard Schüssler, Innsbruck  
Gernot Sonneck, Wien  
Gabriela Stoppe, Basel  
Heinrich Sauer, Jena  
Norman Sartorius, Genf  
Marianne Springer-Kremser, Wien

© 2005 Jörg Feistle.  
Verlag: Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle.  
ISSN 0948-6259

Regularly listed in Current Contents/Clinical Practice and EMBASE/Excerpta Medica

Mit der Annahme des Manuskriptes und seiner Veröffentlichung durch den Verlag geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an den Verlag über.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann

benutzt werden dürften. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen wird vom Verlag keine Gewähr übernommen. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Die Neuro-psychiatrie erscheint vierteljährlich.

Bezugspreis jährlich € 76,-. Preis des Einzelheftes € 21,- zusätzlich Versandgebühr, inkl. Mehrwertsteuer. Einbanddecken sind lieferbar. Bezug durch jede Buchhandlung oder direkt beim Verlag. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um 1 Jahr, wenn nicht eine Abbestellung bis 4 Wochen vor Jahresende erfolgt.

# Neuro- psychiatrie

*Psychiatrie, Psycho-  
therapie und Public  
Mental Health*

## Zeitungsgründer

Franz Gestenbrand, Innsbruck  
Hartmann Hinterhuber, Innsbruck  
Kornelius Krysin-Exner †

## Redaktion

Hartmann Hinterhuber, Innsbruck  
Ullrich Meise, Innsbruck

## Wissenschaftliches Organ

- pro mente Austria,  
Dachverband der Sozialpsy-  
chiatrischen Gesellschaften
- Österreichische Gesellschaft  
Depressive Erkrankungen
- Österreichische Gesellschaft  
für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie
- Österreichische  
Schizophreniegesellschaft



Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle  
<http://www.dustri.de>  
ISSN 0948-6259

## Hinweise für AutorInnen:

Sämtliche Manuskripte unterliegen der wissenschaftlichen und redaktionellen Begutachtung durch Schriftleitung und Reviewer.

### Allgemeines:

Bitte die **Texte unformatiert im Flattersatz** (Ausnahme: Überschrift und Zwischenüberschriften, Hervorhebungen) und **keine Trennungen** verwenden!

Manuskripte – verfasst im Word – sind am besten per Email an die Redaktion (Adresse siehe unten) zu übermitteln. Sie können auch elektronisch auf CD oder Diskette an die Redaktionsadresse gesandt werden. Originalarbeiten sollen 6 Druckseiten nicht überschreiten (1 Druckseite entspricht ca. 7500 Zeichen). Die Zahl der Abbildungen und Tabellen sollte sich auf maximal 5 beschränken.

### Manuskriptgestaltung:

- Titelseite: (erste Manuskriptseite)
  - Titel der Arbeit:
  - Namen der Autoren (vollständiger Vorname vorangestellt)
  - Klinik(en) oder Institution(en), an denen die Autoren tätig sind
  - Anschrift des federführenden Autors (inkl. Email-Adresse)
- Zusammenfassung: (zweite Manuskriptseite)
  - Sollte 15 Schreibmaschinenzeilen nicht übersteigen
  - Gliederung nach: Anliegen; Methode; Ergebnisse; Schlussfolgerungen;
  - Schlüsselwörter (mindestens 3) gesondert angeben
- Titel und Abstract in englischer Sprache (3. Manuskriptseite)
  - Kann ausführlicher als die deutsche Zusammenfassung sein
  - Gliederung nach: Objective; Methods; Results; Conclusions
  - Keywords: (mindestens 3) gesondert angeben
- Text: (ab 4. Manuskriptseite)

Für wissenschaftliche Texte Gliederung wenn möglich in Einleitung, Material und Methode, Ergebnisse, Diskussion, evtl. Schlussfolgerungen, evtl. Danksagung, evtl. Interessenskonflikt
- Literaturverzeichnis: (mit eigener Manuskriptseite beginnen)
  - Literaturangaben sollen auf etwas 20 grundlegende Werke und Übersichtsarbeiten beschränkt werden. Das Literaturverzeichnis soll nach Autoren alphabetisch geordnet werden und fortlaufend mit arabischen Zahlen, die in [eckige Klammern] gestellt sind, nummeriert sein.
  - Im Text die Verweiszahlen in [eckiger Klammer] an der entsprechenden Stelle einfügen.

Beispiele:

*Arbeiten, die in Zeitschriften erschienen sind:*

[1] Rittmannsberger H., Sonnleitner W., Kölbl J., Schöny W.: Plan und Wirklichkeit in der psychiatrischen Versorgung. Ergebnisse der Linzer Wohnplatzerhebung. *Neuropsychiatrie* 15, 5-9 (2001).

*Bücher:*

[2] Hinterhuber H., Fleischhacker W.: Lehrbuch der Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1997.

*Beiträge in Büchern:*

[3] Albers M.: Kosten und Nutzen der tagesklinischen Behandlung. In: Eikelmann B., Reker T., Albers M.: Die psychiatrische Tagesklinik. Thieme, Stuttgart 1999.
- Abbildungen und Tabellen: (jeweils auf eigener Manuskriptseite)
  - Jede Abbildung und jede Tabelle sollte mit einer kurzen Legende versehen sein.
  - Verwendete Abkürzungen und Zeichen sollten erklärt werden.
  - Die Platzierung von Abbildungen und Tabellen sollte im Text durch eine Anmerkung markiert werden („etwa hier Abbildung 1 einfügen“).
  - **Abbildungen und Grafiken sollten als separate Dateien gespeichert werden und nicht in den Text eingebunden werden!**
  - Folgende Dateiformate können verwendet werden: **Für Farb-/Graustufenabbildungen: .tiff, .jpg, (Auflösung: 300 dpi); für Grafiken/Strichabbildungen (Auflösung: 800 dpi)**

### Ethische Aspekte:

Vergewissern Sie sich bitte, dass bei allen Untersuchungen, in die Patienten involviert sind, die Grundsätze der zuständigen Ethikkommissionen oder der Deklarationen von Helsinki 1975 (1983) beachtet worden sind. Besteht ein möglicher Interessenskonflikt muss dieser gesondert am Ende des Artikels ausgewiesen werden.

### Korrekturabzüge:

Nach Anfertigung des Satzes erhält der verantwortliche Autor einen Fahnenabzug des Artikels elektronisch als pdf-Datei übermittelt. Die auf Druckfehler und sachliche Fehler durchgesehenen Korrekturfahnen sollten auf dem Postweg an die Verlagsadresse zurückgesandt werden.

### Manuskript-Einreichung:

Redaktion: **Univ.-Prof. Dr. Ullrich Meise, Universitätsklinik für Psychiatrie,** Medizinische Universität Innsbruck, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck, Telefon: +43-512-504-23616, Fax: +43-512-504-23628, **Email: ullrich.meise@uklibk.ac.at**

# Neuro- psychiatrie

**Psychiatrie, Psycho-  
therapie und Public  
Mental Health**

## Zeitungsründer

Franz Gestenbrand, Innsbruck  
Hartmann Hinterhuber, Innsbruck  
Kornelius Kryspin-Exner †

## Redaktion

Hartmann Hinterhuber, Innsbruck  
Ullrich Meise, Innsbruck

## Wissenschaftliches Organ

- pro mente Austria, Dachverband der Sozialpsychiatrischen Gesellschaften
- Österreichische Gesellschaft Depressive Erkrankungen
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Österreichische Schizophreniegesellschaft



Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle  
<http://www.dustri.de>  
ISSN 0948-6259

## 19 Jahre „Neuropsychiatrie“ – Eine Erfolgsgeschichte

Ullrich Meise und Hartmann Hinterhuber

*Univ.-Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck*

Eine ungewöhnliche Überschrift – erwartet man doch üblicherweise eine solche für die Ankündigung eines runden Geburtstages. Trotz dieses zeitlichen Vorgriffes ist es uns ein Bedürfnis, schon jetzt auf das lange Bestehen der „Neuropsychiatrie“ und ihren Stellenwert innerhalb der deutschsprachigen Psychiatrie hinzuweisen.

Die „Neuropsychiatrie“ hat in diesem Jahr neue, wissenschaftlich interessante Partnerschaften mit Fachgesellschaften geschlossen. Erfreulich ist es, dass sie im Jahr **2004** einen **Impactfaktor** von **1,414** aufweist. Somit steht sie an **erster Stelle** der deutschsprachigen Psychiatriefachzeitschriften.

Auch wenn dieses Bewertungsverfahren kritisch hinterfragt wird, so hat es sich doch weltweit durchgesetzt. Der Impactfaktor wird auch in Österreich u.a. zur Bewertung von Habilitationen oder für die Besetzung von Leitungspositionen in der Psychiatrie herangezogen. Bald wird er auch maßgeblich die Zuteilung von Ressourcen für universitäre Einrichtungen mitbestimmen.

Nach dem Prinzip „Denn jenem der hat, wird gegeben werden und er wird Überfluss haben“ (Matthäus 25, 29) werden bei einer Fachzeitschrift mit hohem Impactfaktor mehr Arbeiten eingereicht. Dies ermöglicht der Schriftleitung eine noch bessere Aus-

wahl der Manuskripte: Folge ist eine Steigerung der Qualität des Journals.

Trotz dieser erfreulichen Nachricht versteht sich die „Neuropsychiatrie“ als ein (auch vom Impactfaktor) unabhängiges Psychiatriejournal. Selbstredend werden alle zur Publikation eingereichten Arbeiten einem Review unterzogen; Autorinnen und Autoren sind aufgefordert allfällige Interessenskonflikte offen zu legen und sich im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten an den gültigen ethischen Standards zu orientieren. Bewusst haben wir das Adjektiv „unabhängig“ hervor. Trotz ökonomischer Zwänge – die Kosten für die Produktion der „Neuropsychiatrie“ müssen mittels Werbung aufgebracht werden – wird die Autonomie der Zeitschrift immer gewahrt.

Mit dem Untertitel „Psychiatrie, Psychotherapie und Public Mental Health“ verweist die Neuropsychiatrie auf ihre Blattlinie, nämlich die Bereiche der „seelischen Gesundheit“ in allen ihren Facetten vertreten zu wollen. Ein wesentliches Ziel ist es, den Stellenwert der psychischen Gesundheit nach dem Motto „Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ zu fördern. Es bedarf aber noch harter Überzeugungsarbeit, dass das Ansehen aller von psychischer Erkrankung Betroffenen – Patienten, Angehörige, Behandler,

Institutionen, Behandlungsverfahren etc. – in der Bevölkerung verbessert wird.

Einen weiteren Schwerpunkt sieht die Schriftleitung durch ausgewählte Reviewartikel zur Fortbildung anzuregen. Ein anderer Fokus ist den an wissenschaftlichen Fragestellungen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen ein Forum zu bieten, in dem sie auch in deutscher Sprache ihre Originalarbeiten präsentieren können. Schon in der Vergangenheit hat die „Neuropsychiatrie“ Kolleginnen und Kollegen es ermöglicht, akademische Meriten zu erlangen. Grundsätzlich sehen wir es als Aufgabe am „Puls“ der Entwicklungen in der Psychiatrie zu sein, ohne aus dem Blick zu verlieren, mit welchen Gefahren dieses Fach auch vergesellschaftet sein kann.

Nächstes Jahr wird die „Neuropsychiatrie“ ihr 20-jähriges Jubiläum feiern. Herausgeber, wissenschaftlicher Beirat und Verlag sind motiviert, unsere Zeitschrift zu einem „Topjournal“ zu entwickeln. Wir möchten all jenen danken, die die „Neuropsychiatrie“ bisher unterstützt haben.

## Wiener Preis für humanistische Altersforschung 2004

Verleihung an:  
Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

Der „**Wiener Preis für humanistische Altersforschung 2004**“ der österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie wurde in einem Festakt im Wiener Rathaus an Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, Institut für Psychologie der Universität Wien, verliehen. Die Leiterin der Arbeitsgruppe Klinische und Gesundheitspsychologie und Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie wurde für ihre Forschungsarbeit im Bereich der Gerontopsychologie ausgezeichnet. Kryspin-Exner war nach ihrer Habilitation 1988 Außerordentliche Universitätsprofessorin an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck, bevor sie 1998 auf das Ordinariat Klinische Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Wien berufen wurde. Dort gründete sie auch die Lehr- und Forschungspraxis (LeFoP) der Universität Wien, um einerseits in der Lehre praxisorientiert vorzugehen und, dem internationalen Stand entsprechend, Forschung im Therapiebereich betreiben zu können. Die LeFoP bietet neben Beratungsgesprächen auch verhaltensthe-

rapeutisch orientierte Psychotherapie sowie Mediation an.

Insgesamt publizierte Kryspin-Exner bereits 150 wissenschaftliche Arbeiten, vorwiegend Veröffentlichungen in psychologischen und psychiatrischen Fachzeitschriften, Abstracts, Buchbeiträge sowie drei Bücher. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen vor allem auf Klinischer Psychologie sowie den hirnrorganischen Grundlagen psychischer Störungen und dabei insbesondere in Zusammenhang mit gerontopsychologischen Fragestellungen, die für die Klinische Psychologin einen besonderen Stellenwert besitzen. Ihr Interesse im Bereich der Altersforschung gilt dabei vor allem kognitiven Faktoren wie Gedächtnis, Wahrnehmungs- und Problemlösungsfunktionen sowie daraus abgeleiteten Therapieoptionen.

Seit Mitte der neunziger Jahre befasst sich Kryspin-Exner verstärkt mit der wechselseitigen Abhängigkeit der Lebensqualität von Patienten mit Hirnleistungsstörungen, ihren Fami-

lien und professionellen Helfern. Als besonders wichtig erachtet sie dabei die Reflexionsmöglichkeit über die Arbeit im Bereich der Altenbetreuung sowie die Erhaltung der eigenen psychischen Stabilität. In einem EU-Projekt (1997-1999) entwickelte Kryspin-Exner Strategien zur Gesundheitsförderung bei Angehörigen von Alzheimer-Patienten. „Geriatrie und Gerontologie sind Bereiche, wo die Psychologie Gewinn bringend für alle Beteiligten eingesetzt werden kann“, betont die Laureatin. Dies gelte besonders für den Bereich der Betreuung alter Menschen, wo die Psychologie Hilfestellungen zur bestmöglichen Nutzung vorhandener Kompetenzen und Kapazitäten bieten könne, um bedarfsgerechte Förderungsmaßnahmen für Senioren zu entwickeln. „Leider werden diese Möglichkeiten insgesamt noch viel zu wenig umgesetzt.“

Wir gratulieren herzlichst

aus *Clinicum* 3/05

# Sind Antidepressiva in der Behandlung der bipolaren Depressionen obsolet?

## Teil I: Die Epidemiologie und klinische Bedeutung depressiver Symptome im Rahmen der Bipolaren Störung

Armand Hausmann<sup>1</sup>, Michaela Walpoth<sup>1</sup> und Andreas Conca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck, Austria

<sup>2</sup> Landes-Krankenhaus Rankweil, Abteilung für Psychiatrie I, Rankweil, Austria

### Schlüsselwörter:

bipolare affektive Störung – manisch-depressive Erkrankung – Antidepressiva – Stimmungsstabilisatoren – Epidemiologie

### Keywords:

bipolar affective disorders – mania – depression – antidepressant – mood stabilizer – epidemiology

### Sind Antidepressiva in der Behandlung der bipolaren Depressionen obsolet? – Teil I: Die Epidemiologie und klinische Bedeutung depressiver Symptome im Rahmen der Bipolaren Störung

Im Gegensatz zu den weltweit eher einheitlichen Empfehlungen Standards in der Behandlung der bipolaren Manie werden die Behandlungsstrategien depressiver Episoden bei Patienten mit bipolarer Störung kontroversiell diskutiert. Dies betrifft v.a. die Verschreibung von Antidepressiva in der Akuttherapie als auch in der Erhaltungstherapie bipolar depressiver Patienten zu. Trotzdem erhalten bipolare Patienten in den meisten Ländern der Welt in denen pharmakologische Behandlungen erhältlich sind, Antidepressiva, sowohl in der Akutphase als auch in der Erhaltung. In diesem ersten Teil gehen die Autoren

auf die Epidemiologie und Diagnostik depressiver Symptome im Rahmen der bipolaren Störung ein.

### Are antidepressants in the treatment of bipolar depression obsolete? – Part I: The epidemiology and clinical relevance of depressive symptoms concerning bipolar disorders

In contrast to the internationally well established guidelines for the treatment of bipolar mania currently used therapeutic strategies in patients with bipolar depression are discussed controversially. This is specifically true for antidepressants in the acute treatment as well as in the continuation and maintenance treatment of bipolar depression. As a matter of fact in clinical settings, bipolar patients for the major part are treated with antidepressants. This first part reviews the prevalence and clinical importance of depressive symptoms within the bipolar spectrum.

### Einleitung

Im Gegensatz zu den weltweit einheitlichen Richtlinien, welche es zur Behandlung der akuten Manie gibt, widersprechen sich die Behandlungsempfehlungen der bipolaren Depression. So z.B. divergieren die Richtlinien in der Langzeitbehandlung der bipolaren Störungen zwischen Nordamerika und Europa. Diese basieren allerdings

nicht nur auf unterschiedlichen beruflichen Traditionen und kulturellen Hintergründen; sie resultieren auch aus noch ungeklärten Forschungsfragen und fehlender wissenschaftlicher Evidenz [1]. Dies trifft im Speziellen auf die Verschreibung von Antidepressiva sowohl in der Akut- als auch in der Erhaltungstherapie zu. Kipp-Phänomene in die Manie, die Gefahr der Akzeleration, sowie die weniger gute Wirksamkeit von Antidepressiva in der bipolaren Störung im Vergleich zur unipolaren Depression, werden von manchen Autoren als Argument gegen die Verwendung von Antidepressiva ins Feld geführt [2].

So entstanden die amerikanischen [3] respektiv internationalen Richtlinien [4] teilweise aus Expertenmeinungen; während die europäischen Richtlinien [5,6] nach den verschiedenen Evidenzlevels erstellt wurden.

Die Richtlinien der American Psychiatric Association [7], sowie die Kanadischen Richtlinien [8] hingegen sind evidenz-basiert und dennoch werden auch hier im Gegensatz zu den europäischen Empfehlungen Antidepressiva in der Akuttherapie der leichten bis mittelgradigen Depression als Therapie erster Wahl dezidiert nicht vorgeschlagen. Um in diese Verwirrung im Umgang mit der Verschreibung von Antidepressiva zu klären, erarbeiteten wir eine Literatur-Übersicht, welche wir mittels PubMed und Mesh-Database im Internet unter den Stichworten Bipolare Störung, Antidepressiva und Depres-

sion erstellten. Zusätzlich wurde aus aktuellen Handbüchern, sowie durch Querreferenzierung ergänzt. Die Evidenzlevel wurden nach folgenden Kriterien erstellt.

Wie sieht die Antidepressiva-Verschreibung in der Praxis nun aus? In den meisten Ländern der Welt in denen pharmakologische Behandlungen erhältlich sind, erhalten bipolare Patienten Antidepressiva. In den USA erhalten 78% der Patienten mit bipolarer Störung Antidepressiva, hauptsächlich Fluoxetin, Sertralin und Paroxetin [9]. Aber auch nach Erstellung der Diagnose, werden Patienten häufiger mit Antidepressiva behandelt als mit Stimmungsstabilisatoren (STT) [10]. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Patienten mit bipolarer Störung sich primär als unipolar depressiv darstellen, als solche diagnostiziert werden, und infolge dessen auch Antidepressiva erhalten. Manische Episoden stellen sich oft erst in der späten Adoleszenz oder im früheren Erwachsenenalter ein und somit bleibt die Bipolarität lange unerkannt. Bei ambulanten Patienten wurde die Latenz zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnose mit einem Jahrzehnt beschrieben [11].

Öfters als eine Monotherapie sind Kombinationstherapien in der Praxis die Regel. So beschreibt Lim et al. z. B. die Kombinationshäufigkeit und -Art verschiedener psychotroper Substanzen in einer an Bipolar-I (BP-I) erkrankten Patientengruppe von 1471 Teilnehmern mit und ohne psychotische Symptome [12]; im Durchschnitt wurden 21,2% der Pat. psychopharmakologisch monotherapeutisch behandelt, 33,6% erhielten eine zweizügelige Therapie, 42,5% eine Polypharmakotherapie ( $\geq 3$  verschiedene Substanzklassen); dabei konnte Lim auch nachweisen, dass die meisten Pat. bei ihrer Entlassung Medikamente verschrieben bekommen haben, die gar nicht den allgemeinen Empfehlungen und Behandlungsrichtlinien entsprachen [12]. Die verordnete Medikation wurde mit publizierten therapeutischen Richtlinien in derselben Indikation verglichen. Nur einer von

drei Patienten mit einer BP-I-Erkrankung (depressiv oder manisch) mit psychotischen Symptomen wurde entsprechend der Richtlinien behandelt. Bei den nicht psychotischen waren es sogar nur mehr 1 auf 6. Bei der bipolaren Störung handelt es sich um eine hoch rezidivierende und schwer zu behandelnde Erkrankung. Eine Follow-up Studie (n = 186) [13] fand, dass sieben Jahre nach der initialen depressiven, gemischten oder manischen Episode die kumulative Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs sogar unter fortlaufender Lithiumprophylaxe bei 70 % liegt.

Der Hiatus zwischen der realen Welt, der therapeutischen Praxis und der feineren Welt, der evidenzbasierten Medizin mag nachdenklich stimmen, vor allem wenn man um die Dimension weiß. Werden derzeit 50 Millionen Menschen (0,5-1%) die weltweit an einer bipolaren Störung leiden erkannt und adäquat behandelt? Das sind bei Einschluss der BP-II Patienten in Österreich immerhin ~ 800.000 (11,5%). In der Bipolaren Störung überwiegen generell die depressiven Episoden; diese gehen mit beträchtlichen Einschränkungen einher [14,15]. Auch ist das Suizidrisiko bei Patienten mit bipolarer Störung 30mal größer als für die allgemeine Population [7].

Die Bipolaren Störungen werden laut DSM IV (APA 1994) [16] in BP-I, BP-II und die nicht näher bezeichnete bipolare Störung eingeteilt. Entsprechend des DSM IV können Patienten auch bipolare Symptome im Rahmen einer Zykllothymie, einer Substanzinduzierten Störung der Stimmung, sowie einer primären organischen Erkrankung, aber auch im Rahmen einer schizoaffektiven Erkrankung bipolaren Subtyps erleiden. Unter der Bipolaren Spektrums-Störung sind viele klinische Zustände subsummiert, von denen man annimmt, dass sie eng mit der bipolaren Störung in Zusammenhang stehen. Es sind dies beispielsweise Hypomanien, welche den arbiträr festgelegten zeitlichen Kriterien von 4 Tagen des DSM-Systems nicht entsprechen.

Mehr als 50% der bipolaren Patienten durchleben depressive Episoden als

ihre Indexepisode [17] und suchen zwei bis dreimal öfters eine Behandlung auf als während einer manischen Episode [18]. Depressive Episoden im Rahmen der bipolaren Störung sind bei 20% der Patienten chronisch [19]. Depressive Symptome haben eine höhere Dysfunktionalität und eine niedrigere Lebensqualität zur Folge als alle anderen Phasen der Erkrankung [14,17,20]. Sogar subsyndromale Symptome sind mit einem niederen Funktionsniveau assoziiert ([21,22]).

Um die Frage der Indikation für Antidepressiva in der Therapie der bipolaren Depression besser beantworten zu können wollen wir in diesem ersten Teil die Epidemiologie, die kategoriale Diagnostik und die klinische Relevanz depressiver Symptome im Rahmen der bipolaren Störung darstellen

## Die Bipolar-I- Störung (BP-I)

In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Prävalenz der BP-I 0,5-2,4 % [23,24,25,26,27,28]. Männer und Frauen sollen gleich oft betroffen sein [29,30,31].

Die BP-I-Störung ist durch die sich abwechselnden depressiven und manischen Episoden gekennzeichnet. Depressive Symptome und Episoden sind allerdings frequenter als manische. Überdies sind syndromale/subsyndromale depressive Symptome bis zu dreimal häufiger als syndromale/subsyndromale manische Symptome [15, 32, 33].

Junges Alter in der Index Episode, Dauer der Index Episode, sowie der Schweregrad der depressiven Symptomatik (ev. einer komorbiden psychotischen Symptomatik oder Substanzgebrauch) sind negative Prädiktoren für den Krankheitsverlauf. Die Dauer der BP-I-Episoden korrelierte direkt mit ihrer Auslenkung; manische Episoden persistieren sechs Wochen, „major depressive“ Episoden 12 Wochen und gemischte Episoden 45 Wochen [15,



33]. In einer Kohortenstudie (Beobachtung von 146 Patienten über durchschnittlich 12,8 Jahre) wies Judd et al. [15] auf den schwerwiegenden Chronifizierungsgrad hin. Die Patienten waren fast 46 % der Zeit krank und hatten eine hohe Wahrscheinlichkeit ein Rezidiv zu erleiden. Depressive Symptome (32 % ) kamen dreimal öfters als manische Symptome (9 %) vor; Mischzustände in 6 % der Fälle.

## Die Bipolar- II-Störung (BP-II)

Nach DSM IV hat die BP-II eine kumulative Prävalenzrate von 0,4%. Aber allein durch das Herabsetzen des Zeitkriteriums für die Hypomanie von 4 auf 2 Tage, erhöht sich die Anzahl der BP-II Patienten von 0,4 auf 5,3% [34]; fällt das Kriterium der Dauer einer hypomanen Episode, wie von Angst postuliert erweitert sich das BP-II-Spektrum auf 11% [35]. Diese Reklassifikation erhöht die Anzahl der Patienten mit signifikanten affektiven Störungen in der Gesamtpopulation (Zürich Kohorten-Studie 22,9% vs. DSM-IV Kriterien 22,4%) aber nicht, sondern verteilt sie nur um. BP-II hat deutlich mehr depressive Episoden als BP-I und wird durch das Auftreten ausschließlich hypomaner Episoden charakterisiert. Patienten mit BP-II zeigen deutlich mehr Neurotizismen, haben kürzerer Episoden Intervalle und haben eine hohe Rückfallrate. Die BP-II Störung tendiert zu einem chronischen Verlauf. Judd et al. konnten zeigen wie BP-II Patienten (N=86) in einem Beobachtungszeitraum von 13, 4 Jahren in 51% der Zeit sich als depressiv beschrieben [33]. Dunner und Fieve beschrieben [36] die therapeutischen Konsequenzen aus einer klaren diagnostischen Trennung zwischen BP-I und -II. So konnten sie zeigen dass Lithium in der Behandlung von BP-II die Hospitalisationsdauer nicht beeinflussen konnte.

## Bipolar III

Eine andere brennende Frage beschäftigt sich mit denjenigen Patienten welche das erste Mal eine Hypomanie nach Antidepressivagabe entwickelten. In der antidepressiven Behandlung kann ein Kippen in die Manie zwei Ursachen haben. Es kann sich um den krankheitsimmanenten zyklischen Verlauf handeln, oder es kann die Therapie dazu geführt haben. Bei allen Substanzklassen von Antidepressiva scheint dieses Phänomen vorzukommen. [37,38]. Trizyklika (TZA) haben die größte Wahrscheinlichkeit einen switch (Kippen) auszulösen [39]. In einer Metaanalyse von Patienten ohne vorhergehende Anamnese einer Manie, war das Switch-Risiko durch die Behandlung von Trizyklika zweimal größer als die Behandlung mit SSRI oder Placebo [40].

STT wie Valproinsäure (VPS), Carbamazepin (CBZ), oder Lithium scheinen diese Antidepressiva-induzierten Switches zwar numerisch reduzieren aber nicht verhindern zu können [41]. In dieser post hoc Analyse von 158 Patienten entwickelten 16 % einen switch in die Manie, sowie 10 % in die Hypomanie. Von diesen Patienten (26%) erhielten immerhin 59 % SST. Als ebenfalls gering betrachten Gijsman et al. [42] in ihrer Metaanalyse das Antidepressiva verursachte Switch Risiko (75% der Patienten erhielten gleichzeitig einen STT oder ein Antipsychotikum P der 2. Generation) wie sie in einer Metaanalyse (N= 1088) zeigen konnten. Aber auch hier waren die Switch Raten für Trizyklika höher (10%), als für andere Antidepressiva (3,2%) im speziellen SSRI. Andere Autoren argumentieren dass ein adäquater Lithium-Spiegel doch protektiv sein könnte [43].

Maj et al. [44] publizierten eine prospektive 10-Jahres Follow-up Studie bei Patienten mit bipolarer Störung. Sie untersuchten die Bedeutung des Switch Phänomens auf die Prognose der Erkrankung. Sie untersuchten 97 Patienten die mindestens einen Switch in der ersten beobachtbaren Indexepisode hatten, und verglichen sie mit 97 bipolaren Patienten deren Indexepisode mono-

phasisch war. Sie fanden, dass Patienten deren Indexepisode mindestens zwei Switches aufzeigte im Vergleich zu denjenigen deren Indexepisode monophasisch verlief nach 10 Jahren eine deutlich verschlechterte Psychopathologie und psychosozialen Status aufzeigten.

Antidepressiva induzierte hypomanische Episoden sind milder [45], treten weniger mit SSRI als mit Trizyklika auf [40], und scheinen euphorischer mit MAO-Hemmern als mit Trizyklika zu sein, welche eine mehr dysphorische Manie induzieren [46]. Prospektive Beobachtungen zeigen, dass fast alle Erwachsenen Patienten mit einer Antidepressiva induzierten hypomanischen Episode, Monate oder Jahre später eine BP-II- oder I-Störung entwickeln [47].

Im Zusammenschau der Ergebnisse und Arbeiten von Altshuler et al. [39], Menchon et al. [48], Post et al. [49] ist es nach Meinung der Autoren folgerichtig, dass weder das DSM IV noch das ICD-10 dafür eine eigene diagnostische Kategorie anbietet.

## Gemischte Episoden

Die Akzeptanz des Konzeptes Mischzustand nach Kraepelin respektive der gemischter bipolarer Störungen war nicht immer einheitlich [50]. Autoren wie Karl Jaspers und Kurt Schneider standen dem Konzept kritisch gegenüber. Nach Marneros und Goodwin [51] etablierte sich dann aber ab den 1970iger diese diagnostische Kategorie und fand konsequenter Weise Eingang im DSM-IV und ICD-10. Letztes fordert zur Diagnose einer gemischten Episode, überwiegend simultanes Auftreten oder rasches Wechseln (gewöhnlich innerhalb von wenigen Stunden) von depressiven Symptomen und hypomanischen /manischen Symptomen mit einer Mindestdauer von zwei Wochen.

Im DSM IV ist die erforderliche Zeitspanne nur eine Woche. Die Kriterien für eine manische Episode als auch für eine „major depression“ sind täglich zu erfüllen. Sowohl nach ICD-10 als

auch nach DSM-IV reicht das Vorhandensein einer isolierten, gemischten Episode nicht für die der Diagnose der Bipolare Störung. Dazu verlangt das ICD-10 zusätzlich eine gut belegte manische, hypomanische (kommt im DSM IV in diesem Zusammenhang als Kriterium nicht vor) oder 2. gemischte affektive Episode in der Anamnese. Das Auftreten einer gemischten Episode schließt nach DSM-IV eine BP-II Störung aus. Aber gerade bei BP-II Patienten geht man von einer häufigen Mischung (bis zu fast 50%) von depressiven und hypomanischen Symptomen während des Verlaufs aus. Prinzipiell hängt die Häufigkeit von den angewendeten Diagnosekriterien ab und schwankt zwischen 5 bis 75 % wie Bauer et al [52] dokumentieren konnten. Zudem ist aus der Literatur bekannt, dass Mischzustände häufig sind, dass aber selten alle zu erfüllenden depressiven und manischen Symptome auftreten. So zeigen zwei Drittel der Patienten unterschiedlichste Auslenkungen im Mischzustand [53,54,55]. Deswegen sind die amerikanischen operationalisierten Diagnosekriterien limitierend.

Die Cincinnati Kriterien [56] oder die Pisa Kriterien [57] versuchen dieser nosologischen Dynamik gerecht zu werden. Dabei sollen gleichzeitige einzelne Symptome aus dem jeweiligen gegenpoligen Zustand ausreichend für die Diagnose sein. Jedenfalls bleibt die diagnostische Validität der gemischten bipolaren Episode Thema fortlaufender Diskussionen [58,59].

Auch der Versuch Akiskals, Mischzustände spezifisch dem zyklischen, hyperthymen oder depressivem Temperament zuzuordnen, unterstreicht die diagnostische Variabilität [60].

## Rapid Cycling (RC)

Dunner und Fieve [36] fanden, dass Patienten mit 4 oder mehr Episoden pro Jahr weniger responsiv auf

Lithium waren, als jene mit weniger Episoden. Sie prägten den Terminus Rapid Cyclers für diese Untergruppe. Als ultra-RC werden jene Patienten bezeichnet, welche Episoden mit einem tage- oder wochenweisem Wechsel zeigen. Die Ansicht von Dunner und Fieve, [36] dass RC-Patienten weniger von Lithium profitieren, fand neuerlich wieder Bestätigung. Eine kleine offene Studie welche den prophylaktischen Effekt von Lithium versus Lamotrigin bei BP I Patienten untersuchte, bestätigte den Eindruck, dass Lithium das Auftreten neuer manischer Episoden verhindert, dass aber der präventive Effekt auf depressive Episoden, gering bis kaum vorhanden ist. In dieser Studie war Lithium auf jeden Fall der Vergleichssubstanz Lamotrigin unterlegen [61].

In nicht selektierten Populationen beträgt der Anteil der RC-Patienten 15-20% aller bipolaren Patienten. In einem naturalistisch evaluiertem Kollektiv von BP I (n=218) und BP II-Patienten (n= 142) wurden 15,6% RC-Patienten identifiziert. Tondo und Baldessarini [62] fanden in ihrem aus 10 Studien gepooltem sample (n=2057) 24% RC-Patienten. In einer Metaanalyse welche 20 klinische Studien umfasste, betrug die RC Prävalenz 16,3%. Die RC-Prävalenz war für BP-II-Patienten (30,3 %) 5,1 mal grösser als für BP-I-Patienten (6 %) [63]. In spezialisierten Kliniken könnten sie mehr als 50% betragen [64]. So wird die Prävalenz abhängig vom Zentrum mit 13-56 % angegeben [65].

Ein Jahr lang wurden BP-I-Patienten (n=419), BP-II-Patienten (n=104) sowie nicht spezifizierten bipolarenspezifizierten bipolare Patienten (n=6) in einer prospektiven Studie bezüglich Charakteristika untersucht. RC-Patienten (n=206; 38,2%) unterschieden sich signifikant von den non-RC-Patienten (n=333) durch eine Anamnese physischer und/oder sexueller Gewalt, der Anzahl der durchgemachten manischen, oder depressiven Episoden, einer Drogenanamnese,

sowie einer RC Anamnese. Die Prävalenz dieser Charakteristika steigerte sich progressiv mit zunehmender Frequenzzahl [66]. So ist es nicht verwunderlich, dass eine signifikant höhere Lebenszeit-Prävalenz einer Angststörung im Vergleich zur Allgemein-Bevölkerung (38 % vs. 25 %) für die RC-Patienten charakteristisch ist [67]. RC-Patienten waren für 39,5% der Zeit depressiv und non-RC-Patienten für 33,2% [66]. RC zeigte sich in einer Metaanalyse als signifikant häufig mit weiblichem Geschlecht, sowie mit der BP II Störung assoziiert [68]. RC scheint eine transiente Phase im Verlaufe einer bipolaren Störung zu sein und wird nicht als distinkter Subtyp angesehen [69]. Innerhalb von zwei bis vier Jahren verlangsamte sich bei den meisten RC-Patienten der Zyklus.

## Bipolare Episoden mit psychotischen Symptomen

Geschätzte prozentuelle Anteil von Patienten mit Bipolar I Störung welche eine psychotische Episode erleben variiert von 20 bis nahezu 60%. Eine Übersichtsarbeit [70] von 18 phänomenologischen Studien in der bipolaren Störung fand einen Prävalenz von 20 bis 50% der Patienten mit Psychose. 58% der Patienten mit bipolarer Störung hatten mindestens eine psychotische Episode zeit ihres Lebens.

## Komorbidität

Die Bipolare Störung als Ganzes ist assoziiert mit erhöhter Komorbidität an Drogenmissbrauch/abhängigkeit, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen [71,72,73,74]. Achse I oder Achse II Komorbidität kann verbunden sein mit einem schlechteren Verlauf der Erkrankung [75].

## Suizidalität

Bei Bipolaren Patienten besteht ein erhöhtes Risiko einen Suizid zu begehen. Das Lebenszeit-Risiko wird mit 17-19% geschätzt und beträgt somit das 15- bis 20 fache der Allgemeinbevölkerung [76, 77, 78, 79, 80, 81, 82]. 25-50 % der Patienten begehen zumindest einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch [83,84,85]. Suizidhandlungen sind assoziiert mit schweren depressiven und gemischten Episoden sowie mit einer höheren Anzahl schwerer depressiver Episoden [79,82].

Die Beschreibung von Epidemiologie, Diagnostik, Verlaufsform, Ausprägungsgrad und der Bedeutung als Prädiktor unterstreichen die klinische Relevanz depressiver Episoden im Rahmen bipolarer Störungen. Im Teil II soll der Frage nach der Indikation von Antidepressiva, dem für und wider, in den verschiedenen Phasen des bipolaren Krankheits-Verlaufs nachgegangen werden.

## Referenzen

- [1] Vestergaard P.: Guidelines for maintenance treatment of bipolar disorder: are there discrepancies between European and North American recommendations? *Bipolar Disord.* 6, 519-522 (2004).
- [2] Ghaemi S.N., K.J. Rosenquist, J.Y. Ko, C.F. Baldassano, N.J. Kontos, R.J. Baldessarini: Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am. J. Psychiatry* 161, 163-165 (2004).
- [3] Sachs G.S., D.J., Printz, D.A. Kahn, D. Carpenter, J.P. Docherty: The Expert Consensus Guideline Series: Medication Treatment of Bipolar Disorder 2000. *Postgrad. Med.* 1-104 (2000).
- [4] Calabrese J.R., S. Kasper, G. Johnson, O. Tajima, E. Vieta, L.N. Yatham, A.H. Young: International Consensus on bipolar I depression treatment guidelines. *J. Clin. Psychiatry* 65, 569-579 (2004).
- [5] Goodwin G.M.: Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J. Psychopharmacol.* 17, 149-173 (2003).
- [6] Grunze H., S. Kasper, G. Goodwin, C. Bowden, D. Baldwin, R. Licht, E.R. Vieta, H.J. Möller: Guidelines for biological treatment of bipolar disorders, part I: Treatment of bipolar depression. *World J. Biol. Psychiatry* 3, 115-124 (2002).
- [7] American Psychiatric Association. Hirschfeld R.M.A., C.L. Bowden, M.J. Gitlin, P.E. Keck, R.H. Perlis, T. Suppes, M.E. Thase: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 159, 41-50 (2002).
- [8] Canadian Network for mood and anxiety treatments (CANMAT). Yatham L.N., S.H., Kennedy, C. O'Donovan, S. Parikh, G. MacQueen, R. McUntyre, V. Sharma, P. Siverstone, M. Alda, P. Baruch, S. Beaulieu, A. Daigneault, R. Milev, L.T. Young, A. Ravindran, A. Schaffer, M. Conolly, C.P. Gorman: Guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord.* 7(suppl 3), 5-69 (2005).
- [9] Ghaemi S.N., E.E. Boiman, F.K. Goodwin: Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study (CME). *J. Clin. Psychiatry* 61, 804-808 (2000).
- [10] Ghaemi S.N., M.S. Lenox, R.J. Baldessarini: Effectiveness and safety of long term antidepressant treatment in bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 62, 565-569 (2001).
- [11] Lish J.D., S. Dime-Meenan, P.C. Whybrow, R.A. Price, R.M. Hirschfeld: The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J. Affect. Disord.* 31, 281-94 (1994).
- [12] Lim P.Z., S.L. Tunis, W.S. Edell, S.E. Jen-sik, M. Tohen: Medication prescribing patterns for patients with bipolar I disorder in hospital settings: adherence to published practice guidelines. *Bipolar Disord.* 3, 165-173 (2001).
- [13] Coryell W., J. Endicott, J.D. Maser, T. Mueller, P. Lavori, M. Keller: The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: the importance of episode recency. *J. Affect. Disord.* 3, 201-206 (1995).
- [14] Hlastala S.A., E. Frank, A.G. Mallinger, M.E. Thase, A.M. Ritenour, D.J. Kupfer: Bipolar depression: an underestimated treatment challenge. *Depress. Anxiety* 5, 73-83 (1997).
- [15] Judd L., H. Akiskal, P. Schettler: The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 530-537 (2002).
- [16] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
- [17] Angst J., R. Sellaro: Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol. Psychiatry* 48, 445-457 (2000).
- [18] Kupfer D.J., E. Frank, V.J. Grochocinski, P.A. Cluss, P.R. Houck, D.A. Stapf: Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J. Clin. Psychiatry* 63, 120-125 (2002).
- [19] Segal J., M. Berk, S. Brook: Risperidone compared with lithium and haloperidol in mania: a double-blind randomized controlled trial. *Clin. Neuropharmacol.* 21, 176-180 (1998).
- [20] Yatham L.N., Y. Lecrubier, R.R. Fieve, K.H. Davis, S.D. Harris, A.A. Krishnan: Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord.* 6, 1420-1428 (2004).
- [21] Vojta C., B. Kinosian, H. Glick, L. Altshuler, M.S. Bauer: Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr. Psychiatry* 42, 190-195 (2001).
- [22] Altshuler L.L., M.J. Gitlin, J. Mintz, K.L. Leight, M.A. Frye: Subsyndromal depression in associated with functional impairment in patients with bipolar disorders. *J. Clin Psychiatry* 63, 807-811 (2002).
- [23] Kessler R.C., K.A. McGonagle, S. Zhao, C.B. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman, H.U. Wittchen, K.S. Kendler: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 51, 8-19 (1994).
- [24] Weissman M.M., R.C. Bland, G.J. Canino, C. Faravelli, S. Greenwald, H.G. Hwu, P.R. Karam, C.K. Lee, J. Lellouch, J.P. Lepine, S.C. Newman, M. Rubio-Stipec, J.E. Wells, P.J. Wickramaratne, H. Wittchen, E.K. Yeh: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 276, 293-299 (1996).
- [25] Ten Have M., W. Vollebergh, R. Bijl, W. Nolen: Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J. Affect. Disord.* 68, 203-213 (2002).
- [26] Parikh S., D. Wasylenki, P. Goering, J. Wong: Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilisation, and disability in Ontario. *J. Affect. Disord.* 38, 57-65 (1996).
- [27] Narrow W., D. Rae, L. Robins, D. Regier: Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 115-123 (2002).
- [28] Waraich P., E. Goldner, J. Somers, L. Hsu: Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can. J. Psychiatry* 49, 124-138 (2004).
- [29] Burt V., N. Rasgon: Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disord.* 6, 2-13 (2004).
- [30] Kessing L.: Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 6, 421-425 (2004).
- [31] Hendrick V., L.L. Altshuler, M. Gitlin, S. Delrahim, C. Hammen: Gender and bipolar illness. *J. Clin. Psychiatry* 61, 393-396 (2000).
- [32] Post R.M., K.D. Denicoff, G.S. Leverich, L.L. Altshuler, M.A. Frye, T.M. Suppes, A.J. Rush, P.E. Jr. Keck, S.L. McElroy, D.A. Luckenbaugh, C. Pollio, R. Kupka, W.A. Nolen: Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily pro-

- spective ratings on the NIMH life chart method. *J. Clin. Psychiatry* 64, 680-690 (2003).
- [33] Judd L.L., H.S. Akiskal, P.J. Schettler, W. Coryell, J. Endicott, J.D. Maser, D.A. Solomon, A.C. Leon, M.B. Keller: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 60, 261-9 (2003).
- [34] Angst J., A. Gamma, F. Benazzi, V. Ajdacic, D. Eich, W. Rössler: Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J. Affect. Disord.* 73, 133-146 (2003).
- [35] Akiskal H.S., M.L. Bourgeois, J. Angst, R. Post, H. Moller, R. Hirschfeld: Re-evaluating the prevalence of diagnostic composition within in the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J. Affect. Disord.* 59 (suppl. 1), 5-30 (2000).
- [36] Dunner D.L., R.R. Fieve: Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch. Gen. Psychiatry* 30, 229-233 (1974).
- [37] Haykal R.F., H.S. Akiskal: Bupropion as a promising approach to rapid cycling bipolar II patients. *J. Clin. Psychiatry* 151, 450-5 (1990).
- [38] Roy-Byrne P.P., R.T. Joffe, T.W. Uhde, R.M. Post: Approaches to the evaluation and treatment of rapid-cycling affective illness. *Br. J. Psychiatry* 145, 543-50 (1984).
- [39] Altshuler L.L., R.M. Post, G.S. Leverich, K. Mikalaukas, A. Rosoff, L.A. Ackerman: Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *Am. J. Psychiatry* 152, 1130-1138 (1995).
- [40] Peet M.: Induction of mania with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. *Br. J. Psychiatry* 164, 549-550 (1994).
- [41] Bottlender R., D. Rudolf, A. Strauss, H.J. Moller: Antidepressant-associated manic states in acute treatment of patients with bipolar I depression. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* 248, 296-300 (1998).
- [42] Gijsman H.J., J.R. Geddes, J.M. Rendell, W.A. Nolen, G.M. Goodwin: Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized controlled trials. *Am. J. Psychiatry* 161, 1537-47 (2004).
- [43] Jann M.W., A.H. Bitar, A. Rao: Lithium prophylaxis of tricyclic antidepressant-induced mania in bipolar patients. *Am. J. Psychiatry* 139, 683-684 (1982).
- [44] Maj M., R. Pirozzi, L.R. Magliano, L. Bartoli: The prognostic significance of switching in patients with bipolar disorder: a 10-year prospective follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 159, 1711-1717 (2002).
- [45] Stoll A.L., P.V. Mayer, M. Kolbrenner, E. Goldstein, B. Supplit, J. Lucier, B.M. Cohen, M. Tohen: Antidepressant associated mania: a controlled comparison with spontaneous mania. *Am. J. Psychiatry* 151, 1642-1645 (1994).
- [46] Himmelhoch J.M., M.E. Thase, A.G. Maling, P. Houck: Tranylcypromine versus imipramine in anergic bipolar depression. *Am. J. Psychiatry* 48, 910-916 (1991).
- [47] Akiskal H.S.: The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L.: *Psychiatry Update*. The American Psychiatric Association Annual Review, Vol II. American Psychiatric Press, Washington DC 1983, 271-292.
- [48] Menchon J.M., C. Gast, J. Vallejo: Rate and significance of hypomanic switches in unipolar melancholic depression. *Eur. Psychiatry* 8, 125-129 (1993).
- [49] Post R.M., K.D. Denicoff, G.S. Leverich, M.A. Frye: Drug-induced switching in bipolar disorder. *CNS Drugs* 8, 352-365 (1997).
- [50] Mentzos S.: *Mischzustände und mischbildhafte phasische Psychosen*. Enke, Stuttgart 1967.
- [51] Marneros A., F.K. Goodwin: *Bipolar disorders: Mixed states, rapid cycling and atypical forms*. Cambridge University Press, 2005 (in press).
- [52] Bauer M., P.C. Whybrow, L. Gyulai, J. Gonnell, H.S. Yeh: Testing definitions of dysphoric mania and hypomania: prevalence, clinical characteristics and interepisode stability. *J. Affect. Disord.* 32, 201-211 (1994).
- [53] Goodwin F.K., K.R. Jamison: *Manic depressive illness*. Oxford University Press, New York, 1990.
- [54] Swann A.C., C.L. Bowden, D. Morris, J.R. Calabrese, F. Petty, J. Small, S.C. Dilsaver, J.M. Davis: Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. *Arch. Gen. Psychiatry* 54, 37-42 (1997).
- [55] Himmelhoch J.M.: The sources of characterologic presentation of mixed bipolar states. *Clin. Neuropharmacol.* 15(suppl. 1), 630-631 (1992).
- [56] McElroy S.L., P.E. Keck, H.G. Jr Pope, J.I. Hudson, G.L. Faedda, A.C. Swann: Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am. J. Psychiatry* 149, 1633-1644 (1992).
- [57] Perugi G., H.S. Akiskal, C. Micheli, L. Musetti, A. Paiano, C. Quilici, L. Rossi, G.B. Cassano: Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disord.* 43, 169-80 (1997).
- [58] Benazzi F.: Atypical Depression and its relationship to bipolar spectrum. In: Marneros A., F.K. Goodwin: *Mixed states, rapid cycling and atypical bipolar disorders*. University Press, Cambridge 2004.
- [59] Perugi G., H.S. Akiskal: Emerging concepts of mixed states: a longitudinal perspective. In: Marneros A., F.K. Goodwin: *Mixed states, rapid cycling and atypical bipolar disorders*. University Press, Cambridge 2004.
- [60] Akiskal H.S., K. Akiskal: Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In: Tasman A., M.B. Riba: *Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC 1992, 43-46.
- [61] Walden J., L.O. Schaerer, S. Schösser, H. Grunze: An open longitudinal study of patients with bipolar rapid cycling treated with lithium or lamotrigine for mood stabilization. *Bipolar Disord.* 2, 336-339 (2000).
- [62] Tondo L., R.J. Baldessarini: Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *Am. J. Psychiatry* 156, 1837-1838 (1998).
- [63] Baldessarini R.J., L. Tondo, G. Floris, J. Hennen: Effects of rapid cycling on response to lithium maintenance treatment in 360 bipolar I and II disorder patients. *J. Affect. Disord.* 61, 13-22 (2000).
- [64] Suppes T., G.S. Leverich, P.E. Keck, W.A. Nolen, K.D. Denicoff, L.L. Altshuler, S.L. McElroy, A.J. Rush, R. Kupka, M.A. Frye, M. Bickel, R.M. Post: The Stanley Foundation bipolar treatment outcome network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J. Affect. Disord.* 67, 45-59 (2001).
- [65] Kilzieh N., H.S. Akiskal: Rapid-cycling bipolar disorder: an overview of recent research and clinical experience. *Psychiatr. Clin. North Am.* 22, 585-607 (1999).
- [66] Kupka R.W., D.A. Luckenbaugh, R.M. Post, T. Suppes, L.L. Altshuler, P.E. Kecke, M.A. Frye, K.D. Denicoff, H. Grunze, G.S. Leverich, S.L. McElroy, J. Walden, W.A. Nolen: Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am. J. Psychiatry* 162, 1273-1280 (2005).
- [67] Judd L.L., H.S. Akiskal: The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J. Affect. Disord.* 73, 123-31 (2003).
- [68] Kupka R.W., D.A. Luckenbaugh, R.M. Post, G.S. Leverich, W.A. Nolen: Rapid and non rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *J. Clin. Psychiatry* 64, 1483-1494 (2003).
- [69] Coryell W.J., M.J. Endicott, M. Keller: Rapidly cycling affective disorder: demographics, diagnosis, family history and course. *Arch. Gen. Psychiatry* 49, 126-131 (1992).
- [70] Keck P.E. Jr., S.L. McElroy, J.R. Havens, L.L. Altshuler, W.A. Nolen, M.A. Frye, T. Suppes, K.D. Denicoff, R. Kupka, G.S. Leverich, A.J. Rush, R.M. Post: Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Compr. Psychiatry* 44, 263-269 (2003).
- [71] McElroy S.L., L.L. Altshuler, T. Suppes, P.E. Jr. Keck, M.A. Frye, K.D. Denicoff, W.A. Nolen, R.W. Kupka, G.S. Leverich, J.R. Rochussen, A.J. Rush, R.M. Post: Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* 158, 420-426 (2001).

- [72] Vieta E., F. Colom, A. Martinez-Aran, A. Benabarre, M. Reinares. C. Gasto: Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr. Psychiatry* 41, 339-343 (2000).
- [73] Cassidy F., E. Ahearn, B. Carroll: Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 3, 181-188 (2001).
- [74] Frank E., J.M. Cyranowski, P. Rucci, M.K. Shear, A. Fagiolini, M.E. Thase, G.B. Cassano, V.J. Grochocinski, B. Kostelnik, D.J. Kupfer: Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 905-911 (2002).
- [75] Dalton E.J., T.D. Cate-Carter, E. Mundo, S.V. Parikh, J.L. Kennedy: Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disord.* 5, 58-61 (2003).
- [76] Rihmer Z., K. Kiss: Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.* 4(suppl. 1), 21-25 (2002).
- [77] Goldberg J., M. Harrow, L. Grossman: Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 152, 379-384 (1995).
- [78] Harris E., B. Barraclough: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 170, 205-228 (1997).
- [79] Tondo L., G. Isacson, R. Baldessarini: Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 17, 491-511 (2003).
- [80] Guze S., E. Robins: Suicide and primary affective disorders. *Br. J. Psychiatry* 117, 437-438 (1970).
- [81] Chen Y., S. Dilsaver: Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol. Psychiatry* 39, 896-899 (1996).
- [82] Fagiolini A., D.J. Kupfer, P. Rucci, J.A. Scott, D.M. Novick, E. Frank: Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *J. Clin. Psychiatry* 65, 509-514 (2004).
- [83] Muller-Oerlinghausen B., A. Berghofer, M. Bauer: Bipolar disorder. *Lancet* 359, 241-247 (2002).
- [84] Leverich G.S., L.L. Altshuler, M.A. Frye, T. Suppes, P.E. Jr. Keck, S.L. McElroy, K.D. Denicoff, G. Obrocea, W.A. Nolen, R. Kupka, J. Walden, H. Grunze, S. Perez, D.A. Luckenbaugh, R.M. Post: Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J. Clin. Psychiatry* 64, 506-515 (2003).
- [85] Lopez P., F. Mosquera, J. deLeon, M. Gutierrez, J. Ezcurra, F. Ramirez, A. Gonzalez-Pinto: Suicide attempts in bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry* 62, 963-966 (2001).

Ao. Univ.- Prof. Dr. Armand Hausmann  
 Medizinische Universität Innsbruck  
 Univ.- Klinik für Psychiatrie Innsbruck  
 Anichstrasse 35a  
 A-6020 Innsbruck  
 Tel: +43-512-504-23667/81620  
 Fax: +43-512-504-23628  
 armand.hausmann@uibk.ac.at

# Was wissen Ärzte über die Behandlungszufriedenheit ihrer schizophreniekranken Patienten? Eine Pilotstudie

Eva Pollak<sup>1</sup>, Rainer Strobl<sup>1, 2</sup>, Monika Krautgartner<sup>1</sup>, Marion Freidl<sup>1</sup>, Elisabeth Weißmayer<sup>2</sup>, Janos Korom<sup>2</sup> und Johannes Wancata<sup>1</sup>

*1 Universitätsklinik für Psychiatrie, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung, Wien*

*2 Sozialpsychiatrisches Zentrum der Caritas, Wien*

## Schlüsselwörter:

Behandlungszufriedenheit, Patienteneinschätzung, Ärzteinschätzung, Schizophrenie

## Keywords:

service satisfaction, patient's view, physician's view, schizophrenia

## Was wissen Ärzte über die Behandlungszufriedenheit ihrer schizophreniekranken Patienten? Eine Pilotstudie

**Ziel:** In dieser Arbeit sollte untersucht werden, wie genau Ärzte die Behandlungszufriedenheit ihrer Patienten einschätzen können. **Methode:** 49 Patienten wurden mit der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-32) zu ihrer Behandlungszufriedenheit befragt. Dieselbe Skala wurde den Ärzten vorgelegt, die sich jeweils in die Lage eines bestimmten Patienten hineinversetzen sollten. **Ergebnisse:** Bei 30 der 32 Items indiziert Kappa eine schlechte Übereinstimmung zwischen Ärzteschätzungen und Patientenbeurteilungen. Bei drei der Items findet sich eine signifikant positivere Einschätzung der Ärzte. **Diskussion:** Diese Pilotstudie

zeigt die Notwendigkeit systematischer Erhebungen der Patientenzufriedenheit.

## How exact are psychiatrists' estimates concerning schizophrenia patients' service satisfaction? Results of a pilot study.

**Objective:** Clinicians' knowledge of patient satisfaction is relevant both for treatment and for planning psychiatric services. However this question has rarely been investigated in psychiatry. This paper examines how well psychiatrists know about various aspects of their patients' service satisfaction. **Methods:** The Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-32) was administered to a total of 49 patients with schizophrenia. Physicians filled in the same scale estimating for each item what they think that a specific patient had answered. **Results:** Using Kappa statistics the agreement between physicians and patients was low, indicating "good agreement" for only one item and "satisfactory agreement" for another. In three items physicians' judgement was significantly more positive. **Discussion:** This pilot study confirms that patient satisfaction has to be systematically assessed.

## Einleitung

Die Vielzahl der Untersuchungen zur Behandlungszufriedenheit von psychiatrischen Patienten liefert mittlerweile eine Menge von Ergebnissen, lässt aber immer noch eine große Zahl an Fragen und Kritikpunkten unbeachtet [3]. Die meisten Arbeiten erheben Zusammenhänge der Zufriedenheit zu Art und Dauer der Behandlung [4] oder zu patientenbezogenen Variablen wie soziodemographischen Merkmalen, Diagnose und Krankheitsverlauf [1]. Man darf auch nicht übersehen, dass methodische Fragen der Erfassung sowie die theoretischen Konzeption von Behandlungszufriedenheit noch immer Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion sind [3, 7, 10, 12]. Unbestritten scheint mittlerweile, dass sich um ein multidimensionales Konstrukt handelt [10, 12].

Trotz der Möglichkeiten, die Meinung von Patienten und ihre tatsächliche Behandlungszufriedenheit zu ermitteln, liegt es letztlich in der Hand der Experten, Strukturveränderungen zur Beseitigung von Schwachstellen und zur Erhöhung der Zufriedenheit in die Wege zu leiten. Aus diesem Grund kommt der Expertenwahrnehmung der Patientenzufriedenheit entscheidende Bedeutung zu.

Die Wahrnehmung der Patientenzufriedenheit durch die behan-

delnden Ärzte ist aber auch im klinischen Alltag von Bedeutung. Merkt der behandelnde Arzt, wenn sein Patient mit einem Teil der Versorgung unzufrieden ist, kann er das Problem ansprechen und so versuchen, die Behandlungszufriedenheit im Einzelfall zu erhöhen. Patienten, die mit verschiedenen Aspekten ihrer Behandlung unzufrieden sind, werden vermutlich eher dazu neigen, die Behandlung abzubrechen. Es zeigte sich beispielsweise, dass Behandlungsabbrüche sowohl vermehrt zu Krankheitsrückfällen führen als auch häufiger stationäre Behandlungen nötig machen können [11, 17].

Unter Berücksichtigung dieser wichtigen Aspekte überrascht es, dass es kaum Studien gibt, die die Einschätzung der Patientenzufriedenheit durch die professionellen Betreuer untersuchten. In den Studien von Spießl et al. [16] wurden ebenso wie in einer älteren Studie von Distefano et al. [2] untersucht, ob sich die Einschätzungen der professionellen Betreuer ganz allgemein von jenen der Patienten unterscheiden. Beide Autorengruppen berichteten, dass sie in der überwiegenden Zahl der Items keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten und professionellen Betreuern fanden. (Dieser fehlende Nachweis eines Unterschiedes kann jedoch noch nicht als Nachweis einer guten Übereinstimmung interpretiert werden.) Keine dieser Studien überprüfte aber, ob der professionelle Betreuer eines *bestimmten Patienten* auch abschätzen kann, wie zufrieden *dieser Patient* mit verschiedenen Aspekten des Betreuungsangebotes ist. Wir konnten auch keine anderen Studien finden, die diese Frage untersuchten.

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie gut die behandelnden Ärzte die Behandlungszufriedenheit ihrer Patienten einschätzen können. Dies wurde an einer Stichprobe von Patienten mit Schizophrenie und ihren behandelnden Ärzten untersucht. Diese Stichprobe wurde gewählt, da die genann-

ten Fragen gerade für diese Patientengruppe von Relevanz sind: Schizophrenie-Kranke sind oft langfristig und intensiv mit psychiatrischen Einrichtungen in Kontakt und haben häufig Schwierigkeiten, ihrer Unzufriedenheit Ausdruck zu verleihen.

## Methodik

Die Studie wurde an der Tagesklinik der Wiener Universitätsklinik für Psychiatrie und am Sozialpsychiatrischen Zentrum der Caritas in Wien durchgeführt. Die beiden Einrichtungen sind auf die Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen spezialisiert. Es wurden ausschließlich Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20 und F25 [19]) eingeschlossen, die bereits mindestens vier Wochen in der jeweiligen Einrichtung behandelt wurden. Dieses Zeitkriterium schien uns erforderlich, da eine gewisse Zeit nötig ist, um das Behandlungsangebot kennen zu lernen, und auch die behandelnden Ärzte die Patienten mehrmals gesehen haben müssen, um eine Einschätzung abgeben zu können. Da uns mehrere der Fragen der Verona Service Satisfaction Scale (= VSSS, siehe weiter unten) eher für längerfristig Kranke als für erst kürzlich Erkrankte geeignet schienen (z. B. betreutes Wohnen, geschützte Arbeit), wurden nur Personen mit einer Mindestkrankheitsdauer von 5 Jahren in die Studie eingeschlossen.

Die Patienten wurden in der Reihenfolge ihres Kontaktes mit einer der beiden Einrichtungen über den Zweck der Untersuchung („Erhebung der Behandlungszufriedenheit“) aufgeklärt und zur Teilnahme eingeladen. Um Verzerrungen durch Selektionseffekte, Antworttendenzen und Versuchsleitereffekte zu reduzieren [3, 7, 12], wurde die Unabhängigkeit der Interviewerin (E.P.) vom Behandlungsteam sowie die Anonymisierung und streng vertrauliche Handhabung

der Daten betont. Gerade bei Patienten mit häufig paranoider Symptomatik erschien es uns wichtig, möglichst keine Zweifel an der Vertraulichkeit der Untersuchung und der Freiwilligkeit der Teilnahme aufkommen zu lassen. Eine Teilnahmeverweigerung wurde daher ohne weitere Fragen akzeptiert und es wurde auch verzichtet, soziodemographische Charakteristika dieser Personen festzuhalten. Waren die Patienten zur Teilnahme bereit, wurden sie gebeten, das Erhebungsinstrument auszufüllen, wobei die Interviewerin für klärende Fragen zur Verfügung stand („assisted self-rating“).

Die Behandlungszufriedenheit wurde mit der 32 Item Patientenversion der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-32) erfasst [14]. Dieser Fragebogen ist für derartige gemeindepsychiatrische Settings konzipiert und hat sich mittlerweile europaweit als Instrument zur Messung der Behandlungszufriedenheit etabliert [5]. Die Items von 1 bis 18 sind auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 (= sehr schlecht) bis 5 (= sehr gut) zu beurteilen. Die Items von 19 bis 32, die sich auf spezifische Behandlungsmaßnahmen beziehen, sind nur dann auf der fünfstufigen Likert-Skala zu beurteilen, wenn die Maßnahme auch durchgeführt wurde. Ansonsten ist anzugeben, ob sich der Patient eine entsprechende Intervention gewünscht hätte: diese Informationen (Antwortmöglichkeiten: 7 = ja, 8 = weiß nicht recht, 9 = nein) wurden für die vorliegende Auswertung gemäß den Empfehlungen von Ruggeri [13] in die Antwortkategorien zwischen 1 und 5 rekodiert. Für die Zwecke dieser Untersuchung wurde der Beurteilungszeitraum gegenüber dem Original auf vier Wochen verkürzt und der dritte Teil der Skala, der aus zwei offenen Fragen besteht, weggelassen.

Das italienische Original der VSSS-32 als die kürzeste Version der VSSS wurde von Ruggeri et al. [15] faktorenanalytisch entwickelt und testtheoretisch überprüft, Cronbach's

Alpha betrug 0,85 für die Gesamtskala. Korrelationsberechnungen zwischen den drei Fassungen mit 82-, 54- bzw. 32 Items ergaben nur geringe Informationsverluste beim Übergang von der Lang- zu den kürzeren Versionen (Pearsons  $r$  von 0,82 bis 1 [15]), was die Verwendung der Kurzversion zulässig erscheinen lässt. Auf Deutsch wurde die VSSS von Mory et al. [9] im Rahmen der EPSILON Studie einer umfangreichen Evaluation unterzogen. Cronbach's Alpha der einzelnen Dimensionen variierte zwischen 0,66 und 0,93, was mit den Kennwerten der italienischen Originalversion [15] vergleichbar ist.

Um die Expertensicht der Patientenzufriedenheit zu erheben, wurde der gleiche Fragebogen, also ebenfalls die Patientenversion der VSSS-32, dem für den befragten Patienten zuständigen Arzt vorgelegt. Dieser wurde in einer beigegefügteten Erklärung gebeten, sich in die Lage seines Patienten X zu versetzen und einzuschätzen, wie dieser die Fragen beantworten würde. Zu Beginn der Erhebung wurden die teilnehmenden Ärzte außerdem mündlich instruiert, um sicher zu stellen, dass ihnen das Vorgehen auch zweifelsfrei klar war. Die 49 Expertenschätzungen wurden im Sozialpsychiatrischen Zentrum von zwei Fachärzten für Psychiatrie und in der Universitätsklinik von zwei Ärzten in der zweiten Hälfte ihrer Facharztausbildung vorgenommen ( $n = 4$ ).

Die soziodemographischen Angaben wurden von den Patienten erfragt, die aktuelle Diagnose wurde den Krankengeschichten entnommen.

## Statische Analysen

Alle statistischen Auswertungen wurden mittels SPSS durchgeführt. Zur Beschreibung der Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient wurden Kappa-Koeffizienten berechnet, die sich als Maß der Beurteilerübereinstimmung bei kategorialen Daten etabliert haben und besser eignen als

Korrelationsmaße [18]. Die Kappa-Werte wurden entsprechend der Arbeit von Landis & Koch [6] in folgende Gruppen eingeteilt:  $> 0,75$  exzellente Übereinstimmung,  $0,60-0,75$  gute Übereinstimmung,  $0,40-0,60$  ausreichende Übereinstimmung,  $<0,40$  schlechte Übereinstimmung. Da für einzelne Items eine Berechnung von Kappa aus statistischen Gründen nicht möglich war (nicht-quadratische Verteilung der Ratings), werden diese Ergebnisse nur anhand der „totalen Übereinstimmung“ (Anteil an Arzt-Patient-Paaren, wo beide dieselbe Antwortalternative wählten) beschrieben. Da uns eine völlige Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten ein etwas hoch gestecktes Ziel erschien, wurden für diese Berechnungen jeweils die beiden positiven Antwortkategorien („gut“ und „sehr gut“) sowie die beiden negativen Antwortkategorien („schlecht“ und „sehr schlecht“) zusammengefasst. Die Antwortkategorie „mittelmäßig“ wurde beibehalten. Somit wurden für diese Berechnungen die ursprünglich fünf Kategorien zu drei zusammengefasst.

Um die Fragestellung zu überprüfen, ob die Ärzte einzelne Items positiver oder negativer als die Patienten einschätzen, wurde der Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test verwendet. Das selbe Verfahren wurde auch für die Summenscores der Ärzte- und der Patienteneinschätzung angewandt, um zu überprüfen, ob die Ärzte über alle Items hinweg zu einer generell eher positiveren oder negativeren Einschätzung der Patientenzufriedenheit neigen.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden von der Interviewerin 64 Patienten zur Teilnahme an der Studie eingeladen, jedoch waren nur 49 (76,6%) zur Teilnahme bereit, davon waren 17 Patienten der Tagesklinik und 32 Patienten des Sozialpsychiatrischen Zentrums. Die

untersuchte Stichprobe war im Mittel 33,4 Jahre ( $SD = 7,2$  Jahre) alt. Die Mehrzahl der Patienten war männlich (63,3%) und allein lebend (75,5%). Nur 10,2% waren verheiratet bzw. lebten mit einem Partner zusammen und 14,3% waren geschieden. Die höchste abgeschlossene Ausbildung war bei 8,3% die Universität, bei 31,3% die Matura, bei 18,8% die Lehre und bei 37,5% die Hauptschule. Der häufigste diagnostische Subtyp der Schizophrenie entsprechend ICD-10 war paranoide Schizophrenie (44,9%), gefolgt von Residualzuständen (22,4%) und schizoaffektiven Störungen (16,3%).

In Tabelle 1 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Patientenbeurteilungen und der Ärzteinschätzungen dargestellt. Die höchsten (d.h. die positivsten) Werte bei den Patientenbeurteilungen finden sich für die Items „Wie Psychiater sich verhält und mit mir umgeht“ ( $M = 4,29$ ,  $SD = 0,91$ ) und „Wie Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter sich verhält und mit mir umgeht“ ( $M = 4,29$ ,  $SD = 0,61$ ). Am geringsten ist die Zufriedenheit mit der „Hilfe, Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen“ ( $M = 3,33$ ,  $SD = 1,02$ ) und mit der „Hilfe, die Beziehung zu den engsten Angehörigen zu verbessern“ ( $M = 3,41$ ,  $SD = 1,00$ ).

Auch in der Ärzteinschätzung sind die Werte bei den Items „Wie Psychiater sich verhält und mit mir umgeht“ ( $M = 4,35$ ,  $SD = 0,69$ ) und „Wie Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter sich verhält und mit mir umgeht“ ( $M = 4,20$ ,  $SD = 0,58$ ) am höchsten. So wie in der Patientenbeurteilung findet sich auch in der Ärzteschätzung die geringste Zufriedenheit bei Aspekten der Angehörigenarbeit.

Bei vier der 32 Items wählten über 90 % der Patientenstichprobe die Antwortkategorien „sehr gut“ oder „gut“, bei weiteren sechs Items taten dies über 80 %. Nur ein Item („Wie gut die Hilfe ist, Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen“) wurde von weniger als 50 % der Patienten



Itemscores Wie beurteilen Sie insgesamt ... (VSSS-Item-Nummer)	Patient		Ärzte		Patient	Ärzte
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	(%)	(%)
1. Hilfe beim Umgang mit Problemen	3,73	1,02	3,92	0,86	63,3	71,4
2. Erscheinungsbild, Gemütlichkeit, Zweckmäßigkeit der Einrichtung	3,90	0,90	4,12	0,63	71,4	85,7
3. Fähigkeit der Psychiater mir zuzuhören und Probleme zu verstehen	4,06	0,99	4,18	0,78	75,5	81,6
4. Wie Psychiater sich verhält und mit mir umgeht	4,29	0,91	4,35	0,69	83,7	91,8
5. Finanzielle Belastung durch Versorgung	3,88	1,07	4,06	1,01	63,3	65,3
6. Wie Notfälle gehandhabt werden	3,79	0,86	4,00	0,71	70,2	83,7
7. Wie Psychiater mit anderen Ärzten zusammenarbeitet	3,63	1,13	4,11	0,70	68,3	80,9
8. Insgesamt erhaltene Versorgung	4,16	0,75	4,20	0,61	79,6	89,8
9. Wie Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter sich verhält und mit mir umgeht	4,29	0,61	4,20	0,58	91,8	91,8
10. Wie gut die Hilfe ist, die Beziehung zu den engsten Angehörigen zu verbessern	3,41	1,00	3,43	0,71	52,2	46,9
11. Wie gut die Hilfe für die engsten Angehörigen ist, meine Probleme zu verstehen	3,42	1,13	3,49	0,68	52,1	46,9
12. Wie gut das Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter meine gegenwärtigen und vergangenen Probleme kennt	3,55	0,96	3,88	0,67	57,1	75,5
13. Wie gut ich über Diagnose und Verlauf der Erkrankung informiert wurde	3,76	1,09	3,90	0,94	61,2	63,3
14. Wie gut die Hilfe ist, um Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen	3,33	1,02	3,59	0,93	45,8	49,0
15. Wie gut die Hinweise waren, wie ich meine Schwierigkeiten zwischen den Terminen bewältigen kann	3,69	0,92	3,80	0,61	59,2	69,4
16. Wie gut die Hilfe ist, damit ich besser für mich sorgen kann (z.B. Wohnung, Ernährung)	3,52	1,15	3,76	0,80	56,3	61,2
17. Fähigkeit von Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter mir zuzuhören und Probleme zu verstehen	4,04	0,84	4,06	0,59	75,5	85,7
18. Hilfe bei Nebenwirkungen von Medikamenten	3,69	1,14	3,94	0,90	57,8	77,6
19. Medikamente, die mir verschrieben wurden	3,80	1,14	3,76	0,88	61,2	59,2
20. Hilfen, um meine Fähigkeiten für das Sozial- und Arbeitsleben zu verbessern	3,78	1,01	4,04	0,67	67,4	89,1
21. Einzelgespräche mit Therapeuten	4,16	0,92	4,14	0,72	81,6	87,8
22. Zwangsweise Behandlung in Klinik	3,87	0,49	4,00	0,00	93,6	100,0
23. Familiengespräch mit Therapeuten	3,50	0,90	3,70	0,71	72,7	79,1
24. Unterbringung in betreuter Wohngemeinschaft	3,88	0,59	3,88	0,53	90,5	91,8
25. Freizeitaktivitäten der Einrichtung, an denen ich teilgenommen habe	3,87	0,90	4,08	0,71	78,7	87,5
26. Gruppentherapie	3,87	0,75	4,04	0,54	78,3	91,8
27. Geschützter Arbeitsplatz	3,74	0,99	4,00	0,77	81,0	88,9
28. Freiwillige Behandlung in Klinik	3,82	0,78	3,98	0,38	84,4	95,9
29. Praktische Unterstützung zu Hause	3,88	0,66	3,80	0,72	90,7	84,8
30. Hilfe, um finanzielle Zuschüsse und Zahlungsbefreiungen zu erhalten	3,93	0,81	3,98	0,69	86,7	90,2
31. Hilfe bei der Arbeitssuche	3,65	0,74	3,87	0,55	80,4	91,1
32. Hilfe für Teilnahme an externen Freizeitaktivitäten	3,67	1,00	3,81	0,86	73,3	76,2

Tabelle 1: Mittelwerte, Standardabweichungen (= SD) und Häufigkeit (%) der Antworten „gut“ oder „sehr gut“ (N= 49, zeitlicher Bezugsrahmen letztes Monat, hohe Werte stehen für hohe Zufriedenheit)

Wie beurteilen Sie insgesamt ... (VSSS-Item-Nummer)	Kappa		Totale Übereinstimmung
	Wert	p	%
1. Hilfe beim Umgang mit Problemen	0,160	n.s.	73,5
2. Erscheinungsbild, Gemütlichkeit, Zweckmäßigkeit der Einrichtung		(a)	
3. Fähigkeit der Psychiater mir zuzuhören und Probleme zu verstehen	0,145	n.s.	
4. Wie Psychiater sich verhält und mit mir umgeht	0,360	0,001	60,0
5. Finanzielle Belastung durch Versorgung	0,111	n.s.	
6. Wie Notfälle gehandhabt werden	0,205	n.s.	
7. Wie Psychiater mit anderen Ärzten zusammenarbeitet		(a)	65,3
8. Insgesamt erhaltene Versorgung	0,306	0,020	
9. Wie Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter sich verhält und mit mir umgeht	0,183	n.s.	
10. Wie gut die Hilfe ist, die Beziehung zu den engsten Angehörigen zu verbessern	0,022	n.s.	67,3
11. Wie gut die Hilfe für die engsten Angehörigen ist, meine Probleme zu verstehen	0,047	n.s.	
12. Wie gut das Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter meine gegenwärtigen und vergangenen Probleme kennt	0,105	n.s.	
13. Wie gut ich über Diagnose und Verlauf der Erkrankung informiert wurde	0,035	n.s.	93,6
14. Wie gut die Hilfe ist, um Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen	0,235	0,024	
15. Wie gut die Hinweise waren, wie ich meine Schwierigkeiten zwischen den Terminen bewältigen kann		(a)	
16. Wie gut die Hilfe ist, damit ich besser für mich sorgen kann (z.B. Wohnung, Ernährung)	0,215	0,045	76,9
17. Fähigkeit von Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter mir zuzuhören und Probleme zu verstehen		(a)	
18. Hilfe bei Nebenwirkungen von Medikamenten	0,206	0,043	
19. Medikamente, die mir verschrieben wurden	0,052	n.s.	87,5
20. Hilfen, um meine Fähigkeiten für das Sozial- und Arbeitsleben zu verbessern	0,190	0,036	
21. Einzelgespräche mit Therapeuten	0,173	n.s.	
22. Zwangsweise Behandlung in Klinik		(a)	76,9
23. Familiengespräch mit Therapeuten	0,251	n.s.	
24. Unterbringung in betreuter Wohngemeinschaft	0,542	0,000	
25. Freizeitaktivitäten der Einrichtung, an denen ich teilgenommen habe	0,219	0,039	87,5
26. Gruppentherapie	0,128	n.s.	
27. Geschützter Arbeitsplatz		(a)	
28. Freiwillige Behandlung in Klinik	-0,055	n.s.	87,5
29. Praktische Unterstützung zu Hause		(a)	
30. Hilfe, um finanzielle Zuschüsse und Zahlungsbefreiungen zu erhalten	0,180	n.s.	
31. Hilfe bei der Arbeitssuche	0,628	0,000	87,5
32. Hilfe für Teilnahme an externen Freizeitaktivitäten	0,124	n.s.	

(a) Nicht-quadratische Verteilung zwischen den Ratings:  
daher ist die Berechnung von Kappa nicht möglich – es wird die „Totale Übereinstimmung“ angegeben

Tabelle 2: Ausmaß der Übereinstimmung der in drei Kategorien zusammengefassten Antworten: Kappa und totale Übereinstimmung (Die Signifikanz-Werte weisen nur darauf hin, dass die gefundenen Ergebnisse unterschiedlich von einer Zufallsübereinstimmung sind. Der Kappa-Koeffizient gibt an, um wie viel die beobachtete Übereinstimmung über der Zufallsübereinstimmung liegt.)

als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet. In der Ärztstichprobe wurden bei acht Items von über 90 % die Antwortmöglichkeiten „sehr gut“ oder „gut“ gewählt, und bei weiteren elf Items von über 80 %. Andererseits wählten bei drei Items weniger als 50 % der Ärzte die Antwortkategorien „sehr gut“ oder „gut“.

In Tabelle 2 ist die Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten dargestellt. Die Kappa-Werte zeigen entsprechend dem Schema von Landis und Koch [6] nur für ein einziges Item eine „gute“ Übereinstimmung („Hilfe bei der Arbeitssuche“: Kappa 0,628). Für ein weiteres Item findet sich eine „ausreichende“ Übereinstimmung („Unterbringung in betreuter Wohngemeinschaft“: Kappa 0,542). Alle andere Items zeigen eine „schlechte“ Übereinstimmung, Kappa-Werten unter 0,4 entsprechend. (Auch wenn für weitere Items signifikante Ergebnisse gefunden wurden, sagt diese Signifikanz nur aus, dass die Ergebnisse sich von einer Zufallsübereinstimmung unterscheiden, gibt jedoch keine genaue Information über die Stärke dieses Unterschieds.) Jene Items, für die aufgrund einer nicht-quadratischen Verteilung zwischen den Ratings eine Berechnung von Kappa nicht möglich war, zeigen eine totale Übereinstimmung zwischen 60 % und 93,6 %.

Um zu überprüfen, ob sich Unterschiede zwischen Ärzte- und Patientenbeurteilung finden, wurde der Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test durchgeführt. Der Summenscore der Einschätzung durch die Ärzte war signifikant höher (d.h. positiver) als jener der Patienten ( $z = -2,90$ ;  $p = 0,004$ ). Auf Item-Ebene waren die Beurteilungen der Ärzte bei drei Fragen signifikant positiver als jene der Patienten: „Wie Psychiater mit anderen Ärzten zusammenarbeitet“ ( $z = -2,28$ ;  $p = 0,022$ ), „Wie gut das Pflegepersonal bzw. Sozialarbeiter meine gegenwärtigen und vergangenen Probleme kennt“ ( $z = -2,19$ ;  $p = 0,029$ ), „Hilfe bei der Arbeitssuche“ ( $z = -2,07$ ;  $p = 0,038$ ).

## Diskussion

Wie in der überwiegenden Zahl der Studien zur Patientenzufriedenheit [z.B. 3, 4, 8] zeigen sich auch in dieser Untersuchung hohe Zufriedenheitswerte. Bei fast einem Drittel der Items wählten über 80 % der Patienten die Antwortalternativen „sehr gut“ oder „gut“, bei nur einer einzigen Frage wurden die Kategorien „sehr gut“ und „gut“ von weniger als der Hälfte der Probanden gewählt.

Leider kann man jedoch von solchen Ergebnissen nicht ohne weiteres auf eine tatsächlich so hohe Patientenzufriedenheit schließen. Denn einige der vielen methodischen Schwierigkeiten dieses Forschungsgebietes [vgl. 3, 7, 12] könnten auch hier zu einer gewissen Verzerrung der Ergebnisse geführt haben, trotz unserer Bemühungen, ihnen entgegenzuwirken. So sind etwa Selektionseffekte in der Stichprobe nicht auszuschließen, da laut Gruyters & Priebe [3] zufriedene Patienten eher an Untersuchungen teilnehmen. Ebenso möglich sind Antworttendenzen (sozial erwünschtes Antworten, Ja-Sage-Tendenz), Versuchsleitereffekte sowie Zweifel an der Vertraulichkeit der Untersuchung. Generell sind bei Zufriedenheitsbefragungen dieser Art auch Mechanismen der Dissonanzreduktion anzunehmen, da Unzufriedenheit mit einem Behandlungsprogramm bei gleichzeitiger Teilnahme daran kognitive Dissonanz und Spannung erzeugen würde. Im Gegensatz dazu ist die Teilnahme an einem zufriedenstellenden Programm dissonanzmindernd und belohnend [3].

Die gefundenen bereichsspezifischen Zufriedenheitswerte entsprechen den Ergebnissen anderer Untersuchungen [4, 8]. So finden sich besonders hohe Werte hinsichtlich der persönlichen Qualitäten der Betreuenden, relativ niedrige hingegen im Bereich der Angehörigenarbeit.

Bei den Ärzten sind die höchsten bzw. die niedrigsten bereichsspezifischen Zufriedenheitswerte in denselben Bereichen wie bei den Patienten

zu verzeichnen. Dennoch sind die gefundenen Übereinstimmungen (Kappa-Werte) recht schwach: bis auf zwei Ausnahmen muss man bei allen Ergebnissen von schlechter Übereinstimmung sprechen. Bei den meisten Fragen können sich die Ärzte also nicht genau vorstellen, wie ihre Patienten geantwortet haben. Dabei ist aber zu bedenken, dass sich die Ausgangslage in dieser Studie von der klassischen Situation in Studien zur Beurteilerübereinstimmung unterscheidet. Üblicherweise bewerten beide Beurteiler unabhängige Dritte oder haben eine „neutrale“, für beide gleich schwierige Einschätzung vorzunehmen. Im vorliegenden Design geben jedoch die Patienten ihre *eigene Zufriedenheit* an, während die Experten die subjektive Sicht *anderer Personen* einschätzen, was auch bei guter Kenntnis des Anderen schwierig ist. Leider liegen unseres Wissens bislang keine ähnlichen Studien vor, sodass Vergleiche mit anderen Forschungsarbeiten nicht möglich sind. Es dürfte aber interessant sein, in künftigen Studien zu diesem Thema außer Ärzten auch andere Berufsgruppen in die Untersuchung einzubeziehen.

Jene beiden Items, bei denen eine gute bzw. eine ausreichende Übereinstimmung der Beurteilungen vorliegt, betreffen die „Hilfe bei der Arbeitssuche“ bzw. die „Unterbringung in einer betreuten Wohngemeinschaft“. Im Vergleich zu den übrigen sind diese beiden Items möglicherweise eindeutiger zu beurteilen und die Ärzte konnten das Antwortverhalten der Patienten daher hier leichter vorher sagen. So könnte es beispielsweise leichter zu erfassen sein, ob ein Patient Hilfe bei der Arbeitssuche erhalten hat, und ist es augenscheinlicher wie erfolgreich diese Maßnahme war.

Es fällt auf, dass die Werte der Ärzteschätzungen fast durchgängig höher sind als jene der Patientenbeurteilungen. Signifikant sind diese Unterschiede jedoch nur in drei Fällen, welche die Zusammenarbeit des Psychiaters mit anderen Ärzten, das Wissen des Pflegepersonals um die

Probleme der Patienten und die Hilfe bei der Arbeitssuche betreffen. Auch der signifikant höhere Summenscore über alle Items hinweg weist darauf hin, dass die Ärzte zu einer etwas positiveren Einschätzung gelangen als die Patienten selbst.

Hier mag sich die Frage aufdrängen, wieso beim Item „Hilfe bei der Arbeitssuche“ einerseits die Kappa-Werte relativ gut sind und andererseits der Wilcoxon-Test einen zwar schwachen, aber signifikanten Unterschied ergibt. Wenn man die Daten dieser Variable im Detail betrachtet, zeigt sich, dass bei jenen Fällen, wo keine völlige Übereinstimmung vorlag, alle Abweichungen in dieselbe Richtung gingen (d.h. die Ärzte hatten immer eine positivere Sichtweise als die Patienten).

Die Überschätzung der Patientenzufriedenheit durch die Ärzte könnte als Ergebnis einer wunschhaften Verzerrung interpretiert werden, die ja auch nachvollziehbar ist. Nicht klar ist jedoch, wieso sie gerade in diesen drei Fragen am stärksten zur Geltung kommt. Bezüglich der Zusammenarbeit mit Kollegen ist denkbar, dass Ärzte besonders bei dieser Frage den Standpunkt der Patienten und ihren Informationsvorsprung diesen gegenüber nicht ausreichend in Betracht gezogen haben.

Aus den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich also, dass die Ärzte in unserer Untersuchung die Behandlungszufriedenheit ihrer Patienten nur recht schlecht einschätzen konnten. Dies bestätigt die Notwendigkeit, die subjektive Sicht der Patienten zu erfassen. Vor allem aber wird aus solchen Ergebnissen deutlich, wie wichtig es ist, die Behandlungszufriedenheit nicht nur in empirischen Studien zu untersuchen, sondern auch im klinischen Alltag in Gesprächen mit den Patienten immer wieder zu thematisieren. Dabei kann auf Bereiche traditionell geringerer Zufriedenheit, etwa die Angehörigenarbeit, gezielt eingegangen werden. Ärzte dürfen sich bei diesem Thema nicht auf ihre eigene, teilweise etwas beschönigende Wahr-

nehmung verlassen, sondern müssen diese immer wieder hinterfragen und an der Realität überprüfen.

Bei der Interpretation all dieser Daten darf man aber nicht vergessen, dass nur vier Ärzte an dieser ersten Pilotstudie zu dieser Fragestellung teilnahmen. Weitere Untersuchungen an größeren und repräsentativeren Stichproben sowohl der Ärzte als auch der Patienten sind erforderlich, um genauere Aussagen treffen zu können.

## Literatur

- [1] *Barker D.A., S.S. Shergill, I. Higginson, M.W. Orrell*: Patients' views towards care received from psychiatrists. *British Journal of Psychiatry* 168, 641-646 (1996).
- [2] *Distefano M.K., M.W. Pryer, J.L. Garrison*: Psychiatric patients' and staff's perceptions of clients' satisfaction with hospital services. *Psychological Reports* 46, 1343-1344 (1980).
- [3] *Gruyters T., S. Priebe*: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis* 21, 88-95 (1994).
- [4] *Henderson C., M. Phelan, L. Loftus, R. Dall'Agnola, M. Ruggeri*: Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99, 188-195 (1999).
- [5] *Kilian R., C. Roick, S. Bernert, C. Mory, H. Matschinger, T. Becker, M.C. Angermeyer*: Die europäische Standardisierung und die deutschsprachige Adaptation von Instrumenten zur Erfassung der Ergebnisse und Kosten von Versorgungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 63, Sonderheft 1, S27-S31 (2001).
- [6] *Landis J., G. Koch*: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33, 159-174 (1977).
- [7] *Leimkühler A.M., U. Müller*: Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 67, 765-7736 (1996).
- [8] *Merinder L.B., H.D. Laugesen, A.G. Viuff, B. Espensen, S. Misfelt, K. Clemmensen*: Satisfaction with services in patients with schizophrenia and their relatives at two community mental health centres. *Nordic Journal of Psychiatry* 53, 297-303 (1999).
- [9] *Mory C., H. Matschinger, C. Roick, R. Kilian, S. Bernert, M.C. Angermeyer*: Die deutsche Version der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54). *Psychiatrische Praxis* 28, Sonderheft 2, S91-S96 (2001).
- [10] *Rentrop M., A. Böhm, W. Kissling*: Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 67, 56-465 (1999).
- [11] *Robinson D., M.G. Woerner, J.M. Alvir, R. Bilder, R. Goldman, S. Geisler, A. Koreen, B. Sheitman, M. Chakos, D. Mayerhoff, J.A. Lieberman*: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* 56, 241-247 (1999).
- [12] *Ruggeri M.*: Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29, 212-227 (1994).
- [13] *Ruggeri M.*: Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54). Patient Version Manual. Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Università degli Studi di Verona, Verona 1996.
- [14] *Ruggeri M., R. Dall'Agnola*: The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 23, 511-523 (1993).
- [15] *Ruggeri M., R. Dall'Agnola, G. Bisoffi*: Factor analysis of the Verona Service Satisfaction Scale-82 and development of reduced versions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 6, 23-38 (1996).
- [16] *Spießl H., A. Spießl, C. Cording*: Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis* 26, 3-8 (1999).
- [17] *Weiden, P.J., M. Olsson*: Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21, 419-429 (1995).
- [18] *Wirtz, M.*: Bestimmung der Güte von Beurteilereinschätzungen mittels der Intraklassenkorrelation und Verbesserung von Beurteilereinschätzungen. *Rehabilitation* 43, 384-389 (2004).
- [19] *World Health Organisation*: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993

Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata  
 Universitätsklinik für Psychiatrie,  
 Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie  
 und Evaluationsforschung  
 Währinger Gürtel 18-20  
 1090 Wien, Österreich  
 johannes.wancata@meduniwien.ac.at

# Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber Psychotherapie

Christoph Lauber, Carlos Nordt, Luis Falcato und Wulf Rössler

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

## Schlüsselwörter

Psychotherapie – Einstellung – Bevölkerungsumfrage – Mental Health Literacy – Depression – Schizophrenie – Kultur – psychische Erkrankung

## Key words

Psychotherapy – attitude – population survey – mental health literacy – depression – schizophrenia – culture – mental illness

## Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber Psychotherapie

„Mental health literacy“ wird als Fähigkeit eines Individuums definiert, sich über psychische Gesundheit zu informieren, unter anderem über effektive Behandlungsmethoden, um psychisch gesund zu werden oder zu bleiben. Das Hilfesuchverhalten im Falle einer psychischen Erkrankung ist folglich von der individuellen Mental Health Literacy abhängig. Die bisherige Forschung hat gezeigt, dass die Allgemeinbevölkerung und die professionellen Helfer unterschiedliche Sichtweisen darüber haben, welche therapeutischen Interventionen hilfreich sind. Deshalb sind wir im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in der Schweiz der Frage nachgegangen, welche Einstellung die Allgemeinbevölkerung gegenüber der Psychotherapie hat. Ausgehend von zwei Vig-

netten, die entweder eine Person mit einer Depression oder mit einer Schizophrenie darstellen, wurde danach gefragt, ob Psychotherapie für die geschilderte Person indiziert sei. Gesamthaft empfahlen 45.2% der Stichprobe Psychotherapie, während 7.2% davon abrieten. Psychotherapie wurde eher für Menschen mit einer Schizophrenie (51.5%) als für solche mit einer Depression empfohlen (38.9%;  $p < 0.001$ ). In der Regressionsanalyse zeigte sich, dass vorzugsweise Frauen mit höherer Bildung, Befragte aus dem Französischen Teil der Schweiz und Interviewte mit bereits bestehenden Kontakten zu psychisch Kranken Psychotherapie empfahlen. Im Italienischen Teil der Schweiz lebend hat einen negativen Einfluss auf die Empfehlung zu einer Psychotherapie ( $R^2 = 0.086$ ). Soll die Einstellung zur Psychotherapie verbessert werden, muss die geringe Akzeptanz der Psychotherapie verbessert werden. Weitere Faktoren werden diskutiert.

## Public attitude towards psychotherapy

Help-seeking behaviour in case of illness is depending on a person's health literacy what includes the knowledge about effective treatment approaches. However, research revealed that the general public and experts have divergent views about helpful therapeutic interventions in case of a mental illness. Thus, we examined factors that influence the

public's attitudes toward psychotherapy. We used a multiple logistic regression analysis of the results of an opinion survey conducted on a representative population sample in Switzerland ( $n = 1737$ ). We found that 45.2% of the sample recommended psychotherapy whereas 7.2% advised against it. Psychotherapy is suggested rather for persons with schizophrenia (51.5%) than for depressed individuals (38.9%;  $p < 0.001$ ). In the regression analysis, schizophrenia, living in the French speaking part of Switzerland, female gender, contact to mentally ill people, and education have a positive effect on the recommendation of psychotherapy whereas living in the Italian speaking area of Switzerland has a negative influence ( $R^2 = 0.086$ ). We concluded that the low acceptance rate of psychotherapy and the differences in the treatment recommendations for schizophrenia and depression lead to the following suggestions for improving mental health literacy, especially the usefulness of psychotherapy: (I) Psychotherapy is part of each integrated psychiatric treatment. (II) Whether or not the public has a negative attitude towards psychotherapy is also depending on the cultural background. (III) Improving contact with mentally ill people enhances the acceptance of psychotherapy.

## Einleitung

Die Stigmatisierung psychisch Kranker ist in letzter Zeit zu einem wichtigen Thema in der psychiatrischen Literatur geworden. Verschiedene wissenschaftliche Zeitschriften, u.a. die *Neuropsychiatrie*, haben ihr breiten Raum gewidmet [1-16]. Stigma und seine Auswirkungen wurden in verschiedenen Populationen erforscht, so bei Betroffenen und deren Angehörigen [12; 17-20], aber auch bei Behandlern [21] und in der Allgemeinbevölkerung. Die Haltung der Allgemeinbevölkerung wurde intensiv untersucht, so in Bezug auf die generelle Einstellung zu verschiedenen psychischen Erkrankungen [5; 22-24], zur sozialen Distanz, zu Behandlung und zu verschiedenen Hilfsangeboten [9; 11; 23; 25-37], aber auch zu Auswirkungen von psychischer Erkrankung, z.B. auf die soziale Distanz [3; 38-42].

Jorm führte das Konzept der ‚Mental Health Literacy‘ in die Diskussion um die Erkennung und Behandlung von psychischer Krankheit ein [43]. Literacy bezeichnet im Englischen die Fähigkeit, etwas zu verstehen und für die eigene Entwicklung zu nutzen. Mental Health Literacy wird als Fähigkeit eines Individuums definiert, sich über psychische Gesundheit zu informieren, um psychisch gesund zu werden oder zu bleiben. Mental Health Literacy bezieht sich konkret auf das Wissen um Ursachen und Risikofaktoren psychischer Erkrankungen sowie Zugang zu professioneller Hilfe und Behandlungen [28; 43]. Hilfesuchverhalten, eigene Behandlungsbereitschaft und Hilfeempfehlungen an Dritte sind folglich u.a. abhängig vom individuellen Wissensstand und den entsprechenden Vorstellungen und Haltungen [34].

Geringe Mental Health Literacy, d.h. wenig Wissen um adäquate Behandlungsmethoden für psychische Erkrankungen, ist somit ein Haupthindernis, wenn psychisch kranke

Menschen Hilfe und Behandlung suchen. Das zeigt sich z.B. darin, dass Bevölkerung und professionelle Helfer grundlegend andere Vorstellungen haben, welche therapeutischen Interventionen bei psychischen Erkrankungen als hilfreich angesehen werden sollen. So wird von der Allgemeinbevölkerung etwa die Psychotherapie gegenüber anderen Behandlungsansätzen wie biologischen oder sozialorientierten Therapien deutlich bevorzugt [25].

Psychotherapie ist integraler Bestandteil psychiatrischer Therapie. Die meisten Menschen glauben, dass Psychotherapie der effektivste Weg sei, persönliche Probleme aufzuarbeiten und letztlich zu lösen [44]. Deshalb genießt die Psychotherapie in der Bevölkerung hohe Wertschätzung, obwohl für manche Therapieverfahren befriedigende Wirksamkeitsstudien fehlen. Weitgehend unbekannt ist jedoch, welche Faktoren die Vorstellungen und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zur Psychotherapie beeinflussen. Im Rahmen einer repräsentativen Umfrage zu psychischen Erkrankungen und psychiatrischer Behandlung in der Schweizer Bevölkerung sind wir deshalb der Frage nachgegangen, welche Stellung die Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung hat. Dazu wurde eine Fallvignette, die eine Person mit entweder einer Schizophrenie oder einer Depression darstellt, vorgelesen. Die Befragten wurden gebeten, aus einer vorgelegten Liste hilfreiche und als nachteilig empfundene Behandlungsempfehlungen anzugeben. Die Resultate werden vor dem Hintergrund des ‚Mental Health Literacy‘-Konzeptes diskutiert.

## Methodik

### *Die Studienpopulation*

Im Rahmen einer repräsentativen Telefonumfrage haben wir die Einstellung der Schweizer Allgemeinbe-

völkerung zu psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlung erhoben. Stichprobe und Methodik der Studie wurden bereits andernorts ausführlich beschrieben [39]. Insgesamt wurden 1737 Personen befragt, die zwischen 16 und 76 Jahren alt waren und in einem Privathaushalt mit Telefonanschluss lebten. Aus dem einzigen Telefonbuch der Schweiz wurde eine randomisierte Stichprobe der Haushalte gezogen. Sprachliche Minderheiten wurden mehr gewichtet, um einen reliableren Vergleich zu erhalten. Es wurden 791 Personen in der Deutschschweiz, 520 in der Französischen und 426 Personen in der Italienischen Schweiz eingeschlossen. Die Zielperson in jedem Haushalt wurde durch die Kish-Methode bestimmt, die es erlaubt, Zielpersonen durch eine Zufallsziffernreihe, die Alter, Geschlecht und Anzahl der Haushaltsbewohner berücksichtigt, auszuwählen [45]. Die Antwort-Rate war 63%. Insgesamt verweigerten 1037 angesprochene Personen die Teilnahme. Die Hauptgründe waren ‚kein Interesse‘ (39%), ‚Ablehnung von Bevölkerungsumfragen‘ (20%) und ‚keine Zeit‘ (15%). 76% der Verweigerungen traten auf, bevor die kontaktierte Person über Art und Inhalt des Interviews informiert wurde.

### *Interview und Instrumente*

In Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Institut für Umfrageforschung wurde ein Computer-assistierte Telefon-Interview (CATI) durchgeführt. Alle Interviewer wurden ausführlich trainiert und während der Untersuchungsperiode regelmäßig supervidiert. Bei Einwilligung einer Zielperson wurde ein Interviewdatum vereinbart. Zwischen Kontaktaufnahme und Interviewdatum lag mindestens eine Woche. Der zu interviewenden Person wurde in der Zwischenzeit schriftliches Material mit visuellen Hilfen zugestellt, um das Interview zu erleichtern und die Datenqualität zu verbessern.

Das Interview war wie folgt aufgebaut:

1. Vorlesen einer *Vignette*: Beschrieben wurde einer Person, die entweder an einer schweren Depression oder an einer Exazerbation einer Schizophrenie litt. Die geschilderten Symptome entsprachen den entsprechenden diagnostischen Kriterien von DSM-III-R. Die Befragten wurden gebeten, aus einer Liste von 18 möglichen Behandlungsratschläge, darunter *Psychotherapie*, sowohl diejenigen auszuwählen, die sie als *hilfreich* empfanden, wie auch diejenigen, von denen sie *abrat*en würden. Die Behandlungsvorschläge wurden den Teilnehmern vor dem Interview schriftlich zugesandt.
2. Erhebung *soziodemographischer* Charakteristika der Interviewten. Darüber hinaus wurde mittels eine Skala [40] erfragt, ob die Interviewten bereits mit psychisch kranken Menschen Kontakt hatten (Cronbach's  $\alpha$ : 0.49).

### Statistische Analysen

Die erhobenen Daten wurden mit SPSS Version 10 untersucht. Die Skalen und Indices wurden in allen drei sprachlichen Versionen auf Reliabilität getestet. Um den Einfluss von verschiedenen Faktoren auf die Einstellung zur Psychotherapie zu schätzen, wurde eine multiple logistische Regression durchgeführt, wobei die Dichotomisierung der Skalen im Median die Interpretation der Odds ratio erleichterte.

### Ergebnisse

Von den insgesamt 1737 Interviewten empfahlen 785 (45.2%) Psychotherapie, während 125 (7.2%) davon abrieten (Tabelle 1). Die Psychotherapie wurde eher für Personen mit einer Schizophrenie (51.5%)

	hilfreich	schädlich
Allgemeinbevölkerung (N=1737)	45.2%	7.2%
Depression (N=873)	38.9%	9.7%
Schizophrenie (N=864)	51.5%	4.6%

Tabelle 1: Beschreibung der Prozentverteilung, wie viele der Befragten Psychotherapie bei den entsprechenden Vignetten als hilfreich oder schädlich bezeichneten.

	OR	95%CI
Schizophrenie-Vignette (Ref.: Depressions-Vignette)	1.66	1.37 – 2.02
Französisch-sprechender Teil der Schweiz (Ref.: Deutsch-sprechender Teil)	1.51	1.20 – 1.90
Geschlecht (weiblich)	1.49	1.22 – 1.82
Kontakt zu psychisch Kranken	1.32	1.07 – 1.63
Bildung	1.31	1.06 – 1.60
Italienisch-sprechender Teil der Schweiz (Ref.: Deutsch-sprechender Teil)	0.56	0.43 – 0.71
Alter	0.97	0.80 – 1.18

Tabelle 2: Resultate der multiplen logistischen Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen 'Psychotherapie ist hilfreich' (N=1713; R<sup>2</sup> (Nagelkerke)=0.086)

	OR	95%CI
Schizophrenie-Vignette (Ref.: Depressions-Vignette)	0.47	0.32 – 0.69
Französisch-sprechender Teil der Schweiz (Ref.: Deutsch-sprechender Teil)	0.90	0.57 – 1.43
Geschlecht (weiblich)	0.73	0.50 – 1.06
Kontakt zu psychisch Kranken	0.86	0.57 – 1.28
Bildung	1.06	0.73 – 1.55
Italienisch-sprechender Teil der Schweiz (Ref.: Deutsch-sprechender Teil)	1.25	0.81 – 1.94
Alter	0.94	0.64 – 1.36

Tabelle 3: Resultate der multiplen logistischen Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen 'Psychotherapie ist nachteilig' (N=1713; R<sup>2</sup> (Nagelkerke)=0.032)

als für solche mit einer Depression (38.9%;  $p < 0.001$ ) empfohlen. Wie in der Tabelle 2 dargestellt, *empfohlen* diejenigen Befragten Psychotherapie, denen die Schizophrenie-Vignette vorgelesen wurde, die im Französischen Teil der Schweiz leben, weiblich und höherer gebildet sind, und die bereits Kontakt zu psychisch Kranken hatten. Menschen, die im

Italienisch sprechenden Teil der Schweiz wohnen, empfahlen im Vergleich zu den Bewohnern der Deutschschweiz seltener Psychotherapie. Die erklärte Varianz dieses Modells beträgt 8.6% (R<sup>2</sup> adj.). Menschen, denen die Schizophrenie-Vignette vorgelegt wurde, haben signifikant weniger von Psychotherapie abgeraten (Tabelle 3; R<sup>2</sup> adj.=3.2%).

## Diskussion

Zusammenfassend können wir festhalten:

1. Psychotherapie wird eher für Patienten mit einer Schizophrenie als für Patienten mit einer Depression empfohlen;
2. Der kulturelle Hintergrund hat einen signifikanten Einfluss auf die Hilfeempfehlung: Menschen, die im Italienisch sprechenden Teil der Schweiz wohnen, raten im Vergleich zu den Bewohnern in der Deutschschweiz von Psychotherapie ab, während solche im Französischen Teil der Schweiz die Psychotherapie empfehlen;
3. Personen, die bereits Kontakt mit psychisch Kranken hatten, weibliches Geschlecht und höhere Bildung sind Prädiktoren für die Empfehlung einer Psychotherapie.

### *Psychotherapie: hilfreicher für Schizophrenie als für Depression?*

Vorauszuschicken ist, dass die Allgemeinbevölkerung im Falle einer Erkrankung mit Depression oder Schizophrenie eher ‚Personen‘, d.h. Psychologen, Hausärzte oder Psychiater, und weniger deren Angebote wie Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie empfiehlt [31]. 45.2% dieser Stichprobe empfehlen Psychotherapie, während 7.2% davon abraten. Obwohl von weniger als der Hälfte der Befragten empfohlen, ist Psychotherapie die am meisten vorgeschlagene, nicht personorientierte therapeutische Behandlungsform [31]. Dennoch ist es bemerkenswert, wie wenig Psychotherapie vorgeschlagen wird. Im Sinne einer verbesserten Mental Health Literacy sind Bestrebungen erforderlich, die den Nutzen der Psychotherapie innerhalb der psychiatrischen Behandlung hervorheben.

Von einem professionellen Standpunkt aus gesehen ist entscheidend, ob die Allgemeinbevölkerung thera-

peutische Methoden unterstützt, die evidenzbasiert sind und sich als effektiv erwiesen haben. Man sollte also erwarten, dass Psychotherapie für beide Vignetten im gleichen Ausmass empfohlen wird, weil die empirische Grundlage dafür fehlt, dass Psychotherapie bei Schizophrenie hilfreicher ist als bei Depression. Unsere Resultate zeigen jedoch, dass die Allgemeinbevölkerung Psychotherapie weniger für Depressionen als für Schizophrenien empfiehlt. Ein Grund hierfür mag sein, dass depressive Symptome im allgemeinen Empfinden deutlich bekannter sind und deshalb primär als normalpsychologisches Phänomen und nicht als krankheitsbedingt angesehen werden. Psychotische Symptome hingegen liegen ausserhalb des Vorstellungs- und Einfühlungsvermögens der meisten Menschen. Aus Sicht der Allgemeinbevölkerung ist Psychotherapie daher für Menschen mit einer Schizophrenie eher indiziert, weil mit Psychotherapie ‚am besten geholfen‘ wird. Für diese Erklärung spricht, dass für Depressionen eher populärmedizinische Alltagsratschläge gegeben werden. Die Schizophrenie jedoch wird von der Allgemeinbevölkerung mehrheitlich als Krankheit erkannt und folglich werden medizinische Behandlungsratschläge wie Aufsuchen eines Psychiaters und medikamentöse Behandlung gegeben [33].

### *Kulturelle Unterschiede*

Der kulturelle Hintergrund beeinflusst die Frage, ob Psychotherapie empfohlen wird. Eine Begründung für die vorliegenden Resultate zu finden, ist allerdings schwierig. Möglicherweise ist im Französischen Teil der Schweiz die Psychotherapie im Bewusstsein der Bevölkerung eher repräsentiert, weil dort, ähnlich wie in Frankreich, ausgehend von einer langen psychoanalytischen Tradition, psychiatrische Behandlung mit (psychoanalytischer) Psychotherapie gleichgesetzt wird [46].

Dieses Resultat zeigt darüber hinaus die Bedeutung kultureller Einflüsse für Aussagen bezüglich Einstellung und Haltung gegenüber psychischer Erkrankung. Deshalb sind Kampagnen, die die Mental Health Literacy verbessern möchten, immer vor dem Hintergrund von national erhobenen Befunden zu planen und durchzuführen. Diese Aussage wird zusätzlich durch kürzlich publizierte Resultate gestützt, die die Wichtigkeit von kulturell abgestützten Behandlungsmöglichkeiten betonen [47].

### *Kontakt zu psychisch Kranken und weibliches Geschlecht erhöhen die Zustimmung zur Psychotherapie*

Es überrascht nicht, dass diejenigen, die bereits Kontakt mit psychisch Kranken hatten, Psychotherapie eher empfehlen als jene, denen dieser Kontakt fehlt. Damit wird die Wichtigkeit der Förderung von Kontakten zwischen psychisch kranken Menschen und der Allgemeinbevölkerung hervorgehoben, da sich hierdurch die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch kranken Menschen positiv verändert. Dies wiederum trägt dazu bei, die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verringern.

Darüber hinaus konnten wir replizieren, dass Frauen Psychotherapie eher empfehlen als Männer [26]. Ob sich diese positivere Einstellung der Frauen auch in einer vermehrten oder adäquateren Nutzung von psychiatrischen Diensten im Falle einer psychischen Erkrankung widerspiegelt, wird in der Literatur kontrovers diskutiert [48].

### *Einschränkungen dieser Studie*

Die Resultate leisten einen Beitrag zur Diskussion um die Ausrichtung und Zielsetzung von Kampagnen gegen Stigmatisierung und Dis-



kriminierung von psychisch Kranken [22]. Diese können jedoch nur erfolgreich sein, wenn sie integrative Behandlungsansätze fördern. Folgende *methodische* Einschränkungen müssen jedoch angesprochen werden. Man muss davon ausgehen, dass vor allem kommunikative und kooperative Personen an Bevölkerungsumfragen teilnehmen. Um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden, haben wir Telefoninterviews durchgeführt, welche diesbezüglich der mündlichen persönlichen Methode („face-to-face“) deutlich überlegen sind [49]. Weiter bezogen sich die Fragen nur auf die Schizophrenie und die Depression. Daher sind unsere Resultate auch nur für diese beiden psychischen Störungen aussagekräftig und können nicht auf andere psychische Erkrankungen übertragen werden, obwohl die Vorstellungen, wie psychische Krankheiten generell behandelt werden, vergleichbar sind [25; 27]. Darüber hinaus haben wir die Befragten nicht um eine Begründung ihrer Antworten gebeten, so dass die Interpretation der Resultate letztlich spekulativ bleibt. Schliesslich bleibt die Frage, weshalb die Response Rate nicht höher als 63% ist. Diese wird auch bei anderen Studien nicht wesentlich übertroffen [z.B. 25]. Im Gegensatz zu US-amerikanischen Studien ist zusätzlich zu beachten, dass die Teilnehmer für die aufgewendete Zeit keinerlei Entschädigung erhielten. Demgegenüber weist das Studiendesign folgende Stärken auf: die repräsentative Stichprobe erlaubt uns, ein valides Bild der öffentlichen Meinung in der Schweiz darüber zu erhalten, ob und wofür Psychotherapie empfohlen wird. Unseres Wissens ist dies die erste Studie, die eine Antwort auf die Frage zu finden versucht, welche Faktoren die Haltung der Allgemeinbevölkerung zur Psychotherapie beeinflussen.

## Schlussfolgerungen

Um die Akzeptanz von Psychotherapie im Sinne einer verbesserten Mental Health Literacy zu erhöhen, müssen folgende Punkte beachtet bzw. kommuniziert werden:

1. Psychotherapie ist integraler Bestandteil jeder psychiatrischen Behandlung.
2. Verbesserungen der Mental Health Literacy müssen mit Einbezug des jeweiligen kulturellen Hintergrundes geplant werden.
3. Kontakt zu psychisch Kranken erhöht die Akzeptanz von Psychotherapie.

## Danksagung

Diese Studie wurde durch einen Beitrag des Schweizerischen Nationalfonds (Beitrag Nr. 32-52571.97) und durch einen unconditional Grant von Organon Schweiz ermöglicht.

## Literatur

- [1] Angermeyer MC., Schulze B.: Perspektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie* 16, 78-88. 2002.
- [2] Angermeyer MC., Schulze B.: Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie: Konzeptuelle Überlegungen. *Neuropsychiatrie* 16, 39-45. 2002.
- [3] De Col C., Gurka P., Madlung-Kratzer E., Kemmler G., Meller H., Meise U.: Soziale Distanz von an Schizophrenie Erkrankten gegenüber psychisch Kranken. *Neuropsychiatrie* 16, 89-94. 2002.
- [4] De Col C., Sulzenbacher H., Meller H., Meise U.: Wirkt sich die Thematisierung von "Stigma und Diskriminierung" im Psychiatrieunterricht auf Einstellungen von MedizinstudentInnen aus? *Neuropsychiatrie* 18, 25-31. 2004.
- [5] Grausgruber A., Katschnig H., Meise U., Schöny W.: Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zu Schizophrenie. *Neuropsychiatrie* 16, 54-67. 2002.
- [6] Gutiérrez-Lobos K.: Rechtliche Benachteiligung psychisch Kranker in Oesterreich. *Neuropsychiatrie* 16, 22-26. 2002.
- [7] Horvath C.: Stigma-Erfahrungen aus erster Hand. *Neuropsychiatrie* 16, 26-27. 2002.
- [8] Katschnig H.: Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzeptes in Kraepelins, Bleulers und Schneiders Werk. *Neuropsychiatrie* 16, 11-19. 2002.
- [9] Meise U., Grausgruber A., Katschnig H., Schöny W.: Das Image der Psychopharmaka in der österreichischen Bevölkerung. *Neuropsychiatrie* 16, 68-77. 2002.
- [10] Meller H.: Stigmatisierung als Folge intrapsychischer Abwehrprozesse - der psychotherapeutische Gesichtspunkt. *Neuropsychiatrie* 16, 35-36. 2002.
- [11] Nordt C., Falcato L., Lauber C., Rössler W.: Die Bewertung von Depression und Schizophrenie als psychische Krankheit und deren Einfluss auf die Hilfeempfehlung. *Neuropsychiatrie* 16, 103-107. 2002.
- [12] Rath I.: Angehörige - Parias am Rande der Psychiatrie? *Neuropsychiatrie* 16, 29-33. 2002.
- [13] Sartorius N.: Eines der letzten Hindernisse einer verbesserten psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie* 16, 5-10. 2002.
- [14] Schöny W.: Schizophrenie hat viele Gesichter. *Neuropsychiatrie* 16, 48-53. 2002.
- [15] Sulzenbacher H., Schmid R., Kemmler G., De Col C., Meise U.: Schizophrenie ... "bedeutet für mich gespaltene Persönlichkeit": Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. *Neuropsychiatrie* 16, 93-98. 2002.
- [16] Sulzbacher H., De Col C., Lugger K., Meise U.: Ist das www für die Anti-Stigma-Kampagnen nutzbar? *Neuropsychiatrie* 16, 110-114. 2002.
- [17] Lauber C., Diebold Schmid H., Rössler W.: Die Einstellung von Angehörigen psychisch Kranker zu psychiatrischer Forschung, insbesondere zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen. *Psychiatr Prax* 28[3], 144-146. 2001.
- [18] Lauber C., Keller C., Eichenberger A., Rössler W.: Kann die Belastung von Angehörigen psychisch Kranker reduziert werden? Ergebnisse einer Umfrage. *Neuropsychiatrie* 16, 148-151. 2002.
- [19] Lauber C., Eichenberger A., Luginbühl P., Keller C., Rössler W.: Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 18[6], 285-289. 2003.
- [20] Lauber C., Keller C., Eichenberger A., Rössler W.: Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *International Journal of Social Psychiatry* in press.
- [21] Lauber C., Nordt C., Braunschweig C., Rössler W.: Do mental health professionals stigmatise their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica* (in press).
- [22] Gaebel W., Baumann A., Witte AM., Zaeske H.: Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252[6], 278-287. 2002.

- [23] *Lauber C., Falcato L., Nordt C., Rössler W.*: Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [418], 96-99. 2003.
- [24] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253[5], 248-251. 2003.
- [25] *Jorm AF, Korten AE., Rodgers B. et al.*: Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32[8], 468-473. 1997.
- [26] *Jorm AF, Medway J., Christensen H., Korten AE., Jacomb PA., Rodgers B.*: Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 34[4], 619-626. 2000.
- [27] *Jorm AF, Christensen H., Medway J., Korten AE., Jacomb PA, Rodgers B.*: Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35[5], 211-219. 2000.
- [28] *Kitchener BA., Jorm AF.*: Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry* 2[1], 10. 1-10-2002.
- [29] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Bürgerhilfe in der Psychiatrie: Determinanten von Einstellung und tatsächlichem Engagement. *Psychiatr Prax* 27[7], 347-350. 2000.
- [30] *Lauber C., Falcato L., Rössler W.*: Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet* 355[9220], 2080. 10-6-2000.
- [31] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36[11], 553-556. 2001.
- [32] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: results of a public opinion survey in Switzerland. *Int J Soc Psychiatry* 48[3], 209-219. 2002.
- [33] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Behandlungsvorstellungen der Bevölkerung zu Depression und Schizophrenie. *Neuropsych.* 16, 99-102. 2002.
- [34] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Do people recognise mental illness? – Factors influencing mental health literacy. *Eur J Psychiatry Clin Neurosci* 253, 249-251. 2003.
- [35] *Lauber C., Nordt C., Rössler W.*: Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatr Serv* 54[5], 746-747. 2003.
- [36] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Lay attitudes towards psychotropic drugs and their relationship to the recognition of mental illness. *Aust N Z J Psych* (in press).
- [37] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Can a seizure help? Public attitude to ECT. *Psychiatry Research* in press. 2004.
- [38] *Graf J., Lauber C., Nordt C., Rüesch P., Meyer PC., Rössler W.*: Perceived Stigmatization of Mentally Ill People and its Consequences for the Quality of Life in a Swiss Population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 102: 542-547. 2004.
- [39] *Lauber C., Nordt C, Sartorius N., Falcato L., Rössler W.*: Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 102[407], 26-32. 2000.
- [40] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 105[5], 385-389. 2002.
- [41] *Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W.*: Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J* 40[3], 265-274. 2004.
- [42] *Nordt C., Müller B., Lauber C., Rössler W.*: Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der Schweizerischen Bevölkerung. *Psychiatr Prax* 30[7], 384-388. 2003.
- [43] *Jorm AF, Korten AE., Jacomb PA., Christensen H., Rodgers B., Pollitt P.*: "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med.J.Aust.* 166[4], 182-186. 17-2-1997.
- [44] *Johnson ME., Hauck C.*: Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: a systematic evaluation. *Am J Clin Hypn* 42[1], 10-20. 1999.
- [45] *Kish L.*: A procedure for objective respondent selection within households. *Journal of the American Statistical Association* 44, 380-387. 1949.
- [46] *Verdoux H.*: Psychiatry in France. *Int.J Soc Psychiatry* 49[2], 83-86. 2003.
- [47] *Shin SK, Lukens EP.*: Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv* 53[9], 1125-1131. 2002.
- [48] *Albizu-Garcia CE., Alegria M., Freeman D., Vera M.*: Gender and health services use for a mental health problem. *Soc Sci Med* 53[7], 865-878. 2001.
- [49] *Frey JH., Mertens Oishi S.*: How to Conduct Interviews by Telephone and In Person. 1995. Thousand Oakes, London, New Delhi, Sage.

Univ.-Doz. Dr. Christoph Lauber  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Militärstrasse 8, Postfach 1930  
 CH-8021 Zürich, Schweiz  
 e-mail christoph.lauber@puk.zh.ch

# Einstellung von Experten und Laien gegenüber Behandlungsalternativen bei psychisch Kranken

Heidi Zogg, Christoph Lauber, Vladeta Ajdacic-Gross und Wulf Rössler

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

## Schlüsselwörter

Behandlung – Einstellung – Bevölkerungsumfrage – Psychiater – Mental Health Literacy – Laie – psychische Erkrankung

## Key words

Treatment – attitude – population survey – psychiatrist – mental health literacy – lay – mental illness

## Einstellung von Experten und Laien gegenüber Behandlungsalternativen bei psychisch Kranken

*Anliegen:* Vergleich der Einstellung von Psychiatern (n=87) und der Allgemeinbevölkerung (n=90) zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei psychischer Krankheit.

*Methode:* Telefonische Befragung von zwei repräsentativen Stichproben.

*Ergebnisse:* Die Experten empfehlen mehrheitlich psychiatrische Standardtherapien durch ihre eigene Berufsgruppe oder das Aufsuchen des Hausarztes. Die Allgemeinbevölkerung zeigt eine starke Ablehnung der Psychopharmakotherapie und würde sich als erstes an den Hausarzt oder den Psychologen wenden. Grosse Unterschiede zwischen Experten und der Allgemeinbevölkerung bestehen hinsichtlich der psychiatrischen Klinik sowie dem Naturheilpraktiker als adäquate Anlaufstellen bei psychischer Krankheit.

*Schlussfolgerungen:* Unterschiede zwischen Experten und der Öffentlichkeit hinsichtlich wirksamen Behandlungsempfehlungen bei psychischer Krankheit können sich negativ auf das adäquate Hilfesuchverhalten der Allgemeinbevölkerung und die Compliance der Patienten bei der psychiatrischen Behandlung auswirken. Für psychiatrische Fachpersonen ist es deshalb von grösster Wichtigkeit, die subjektiven Krankheitskonzepte der Öffentlichkeit – und insbesondere ihrer Patienten – zu kennen und ergänzend in ihr jeweiliges Behandlungskonzept mit einzubeziehen.

## Experts' and lay attitudes to treatment recommendations in case of mental illness

*Objective:* Comparing experts' and lay opinions towards therapeutic recommendations in case of mental illness.

*Method:* We conducted a representative telephone survey with psychiatrists (N=87) and lay persons (N=90).

*Results:* Psychiatrists mostly recommend psychiatric standard treatments such as medication, psychotherapy and contacting a general practitioner (GP). The public mainly rejected psychopharmacotherapy and was in favour of contacting GPs or psychologists. There are remarkable differences between experts and the public whether or not psychiatric hospital and complementary and

alternative medicine are considered to be effective treatment approaches in case of mental illness.

*Conclusions:* Differences between experts' and the public's treatment recommendations in case of mental illness may have a negative influence on adequate help-seeking behaviour. It is therefore of great importance for psychiatrists to know the public's illness concepts – and especially that of their patients – in order to integrate these lay beliefs in the individual treatment concept.

## Einleitung

Epidemiologische Feldstudien zeigen, dass die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung einmal in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leidet (1). Somit haben grosse Teile der Bevölkerung eigene Erfahrungen mit psychischem Leiden – sei es durch eigene Erkrankung oder durch Kontakt zu psychisch Kranken im eigenen Umfeld.

Obwohl psychische Störungen oft wirksam behandelt werden können und in den westlichen Ländern ein professionelles Hilfesystem besteht, begeben sich etwa zwei Drittel der Personen mit einer psychischen Störung nicht in professionelle Behandlung (2). Ein erheblicher Teil gerade auch psychisch schwer Erkrankter erhält somit keine adäquate professionelle Hilfe. Die Gründe dafür dürften vielfältig sein. Sie können in der

Unwissenheit über den Krankheitswert von Symptomen liegen, aber auch in der Diskrepanz zwischen den Vorstellungen der Fachleute und der Allgemeinbevölkerung über Ursachen und wirksame Behandlungsmethoden psychischer Krankheiten (3-11). Nicht zu vernachlässigen ist die Angst vor Stigmatisierungseffekten von psychischem Leiden (12-18). Menschen mit psychischen Erkrankungen suchen deshalb oft nach Hilfen, die weniger stigmatisierend sind, sich jedoch oft als alleinige Behandlungsmethode als wenig hilfreich herausstellen (2). Dadurch vergrößert sich letztlich nicht nur die finanzielle und soziale Belastung der Gesellschaft, sondern auch das Leid der betroffenen Menschen und deren Angehörigen (19-23). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass die Allgemeinbevölkerung die psychiatrische Standardtherapie mehrheitlich ablehnt und den Hausarzt, nicht medizinisches Fachpersonal und Naturheilpraktiker favorisiert (24). Gerade auch die Diskrepanz zwischen Experten- und Laieneinstellung hinsichtlich Krankheitskonzepten und wirksamen Behandlungsmethoden wirkt sich negativ auf das adäquate Hilfesuchverhalten und die Compliance aus (24). Für eine tragfähige therapeutische Beziehung ist es von grösster Wichtigkeit, dass Fachleute die subjektiven Vorstellungen ihrer Patienten gegenüber Krankheit und erfolgsversprechenden Heilmethoden in das individuelle Behandlungskonzept miteinbeziehen. Somit ist auch die Haltung der verschiedenen Berufsgruppen des gesamten Helfersystems gegenüber den vielfältigen Behandlungsmethoden relevant. Eine qualifizierte Behandlung setzt nicht nur eine gute Organisation innerhalb des gesamten Helfersystems, sondern hauptsächlich eine konstruktive Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen Beteiligten voraus.

Psychiater als Fachpersonen im Bereich von psychisch Erkrankten könnten in dieser Integrationsbewe-

gung eine bedeutende Rolle spielen. Es ist deshalb wichtig, ihre Einstellung zu verschiedenen Behandlungsangeboten im Falle von psychischer Erkrankung zu kennen. Daher erhoben wir in einer repräsentativen Studie die Einschätzung der Psychiater zu mehreren Behandlungsmöglichkeiten und verglichen die Antworten der Experten mit denjenigen der Allgemeinbevölkerung.

## Methodik

Diese Studie vergleicht die Einschätzung eines Expertensamples mit der Einstellung einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Die Daten des Expertensamples wurden im Jahre 2000 erhoben, die Befragung der Allgemeinbevölkerung fand in den Jahren 1998/99 statt (25;26).

### Zwei repräsentative Stichproben

*Allgemeinbevölkerung:* Aus der repräsentativen Stichprobe der Schweizer Allgemeinbevölkerung (n=1737; Alter: 16 – 76 Jahre) zogen wir eine repräsentative Stichprobe aus dem deutschsprachigen Teil. Die Stichprobe weist folgende Charakteristika auf: Alter 43.45 +/- 16.21 Jahre (Mittelwert +/- Standardabweichung); Geschlecht: weiblich 54.1%, männlich 45.9%. Weitere Details der Studie wurden anderweitig ausgeführt (27-29).

*Psychiater:* Von den Psychiatern der deutschsprachigen Schweiz (n=855) zogen wir eine repräsentative Stichprobe (n=100). Nach Erhalt eines Informationsbriefes über das Forschungsprojekt willigten 93 Psychiater zur Teilnahme an der Studie ein. Die Gründe für die Nichtteilnahme waren Zeitmangel (n=3), Mangel an Interesse (n=2) und Ablehnung von Fragebogenstudien (n=2). Die Stichprobe weist folgende Charakteristika auf: Alter 50.83 +/- 8.91 Jahre;

Geschlecht: weiblich 31%, männlich 69%; Jahre der Beschäftigung in der Psychiatrie: 16.3 +/- 3.65 Jahre; 84.4% der interviewten Psychiater behandeln vor allem neurotische Patienten (ICD-10, F4 – F6). Weitere Details der Studie wurden anderweitig ausgeführt (30).

### Interview und Instrument

In einem standardisierten Telefoninterview wurde die Einstellung zu Behandlungsalternativen bei psychisch Kranken erhoben. In einem ersten Schritt wurde eine Fallvignette vorgestellt, welche die DSM-III-R-Kriterien für eine akute Schizophrenie erfüllte. Aus einer Liste mit 18 Behandlungsvorschlägen (Tab. 1) wollten wir danach von den Befragten wissen, welche für die in der Vignette beschriebene Person sie empfehlen und von welchen sie abraten. Zusätzlich wollten wir wissen, zu welcher Behandlung die Beteiligten im dargestellten Fall als erstes und als zweites raten würden.

### Datenauswertung

Zur Ermittlung signifikanter Unterschiede zwischen den Experten- und Laieneinstellungen verwendeten wir den Chi-Quadrat-Test für unabhängige Stichproben.

## Ergebnisse

Die prozentuale Verteilung der Antworten der Allgemeinbevölkerung sowie der Experten wird vergleichend mit den drei Akzeptanzstufen ‚Empfehlung‘, ‚Unentschiedenheit‘ und ‚Ablehnung‘ in Tabelle 1 dargestellt. Um die umstrittensten Vorstellungen zu finden, wurde zusätzlich der Dissenswert berechnet. Der Dissenswert  $z$  ( $0 < z < 1$ ) berechnet sich wie folgt aus den Häufigkeitsprozenten der Antwortalternativen  $x$  und  $y$ ,

	Psychiater (%)			Laien (%)			p
	empfehlen	lehnen ab	Keine Aussage	empfehlen	lehnen ab	Keine Aussage	
1. Zu einem Psychologen gehen	20.0	18.2	61.8	67.0	4.1	28.9	.000
2. Einen Sozialarbeiter aufsuchen	47.8	8.0	44.2	20.6	13.3	66.1	.009
3. Einen telefonischen Beratungsdienst anrufen	21.1	12.5	66.4	25.8	10.2	64.0	.487
4. Zu einem Psychiater gehen	97.8	0	2.2	60.8	7.1	32.1	.000
5. Zu einem Naturheilpraktiker gehen	3.3	59.1	37.6	19.6	19.4	61.0	.000
6. Zum Hausarzt gehen	82.2	0	17.8	58.8	4.1	37.1	.011
7. Sich einem Pfarrer anvertrauen	17.8	17.0	65.2	18.6	9.2	72.2	.244
8. Alleine zurechtkommen	1.1	87.5	11.4	3.1	71.4	25.5	.270
9. Vitamine und Mineralien nehmen	2.2	53.4	44.4	7.2	27.6	65.2	.017
10. Ein homöopathisches Mittel nehmen	5.6	45.6	48.8	14.4	18.4	67.2	.002
11. Ein Beruhigungsmittel nehmen	21.1	27.8	51.1	12.4	45.4	42.2	.065
12. Ein Schlafmittel nehmen	17.8	27.3	54.9	4.1	68.4	27.5	.000
13. Ein Depressionsmedikament nehmen	12.2	36.4	51.4	15.5	29.9	54.6	.349
14. Ein Psychosemedikament nehmen	93.3	0	6.7	20.6	22.4	57.0	.000
15. Sich mehr bewegen, frische Luft	28.9	11.1	60.0	36.1	2.1	61.8	.028
16. In eine psychiatrische Klinik gehen	73.3	1.1	25.6	32.0	15.3	52.7	.000
17. Eine Psychotherapie machen	53.3	5.7	41.0	53.6	6.1	40.3	.872
18. Eine Elektroschocktherapie machen	4.4	60.2	35.4	1.0	54.1	44.9	.174

Tabelle 1: Antwortverteilung der Psychiater (N=90) und der Allgemeinbevölkerung (N=87) in Bezug auf Einstellung zu verschiedenen Hilfsmöglichkeiten

	Dissenswerte	
	Psychiater	Laien
1. Zum Psychologen gehen	0.23	
2. Einen Sozialarbeiter aufsuchen		0.19
3. Einen telefonischen Beratungsdienst anrufen	0.17	0.1
4. Zum Psychiater gehen		
5. Zu einem Naturheilpraktiker gehen		0.25
6. Zum Hausarzt gehen		
7. Sich einem Pfarrer oder Priester anvertrauen	0.27	
8. Alleine mit den Problemen zurechtkommen		
9. Vitamine und Mineralien zu sich nehmen		
10. Ein homöopathisches Medikament nehmen		0.23
11. Ein Beruhigungsmittel nehmen	0.15	
12. Ein Schlafmittel nehmen	0.11	
13. Ein Depressionsmedikament nehmen		0.11
14. Eine Psychosemedikament nehmen		0.21
15. Sich mehr bewegen, an die frische Luft gehen		
16. In eine psychiatrische Klinik gehen		0.1
17. Eine Psychotherapie machen		
18. Eine Elektroschocktherapie machen		

Tabelle 2: Die umstrittensten Einstellungen der Psychiater (N=90) und der Allgemeinbevölkerung (N=87) gegenüber Hilfsmöglichkeiten

wobei  $x < y$  ist:  $(x:y)/(x+y)$ . Er ist dann maximal, wenn alle Befragten zu einer bestimmten Frage eine bestimmte Meinung vertreten (hier: empfehlenswert / nicht zu empfehlen)

und diese beiden Möglichkeiten gleich häufig vertreten werden (hier: die beiden Gruppen sind gleich gross). Zum Beispiel: 19.6% der Allgemeinbevölkerung empfehlen bei

psychischer Krankheit das Aufsuchen des Naturheilpraktikers und 19.4% lehnen dies explizit ab. Der entsprechende Dissenswert von 0.25 ergibt sich aus:  $(19.4:19.6)/(19.4+19.6)$ .

	Erster Rat (in %)		Zweiter Rat (in%)	
	Psychiater	Laien	Psychiater	Laien
1. Zum Psychologen gehen		19.6	1.1	28.1
2. Einen Sozialarbeiter aufsuchen		1.0		4.2
3. Einen telefonischen Beratungsdienst anrufen		3.1		3.1
4. Zum Psychiater gehen	83.5	17.5	13.6	27.1
5. Zu einem Naturheilpraktiker gehen		1.0		1.0
6. Zum Hausarzt gehen	14.3	48.5	34.1	7.3
7. Sich einem Pfarrer oder Priester anvertrauen				3.1
8. Alleine mit den Problemen zurechtkommen		1.0		1.0
9. Vitamine und Mineralien zu sich nehmen				
10. Ein homöopathisches Medikament nehmen		1.0		2.1
11. Ein Beruhigungsmittel nehmen			1.1	1.0
12. Ein Schlafmittel nehmen				
13. Ein Depressionsmedikament nehmen				1.0
14. Eine Psychosemedikament nehmen			33.0	2.1
15. Sich mehr bewegen, an die frische Luft gehen		3.1		4.2
16. In eine psychiatrische Klinik gehen	2.2	3.1	17.0	5.2
17. Eine Psychotherapie machen		1.0		8.3
18. Eine Elektroschocktherapie machen				

Tabelle 3: Empfehlungsverteilung von Psychiatern (N=90) und Allgemeinbevölkerung (N=87) in Bezug auf erste und zweite Hilfsmöglichkeit

Die höchsten Dissenswerte der Psychiater und der Allgemeinbevölkerung werden in Tabelle 2 zusammengefasst. Die prozentuale Verteilung der ersten und zweiten Hilfeempfehlung wird vergleichend in Tabelle 3 veranschaulicht.

## Psychiater

### Adäquate Anlaufstellen

97.8% der Psychiater nennen am häufigsten ihr eigene Berufsgruppe als adäquate Helfer in der geschilderten Situation, gefolgt vom Hausarzt (82.2%) und der psychiatrischen Klinik (73.3%). Der Psychologe wird von 20% empfohlen und kontrovers diskutiert. Der Naturheilpraktiker wird von 3.3% der Psychiater empfohlen, mehr als ein Drittel ist diesbezüglich unentschieden (37.6%). Personen des erweiterten Helfersystems fanden unterschiedliche Zustimmung bei den Experten: 47.8% empfehlen Sozialarbeiter. Der telefonische Beratungsdienst wird von 21.1% und der

Pfarrer von 17.8% als hilfreich eingeschätzt. Beide werden jedoch divergent beurteilt.

Als hilfreichste Behandlungsmethode wird von 93.3% der Psychiater die Psychopharmakotherapie empfohlen. Etwas mehr als die Hälfte erachten die Psychotherapie als adäquate Behandlungsmethode (53.3%). Neben dem alleine zurechtkommen wird die Elektrokrampftherapie mit 60.2% am stärksten abgelehnt.

### Erste Anlaufstellen

Wenn man Psychiater fragt, wen sie als erste Anlaufstelle empfehlen würden, nennen 83.6% ihre eigene Berufsgruppe, 14.3% den Hausarzt und 2.2% die psychiatrische Klinik. Daneben werden keine weiteren ‚ersten‘ Behandlungsalternativen genannt. Als zweite Behandlungsempfehlung nennen 34.1% den Hausarzt, gefolgt von der psychiatrischen Klinik (17.0%) und dem Psychiater (13.6%). Weitere Alternativen werden zu weniger als 5% genannt.

## Allgemeinbevölkerung

### Adäquate Anlaufstellen

Am stärksten abgeraten wird, mit der dargestellten Situation alleine zurechtkommen (71.4%). Etwa zwei Drittel der Laien erachten den Psychologen, den Psychiater und den Hausarzt übereinstimmend als adäquate Helfer: der Psychologe wird von 67%, der Psychiater von 60.8% und der Hausarzt von 58.8% genannt. Als weniger hilfreich wird die psychiatrische Institution eingeschätzt (32%) und mit einem Dissenswert von 0.10 kontrovers diskutiert. Ein Fünftel der Öffentlichkeit würde sich an einen Naturheilpraktiker wenden (19.6%), der allerdings ebenfalls kontrovers diskutiert wird (Dissenswert 0.25). Helfende Berufe im weiteren Sinne finden insgesamt bei etwa einem Fünftel bis einem Viertel der Allgemeinbevölkerung Zustimmung: 25.8% würden sich an einen telefonischen Beratungsdienst, 20.6% an einen Sozialarbeiter und 18.6% an einen Pfarrer wenden. Mit Ausnahme

des Geistlichen werden die erweiternden helfenden Berufe divergent beurteilt (Tabelle 3).

Als hilfreichste Behandlungsmethode wird am häufigsten und übereinstimmend die Psychotherapie angesehen (53%), die Behandlung mit Antipsychotika wird nur von einem Fünftel der Allgemeinbevölkerung empfohlen (20.6%) und ist mit einem Dissenswert von 0.21 umstritten. Die weiteren Psychopharmaka erhalten insgesamt wenig Zustimmung (4.1% – 15.5%). Hypnotika werden mit 68.4% und Tranquilizer mit 45.4% einhellig abgelehnt, homöopathische Medikamente und Antidepressiva mit hohen Dissenswerten kontrovers diskutiert (Tab. 3). Übereinstimmend abgelehnt wird von 54.1% der Befragten die Elektroschocktherapie.

### *Erste Anlaufstellen*

Als erste Anlaufstelle wird der Hausarzt von 48.5 % der Bevölkerung empfohlen, gefolgt vom Psychologen (19.6%) und dem Psychiater (17.5%). Alternativen werden zu weniger als 5% genannt. Als nächste Anlaufstelle raten 28.1% der Laien das Aufsuchen eines Psychologen, 27.1% das Aufsuchen eines Psychiaters und 7.3% den Hausarzt. Weitere Behandlungsangebote werden in weniger als 5% genannt.

## **Diskussion**

### *Methodenkritik*

Die Einschränkungen bei der Interpretation der Befunde dieser Studie basieren einerseits auf den allgemeinen methodischen Unzulänglichkeiten der Einstellungsforschung: bei der Befragung handelt es sich um eine reaktive Datenerhebungstechnik, die tendenziell Antworten im Sinne einer sozialen Erwünschtheit provoziert (31). Ströbe et al. bezeichnen die Befragung deshalb als Selbst-

beurteilung (31). Andererseits wurde in dieser Studie ausschliesslich die Einstellung zu Behandlungsmöglichkeiten erhoben, nicht jedoch zugrunde liegende Gründe für die entsprechenden Einstellungen. Motive für die erhobenen Befunde bleiben deshalb im interpretativen Bereich. Im weiteren ist zu beachten, dass sich die Einstellung zu den Behandlungsmöglichkeiten ausschliesslich auf eine Fallschilderung der Schizophrenie bezieht. Studien zeigen, dass die Empfehlung von Behandlungsmöglichkeiten je nach wahrgenommenen Symptomen variiert (3;4).

### *Erste Anlaufstellen*

Die Mehrheit der Experten (83.6%) empfiehlt, in der geschilderten Situation direkt den Psychiater aufzusuchen. Als zweite Anlaufstelle wird der Hausarzt genannt (48.5%). Die Experten empfehlen somit mehrheitlich das unmittelbare Aufsuchen des Spezialisten. Die Allgemeinbevölkerung empfiehlt mehrheitlich, in der geschilderten Situation hingegen den Hausarzt als häufigste erste Anlaufstelle. Dieser Befund könnte einerseits auf ein Informationsdefizit in der Bevölkerung hinweisen. Andererseits könnte die Empfehlung, zuerst den Hausarzt aufzusuchen, die gewichtige Stellung des Hausarztes als Vertrauensperson betonen. Der Hausarzt muss somit als Generalist zuständig für alle gesundheitlichen Probleme – auch die psychischen – angesehen und dementsprechend vorbereitet und ausgebildet werden. Die Zusammenarbeit mit spezifischen Fachpersonen wie klinische Psychologen oder Psychiatern dürfte sinnvoll sein.

### *Hilfreiche Kontaktstellen und Behandlungsmethoden*

Fast alle Fachärzte stehen der in der geschilderten Situation erforderlichen medikamentösen Therapie positiv gegenüber, mehr als die Hälfte empfiehlt eine Psychotherapie. Die

Allgemeinbevölkerung zeigt eine hohe Ablehnung der Psychopharmakotherapie und favorisiert mehrheitlich die Psychotherapie. Gründe für die hohe Ablehnung der Psychopharmakotherapie durch die Öffentlichkeit werden einerseits in der niedrigen Akzeptanz von vermuteten oder tatsächlichen unerwünschten Nebenwirkungen gesehen (32). Andererseits vermutet die Allgemeinbevölkerung, dass Psychopharmaka im allgemeinen keine positiven Effekte zeigen und ein hohes Suchtpotential aufweisen (10). Die eher zurückhaltende Empfehlung des Facharztes für Psychiatrie als adäquate Behandlungsstelle in der geschilderten Situation könnte seitens der Allgemeinbevölkerung mit der Ablehnung der Psychopharmakotherapie zusammenhängen. Zudem dürfte in der Allgemeinbevölkerung noch zu wenig bekannt sein, dass die heutigen Fachärzte für Psychiatrie ebenfalls eine Ausbildung in Psychotherapie absolviert haben müssen.

Der grosse Unterschied zwischen Experten und der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der psychiatrischen Klinik als Behandlungsempfehlung ist seitens der Bevölkerung einerseits mit der Angst vor Stigmatisierungseffekten erklärbar. Bereits Jaeckerl et al. (33) wiesen auf den Einfluss der Behandlungsstelle hinsichtlich sozialer Ablehnung einer psychisch kranken Person hin. Demnach werden psychisch kranke Personen am stärksten abgelehnt, wenn sie in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Neuere Forschungsergebnisse konnten diesen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen (34). Andererseits könnte die geringe Empfehlung der psychiatrischen Klinik durch die Allgemeinbevölkerung auch mit der geringen Akzeptanz der Psychopharmakotherapie zusammenhängen.

Von den Fachärzten für Psychiatrie wird der Naturheilpraktiker in dieser Studie mehrheitlich abgelehnt (59.1%). Fast ein Fünftel der Laien würde jedoch im dargestellten Fall einen Naturheilpraktiker aufsuchen.

Alternative Therapieverfahren werden von der Allgemeinbevölkerung vor allem im Falle von chronischen, unheilbaren und psychisch überlagerten Krankheiten in Anspruch genommen. Für psychische Krankheiten werden insgesamt schlechte Heilungschancen vermutet. Für Psychiater ist es deshalb von grösster Wichtigkeit, die subjektiven Krankheitskonzepte der Öffentlichkeit – und insbesondere ihrer Patienten – zu kennen, zu diskutieren und wo sinnvoll in das jeweilige Behandlungskonzept zu integrieren.

## Schlussfolgerung

Es gibt Unterschiede zwischen Experten und der Öffentlichkeit hinsichtlich Behandlungsempfehlungen bei psychischer Krankheit. Da das Hilfesuchverhalten der Bevölkerung im Krankheitsfalle massgeblich von subjektiven Krankheitskonzepten mitbestimmt wird, ist es für Fachpersonen von grösster Wichtigkeit, die subjektiven Krankheitskonzepte der Öffentlichkeit – und insbesondere ihrer Patienten – zu kennen und ergänzend in ihr jeweiliges individuelles Behandlungskonzept mit einzubeziehen. Dabei geht es um eine Integration verschiedener psychiatrisch vertretbarer Alternativen, welche den vielfach belegten Wunsch der Patienten nach risikoärmeren, ursächlichen und ganzheitlichen Behandlungsmethoden erfüllt. Damit könnte der Psychiater die bisher weitverbreitete Rollenattribution als überwiegender Verschreiber von Psychopharmaka ablegen und zum allgemein anerkannten Koordinator des Helfersystems bei psychischen Störungen avancieren (35). Dem in der Öffentlichkeit vorherrschenden – eher negativen – Image der Psychiater muss vermehrt mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden. Dass Interventionen in der Öffentlichkeit wirksam sind, konnte schon mehrfach gezeigt werden, z.B. im Rahmen von

Schulprojekten, die eine Verringerung der sozialen Distanz zu den Betroffenen erreichen konnten (36-38).

## Danksagung

Die Studie über die Einstellung der Allgemeinbevölkerung wurde unterstützt vom Schweizerischen Nationalfonds (Nr. 32-52571.97). Wir danken Carlos Nordt und Luis Falcato für ihre Unterstützung bei den statistischen Auswertungen. Tim Klose und Markus Bruderlin danken wir für die Hilfe beim Lektorat.

## Literatur

- [1] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1):8-19.
- [2] Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1995; 167(6):770-776.
- [3] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Behandlungsvorstellungen der Bevölkerung zu Depression und Schizophrenie. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:99-102.
- [4] Nordt C, Falcato L, Lauber C, Rössler W. Die Bewertung von Depression und Schizophrenie als psychische Krankheit und deren Einfluss auf die Hilfeempfehlung. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:103-107.
- [5] Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet* 2000; 355(9220):2080.
- [6] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(5):385-389.
- [7] Lauber C, Falcato L, Nordt C, Rössler W. Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003;(418):96-99.
- [8] Lauber C, Nordt C, Rössler W. Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatr Serv* 2003; 54(5):746-747.
- [9] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253(5):248-251.
- [10] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Lay attitudes towards psychotropic drugs and their relationship to the recog-

inition of mental illness. *Aust N Z J Psych* (in press).

- [11] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Can a seizure help? Public attitude to ECT. *Psychiatry Research*; in press.
- [12] Angermeyer MC, Schulze B. Perspektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:78-88.
- [13] Angermeyer MC, Schulze B. Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie: Konzeptuelle Überlegungen. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:39-45.
- [14] Gutiérrez-Lobos K. Rechtliche Benachteiligung psychisch Kranker in Oesterreich. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:22-26.
- [15] Katschnig H. Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzeptes in Kraepelins, Bleulers und Schneiders Werk. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:11-19.
- [16] Sartorius N. Eines der letzten Hindernisse einer verbesserten psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:5-10.
- [17] Schömy W. Schizophrenie hat viele Gesichter. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:48-53.
- [18] Sulzenbacher H, Schmid R, Kemmler G, De Col C, Meise U. Schizophrenie... "bedeutet für mich gespaltene Persönlichkeit": Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:93-98.
- [19] Lauber C, Keller C, Eichenberger A, Rössler W. Kann die Belastung von Angehörigen psychisch Kranker reduziert werden? Ergebnisse einer Umfrage. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:148-151.
- [20] Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; 18(6):285-289.
- [21] Lauber C, Keller C, Eichenberger A, Rössler W. Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *International Journal of Social Psychiatry*; in press.
- [22] Horvath C. Stigma-Erfahrungen aus erster Hand. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:26-27.
- [23] Rath I. Angehörige - Parias am Rande der Psychiatrie? *Neuropsychiatrie* 2002; 16:29-33.
- [24] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(11):553-556.
- [25] Lauber C, Nordt C, Sartorius N, Falcato L, Rössler W. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 102(407):26-32.
- [26] Zogg H, Lauber C, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. *Psychiatr Prax* 2003; 30(7):379-383.
- [27] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Factors influencing social distance toward



- people with mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40(3):265-274.
- [28] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rössler W. Bürgerhilfe in der Psychiatrie: Determinanten von Einstellung und tatsächlichem Engagement. *Psychiatr Prax* 2000; 27(7):347-350.
- [29] Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatise their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*; (in press).
- [30] Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people. *Eur Psychiatry* 19: 423-427. 2004.
- [31] Ströbe W, Hewstone M, Codol JP. *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer-Verlag, 1990.
- [32] Grausgruber A, Katschnig H, Meise U, Schöny W. Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zu Schizophrenie. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:54-67.
- [33] Jaegerl M, Wieser S. *Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit*. Stuttgart: Thieme-Verlag, 1970.
- [34] Nordt C, Müller B, Lauber C, Rössler W. Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der Schweizerischen Bevölkerung. *Psychiatr Prax* 2003; 30(7):384-388.
- [35] Meise U, Grausgruber A, Katschnig H, Schöny W. Das Image der Psychopharmaka in der österreichischen Bevölkerung. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:68-77.
- [36] De Col C, Gurka P, Madlung-Kratzer E, Kemmler G, Meller H, Meise U. Soziale Distanz von an Schizophrenie Erkrankten gegenüber psychisch Kranken. *Neuropsychiatrie* 2002; 16:89-94.
- [37] De Col C, Sulzenbacher H, Meller H, Meise U. Wirkt sich die Thematisierung von "Stigma und Diskriminierung" im Psychiatrieunterricht auf Einstellungen von MedizinstudentInnen aus? *Neuropsychiatrie* 2004; 18:25-31.
- [38] Sulzenbacher H, De Col C, Lugger K, Meise U. Ist das www für die Anti-Stigma-Kampagnen nutzbar? *Neuropsychiatrie* 2002; 16:110-114.

Univ.-Doz. Dr. Christoph Lauber  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Militärstrasse 8, Postfach 1930  
 CH-8021 Zürich, Schweiz  
 e-mail christoph.lauber@puk.zh.ch

## Rezension

## Recension

*Neuropsychiatrie, Band 19, Nr. 2/2005, S. 71*

# Grundriß der Medizinethik für Ärzte, Pflegeberufe und Laien

Elmar Waibl

*LIT Verlag Münster-Hamburg 2004, 304 Seiten, € 17,90, ISBN 3-8258-7521-0*

Ethik ist hinterfragte, reflektierte Moral.

Das vorliegende Buch behandelt die Medizinethik im erweiterten Sinne – also nicht nur die Ethik des Arztes. So entfaltet sich vor dem verblüfften Leser ein ganzes Spektrum sittlicher Frage- und Infragestellungen, die sich mit „natürlichem Anstand“ nicht mehr einfach beantworten lassen.

Die traditionelle Beziehung zwischen Arzt, Patient und Gesellschaft konnte durch das Corpus hippocraticum unter dem Leitmotiv des <nil nocere> human bzw. humanistisch geregelt werden. Hinzugekommen sind inzwischen jedoch Gesundheitsökonomie, die Wissenschafts-Medizin und die psychologi-

sche Medizin. Ein Weg wurde beschritten, der vom Glauben zur Skepsis, von der Theorie zur Empirie führte und nun tagtäglicher Rückbesinnung bedarf.

Das vorliegende Buch bietet als Nachschlagewerk und als Denkanstoß eine große Hilfe. Es werden dem unvorbereiteten Leser gewissermaßen die Augen geöffnet. Der Rezensent bedauert, dass ihm erst gegen Ende seiner beruflichen Karriere als Arzt dieses Buch zur Besprechung vorliegt. Wie schön wäre es, wenn jeder werdende Arzt zu Beginn seiner klinischen Tätigkeit dieses Werk als Geschenk erhielte.

Mag sein, dass mancher Eid des Hippokrates doch zumindest im Stillen dann wieder geleistet würde.

Ein besonderes Anliegen des Autors ist auch sein Engagement für einen „humanen“ Tierversuch, denn dieser ist wie Elmar Waibl beschreibt, die dunkle Kehrseite der strahlenden Erfolgsgeschichte der wissenschaftlichen Medizin.

Die Lektüre des Buches kann so allen verantwortlichen Tätigen im Bereich der Medizin wärmstens empfohlen werden, Ärzten, Pflegepersonal und auch Laien gleichermaßen, daneben aber auch den in der Wissenschaft tätigen Mitarbeitern von Forschung und Industrie.

Prof. Dr. M. P. Heuser, München

## Philosophisch-literarische Aspekte des Suizids

Hartmann Hinterhuber

Univ.-Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Innsbruck

### Einführung

Nur dem Menschen ist die Möglichkeit gegeben, durch eigenen Willensentschluss sein Leben zu beenden. Die Bewertung des Suizides ist ein sehr altes, aber immer aktuelles Thema der Psychiatrie, der Literatur und der Philosophie. Nach *Camus* stellt er das einzige, wirklich ernste philosophische Problem dar.

Die Vielzahl der Fragen, die mit dem Suizid verbunden sind, zwingt den Psychiater, alle jene Überlegungen einzubinden, die Philosophen, Literaten und Theologen im Laufe der Jahrhunderte, ja Jahrtausende zu dieser Thematik beigetragen haben. Die Erörterung des Suizides setzt sich immer mit dem Wesen des Menschen auseinander, mit seiner Autonomie und seinem freien Willen, sie betrifft ethisch-moralische Aspekte des menschlichen Handelns.

Berichte der Selbsttötung begegnen uns nicht nur in Mythen und Sagen sondern auch in sehr frühen literarischen Werken und in philosophischen Traktaten.

Im griechischen Altertum galt der Suizid nicht als verwerflich. Nach *Platons* Überlieferung vertrat *Sokrates* die Meinung, der Mensch habe das Recht, sich nach eigenem Ermessen vom Leben zurückzuziehen. *Platon* (427-347) dagegen droht in den "Nomoi" den Selbstmördern gravierende Sanktionen an. *Aristoteles*

sieht im Suizid nicht nur eine verwerfliche Handlung gegen die eigene Person, sondern vielmehr ein Unrecht gegen die menschliche Gemeinschaft und somit gegen den Staat. Die Stoa preist dem gegenüber den Suizid als Tugend und als Ausdruck von Gelassenheit und Leidenschaftslosigkeit. Die Stoiker ließen ihn bei Leiden aller Art ausdrücklich zu, ja sie rühmten ihn als äußerste Bewährung der persönlichen Freiheit. In der Selbsttötung aus edlen Beweggründen und aus zwingenden Lebensnotwendigkeiten sahen sie ein Kennzeichen einer heldenmütigen Seele.

Diese unterschiedlichen Betrachtungs- und Bewertungsweisen ziehen durch die abendländische Philosophie und Literaturgeschichte. Während *Dante Alighieri* (1265-1321) jene, die sich suizidieren, neben Gewalttätern und Mördern in den zweiten Ring des siebten Höllenkreises verbannt, äußert eine Generation später der Humanist *Petrarca* größtes Verständnis jenen Menschen gegenüber, die in einer suizidalen Krise Ruhe, Entspannung und auch den Tod suchen.

Seit der Renaissance, besonders aber seit der Aufklärung, lockerte sich das Verwerfungsurteil, jedoch mehr im Sinne einer Entschuldbarkeit als einer Rechtfertigung der Selbsttötung. *J. J. Rousseaus* Liebesroman "Die neue Héloïse oder Briefe zweier Liebenden" führte wie etwas später *Goethes* "Werther" zu vielen Selbsttötungen Jugendlicher.

1995 plädierten der Theologe *Hans Küng* und der Literaturwissen-

schaftler *Walter Jens* für einen "Bewusstseinswandel im Sinne einer an Selbstbestimmung und Autonomie orientierten Auffassung von Menschenwürde", die ihrer Meinung nach auch den Suizid und den "Tod auf Verlangen" inkludiert.

Die ethisch-philosophische Bewertung des Suizides schwankt somit in der Geschichte zwischen schärfster Verurteilung und sittlicher Rechtfertigung, und Verherrlichung der Selbsttötung. Die folgenden Ausführungen versuchen einen Überblick über die Bedeutung und den Stellenwert des Suizides in den einzelnen Epochen zu geben. [Wahl G. 1998]

### Der Stellenwert des Suizides in der griechischen und römischen Philosophie und Literatur

Die vorsokratische Philosophie ist uns nur in Fragmenten bekannt, aus denen sich keine schlüssige Lehrmeinung zur Beurteilung des Suizides herauskristallisieren lässt. Die Lehre des *Pythagoras* scheint eine Ablehnung des Selbstmordes zu implizieren, wenngleich er selbst seinen Tod – einer göttlichen Stimme folgend – durch 40-tägiges Fasten induziert hatte. Dem gegenüber sehen einzelne Philosophen der griechischen Frühzeit wie *Theognis* (540-500) im Suizid eine Möglichkeit, einer ausweglosen Notsituation zu entgehen. *Euripides* (450-406) vertrat die Überzeugung, wenigstens frei zu sterben,

wenn keine Möglichkeit besteht, frei zu leben. Auch *Sokrates* (469-399) soll nach Platon die Lehrmeinung verkündet haben, der Mensch dürfe sich nach eigenem Ermessen aus dem Leben zurückziehen. Er selbst zwang seine Richter, ihn zum Tode zu verurteilen, nachdem er das Angebot, in die Verbannung zu gehen, abgelehnt hatte. "Der Schierling hat *Sokrates* groß gemacht", erwähnt Seneca im zweiten Buch der Briefe an Lucilius über die Ethik. Jedenfalls triumphierte er durch seine Selbsttötung über seine Widersacher.

*Platon* selbst vertrat jedoch eine konträre Auffassung. In den "Nomoi" schreibt er: "Wie aber soll es dem ergehen, der sich selbst umbringt, indem er dem Schicksal mit eigener Hand vorgreift, nicht etwa in Folge einer Verurteilung durch den Staat, auch nicht unter dem Drucke eines über die Maßen schmerzlichen unabwendbaren Unglücks und auch nicht unter dem Zwang einer unentrinnbaren und unerträglichen Schande, die auf ihm lastet, sondern lediglich, weil er aus Willensschwäche und unmännlicher Verzagtheit an sich selbst ein ungerechtes Gericht übt?"

*Platon* erwähnt gegen Selbstmörder Sanktionen, die bis in die jüngste Vergangenheit auch Teil des kanonischen Rechtes waren: "Was aber die Begräbnisstätte für die auf solche Weise ums Leben Gekommenen anlangt, so sollen sie erstens vollständig abgesondert und ferne von jeder gemeinsamen Begräbnisstätte, sodann auf un bebauten und namenlosen Stellen ... ein ruhmloses Grab finden und keine Säule, keine Namensaufschrift soll diese Stätte bezeichnen."

Zu dieser Zeit sind aber auch Selbsttötungsepidemien bekannt: So überzeugte der Philosoph *Hegesias* junge Menschen, sich durch Selbsttötung vom Elend des Daseins zu befreien. *Hegesias* mit dem Beinamen *Peisithanatos*, d. h. der zum Tod Überredende, entstammte der kyrenäischen Schule und lebte zur Zeit *Platons*. *Cicero* erwähnt in den "Gesprächen in Tusculum", dass das

Ausmaß der Suizidepidemie unter dessen Schülern so belastend wurde, dass König *Ptolomäus Philadelphus* dem Philosophen *Hegesias* ein Vorlesungs- und Rede verbot erlassen musste. Auch schrieb dieser noch ein Buch mit dem Titel "Apocarteron", in dem er das Aushungern propagierte: Darin erwähnt er, dass schon *Anaxagoras* an Hunger gestorben wäre, wenn ihn nicht *Perikles* daran gehindert hätte. Er selbst starb, nachdem er sich jeglicher Nahrung enthalten hatte. *Plutarch* berichtet von einer weiteren Selbsttötungsepidemie in Milet, dort seien vorwiegend junge Frauen betroffen gewesen. Noch zur Zeit *Cleopatras* gab es in Ägypten eigene Selbsttötungsakademien, in denen das Recht auf Freitod gelehrt und dieser als das eigentliche Ziel des menschlichen Daseins bezeichnet wurde.

Das Leben des Einzelnen vollendet sich nach *Aristoteles* (384-322) im überindividuellen Organismus des Staates. Die Selbsttötung ist somit nach dessen Lehre nicht primär ein Verstoß gegen die eigene Person, sondern vielmehr ein Unrecht gegen die Gemeinschaft. Auch *Thomas von Aquin* und *Diderot* werden die Ansicht vertreten, dass sich jeder, der sich selbst tötet, sich gegen den Staat vergeht und die Interessen der Gesellschaft verletzt.

Eine Generation nach *Aristoteles* vertrat *Epikur* (341-270) unterschiedliche Positionen: für ihn und für viele Philosophen war und ist nicht evident, dass Sein immer besser wäre als Nicht Sein. So lehrte er, es sei vorteilhafter, wir gingen zum Tod als dieser zu uns. Andererseits sah er im Streben nach Glück die Erfüllung des Lebens. Der selbstbestimmte Ausstieg widerspreche jedoch dieser Grundhaltung, der Suizid müsse folgedessen abgelehnt werden. Sein Zeitgenosse *Zenon von Kition* d. J. (335-263) empfand aber den Selbstmord in einer kritischen Lebensphase als eine Tugend. Ihn selbst soll schon die Fraktur eines Fingerknochens motiviert haben, sein Leben durch Erhängen zu beenden.

Die Schulen der Stoa, der Skeptiker und der Epikureer vertraten einen ethischen Pragmatismus, sie empfanden bei einer Erkrankung, "die den Leib hindert, der Seele als Werkzeug zu dienen" und bei psychischen Störungen die Selbsttötung als naturgemäß. Für die Stoiker ist Suizid somit ein Weg, sich dem Leiden zu entziehen und in Extremsituationen Würde zu bewahren. *Seneca* (4 v. Chr. - 65 n. Chr.) sah als Ziel der menschlichen Entwicklung die *Apathia* und die *Ataraxia*; wir können diese Tugenden mit Gelassenheit und Leidenschaftslosigkeit übersetzen. In diesem Sinne schreibt er: "Nicht das Leben an sich ist ein Gut, sondern nur das *rechte* Leben. Der Weise lebt deshalb auch nicht solange als möglich, sondern solange als es Pflicht ist." Für den Weisen ist folgedessen der Suizid eine von der Natur vorgegebene Möglichkeit. So kann er frei bekennen: "Das ist das Einzige, warum wir uns nicht über das Leben beklagen können, es hält keinen Menschen fest." (Epistolae)

Ähnlich argumentiert auch *Epiktet* (ca. 50-140 n. Chr.): Er betont immer wieder, dass dem Menschen alle Güter nur auf Zeit geliehen sind, auch das eigene Leben. In den Dissertationen, den Vorlesungsmitschriften seines Schülers und späteren Historikers *Flavius Arrianus*, wird *Epiktet* folgendermaßen zitiert: "Wird aber das Leid des Lebens zu schwer, sodass für uns ein naturgemäßes Dasein nicht mehr möglich ist, so steht uns die Tür offen und wir werden aus dem Leben scheiden." Für ihn ist Freiheit das Schlüsselwort des menschlichen Lebens, ist Leitthema seiner Lehrgespräche und Lehrvorträge. Die Wörter "frei" (in der Form des Adjektivs und Verbs) und "Freiheit" tauchen rund 130 mal in seinen Schriften auf, beim Kaiser *Marc Aurel*, der zusammen mit *Epiktet* den glanzvollen Abschluss der stoischen Philosophie bildet, dagegen nur zweimal. Das Verlassen des Lebens im Selbstmord ist Ausdruck eben dieser Freiheit. Der Philosophenkaiser *Marc*

*Aurel* (121-180) riet jenen, die überzeugt sind, das Leben lohne sich wegen eines triftigen Grundes nicht mehr, "es von sich zu werfen, aber auch das in aller Ruhe und Heiterkeit und ohne sich einzubilden, etwas Schlimmes zu erleiden." In einer solchen Situation liegt für den Kaiser "nicht mehr Übel darin, das Leben zu verlassen, als aus einem rauchenden Zimmer zu gehen".

Im Rahmen der Spiele der 235. Olympiade im Jahre 164 kündigte der gnostische Philosoph und Kyniker *Peregrinus Proteus* an, dass er sich vier Jahre später, während der nächsten Wettkämpfe, öffentlich verbrennen würde. Er berief sich dabei auf seinen kynischen Stammvater Herkules. In der Tat ließ er einen riesigen Holzstoß errichten, um "in Gegenwart einer unendlichen Menge von Zuschauern in die Flammen hineinzuspringen."

Der Neuplatonismus berücksichtigt besonders ein psychiatrisches Moment: *Plotin* (204-270) verneint wohl die Legitimität der Selbsttötung, er akzeptiert diesen nur für jene, die "den Anfang des Wahnsinns in sich spüren".

## Der Suicid in der jüdisch-christlichen Tradition

Unter dem Einfluss des erstarken Christentums wurde im frühen Mittelalter aus der allgemeinen Philosophie eine christliche Philosophie: Philosophische Fragestellungen werden im Lichte der Offenbarung erörtert und empfangen wesentliche Anregungen aus der jüdisch-christlichen Heilslehre.

Im Alten Testament, der hebräischen Bibel, werden fünf Selbstmordberichte tradiert, sie werden vollkommen neutral dargeboten und nicht bewertet. Der bekannteste Suizid ist jener von *Samson*, eines Nazäers, der sein Leben opferte, um eine große Zahl von feindlichen Philistern zu töten. Paulus erwähnt ihn im

Hebräerbrief ausdrücklich als Glaubenshelden. Bekannt ist auch der Suizid des Königs *Saul*, dessen Depressionen David mit Musik zu lindern versuchte.

Die Haltung des Urchristentums zum Suizid war – der jüdischen Tradition entsprechend – neutral, da auch der Opfertod Jesu Christi als "freiwillig" zu bezeichnen wäre. Für die Wertneutralität dem Suizid gegenüber können besonders Zitate aus dem Johannesevangelium angeführt werden: "Ich will mein Leben für dich geben" (13, 37) oder: "Der gute Hirt gibt sein Leben für seine Schafe." (10, 11) oder: "Eine größere Liebe hat niemand als der, der sein Leben hingibt für seine Freunde." (15, 13). Selbst *Paulus* bekennt im Brief an die Phillipper (1, 23): "Ich habe Lust zu scheiden und bei Christus zu sein, was auch viel besser wäre; aber es ist nötiger im Fleisch zu bleiben."

*Lucian von Samosata* (geb. um 120) beschreibt eingehend die Todessehnsucht der ersten Christen und deren Nähe zum Opfertod im Martyrium: "Da sie unsterblich sein werden ... verachten sie den Tod und geben sich freiwillig in Gefangenschaft", wohl wissend, dass sie hingerichtet werden."

Die Stellungnahme der Kirchenväter zum Suizid steht auch in enger Verbindung zur Bewertung des Kreuzestodes Christi, der beispielsweise von *Tertullian* als Form einer Selbsttötung verstanden wurde. Auch *Origines* (185-251) stellt den Tod Christi als freiwilliges Selbstopfer dar. *Tertullian*, *Hieronymus*, *Chrysostomus* und *Ambrosius* rühmen bewundernd den Freitod von Christinnen, die dadurch drohenden Misshandlungen zuvorkommen. Das Konzil von Ancyra (314) erlaubte Christinnen sich selbst zu töten, um Misshandlungen und Vergewaltigungen zu entgehen.

In Nordafrika propagierten religiöse Minderheiten wie die Montanisten und Donatisten das Martyrium und den Suizid, um rascher die Herrlichkeit Gottes schauen zu können.

Besonders eine Gruppe der Donatisten, die Circumcellionen, strebten Verfolgungen an, mit dem Ziel, über ein Massenmartyrium schneller in das Paradies zu kommen. Auch töteten sie sich zu Tausenden, indem sie sich von Felsvorsprüngen zu Tode stürzten. Erst *Augustinus* sah aufgrund dieser suizidalen Massenbewegung im freiwilligen Märtyrertod einen Exzess. Das fünfte Gebot des Dekalogs dehnte er im ersten Buch "De Civitate Dei" auch auf die Selbsttötung aus: "Du sollst nicht töten, weder den anderen, noch dich selbst. Denn wer sich selbst tötet, tötet nichts anderes als den Menschen." An anderer Stelle stellte er apodiktisch klar: "Für den Christen gibt es keine Lage, die ihn zum Selbstmord ermächtigt."

Unter dem nachhaltigen Einfluss der Theologie von *Augustinus* wurde die Selbsttötung auf den Konzilien von Orléans (433), Arles (452), Braga (561), Auxerre (613) und Toledo (693) abgelehnt und mit immer schwereren Strafen belegt. Seit dem Konzil von Orléans wird dem Selbstmörder das kirchliche Begräbnis verweigert, Papst Nikolaus I. deklarierte den Suizid 860 als Todsünde. Diese Wertung wurde durch das Konzil von Nîmes zu einem Bestandteil des kanonischen Rechtes.

Unter dem Eindruck der den Märtyrertod suchenden Albigenser bezeichnete *Thomas von Aquin* (1225-1274) den Suizid als Sünde gegen den Schöpfer, die Natur und die Gesellschaft. Seinen Standpunkt legt er in einem Artikel des Traktates "De Homicidio" (quest LXXIV Summa theologica) dar. Der Selbstmord widerspricht der Pflicht zur Selbsterhaltung, er ist ein Verstoß gegen die menschliche Gemeinschaft. Die Beendigung des Lebens ist schlussendlich eine Handlung, die nur Gott zustehe: Dieser allein ist Herr über Leben und Tod. Dabei bezieht er sich auf Deuteronomium 32 (39): "Ego occidam, et vivere faciam".

Die Haltung der katholischen Kirche dem Suizid gegenüber beruft sich

auch heute noch weitgehend auf diese Argumentationen, wenngleich der "Katechismus der katholischen Kirche" (1993) im Punkt 2282 festhält, dass "schwere psychische Störungen, Angst oder schwere Furcht vor einem Schicksalsschlag, vor Qual oder Folterung die Verantwortlichkeit des Selbstmörders vermindert". Und Nummer 2283 stellt das ewige Heil auch jenen Menschen in Aussicht, die sich das Leben genommen haben.

## Die Bewertung des Suizides in der Philosophie und Literatur der Neuzeit

Die Renaissance bewertet in der Wiederentdeckung der Antike die Autonomie des einzelnen Menschen sehr hoch und beruft sich in vielem auf die Philosophie der Skeptiker und Stoiker. M. *De Montaigne* (1533-1592) widmete in seinen "Essays" der Frage der Selbsttötung ein ganzes Kapitel mit dem Titel "Gewohnheiten auf der Insel Cea". Dort schreibt er: "Der freiwillige Tod ist der schönste. Das Leben steht nicht in unserer Macht, wohl aber der Tod."

John *Locke* erklärt in der zweiten seiner beiden berühmten "Abhandlungen über die Regierung" die "Erhaltung des Eigentums" als das große und hauptsächliche Ziel eines Staatswesens. Der Begriff "Eigentum" umfasst nicht nur Besitz und Vermögen, sondern auch und gerade das Leben des Menschen und seiner Freiheit. Jeder Mensch – schreibt *Locke* 1689 im "Treatise of Government" habe ein "Eigentum an seiner eigenen Person". Auf diese habe "niemand ein Recht als nur er allein". Davon leitet *Locke* das "natürliche Recht" ab, sich alles zur Selbsterhaltung Nötige anzueignen. Der Selbstbesitz jedoch ist kein uneingeschränkter. Der Selbstbesitz besteht gegenüber anderen Menschen, nicht aber gegenüber dem einzigen wahren souveränen Eigentümer – Gott. Indem der Mensch Gott gehört,

gehört er sich selbst: Er darf und kann niemandem anderen eigen sein, weder dem Staat noch der Krone oder irgendeiner Kirche. Die Freiheit des Einzelnen und die Verpflichtung nur dem eigenen Gewissen gegenüber bedeutet für *Locke* aber nicht, dass der Mensch über sich selbst absolut verfügen könnte. Niemand darf sein Leben wegwerfen. Durch die Tatsache, dass der Mensch sich selbst das Leben nicht nehmen darf, folgert *Locke* auch, dass der Mensch keinem anderen Gewalt antun darf.

Die Selbsttötung interpretierte *Voltaire* (1694-1778) als einen Sieg über die menschliche Natur. Unter dessen Einfluss erklärte *Friedrich der Große* 1751 die Strafbarkeit der Selbsttötung als aufgehoben.

David *Humes* (1711 – 1776) Essay "On suicide" erschien 1783 posthum: Darin nennt er den Selbstmord die "beste Gabe Gottes". Auch diskutierte er die Frage nach der Rechtmäßigkeit von lebensverlängernden Maßnahmen in der Medizin und schrieb: "Wenn nun ein Mensch sich selbst tötet und diese Tat als verbrecherisch gebrandmarkt wird, (...) dann müsste schlechthin jeder Eingriff in Naturabläufe gleichermaßen verbrecherisch sein."

Auch J. J. *Rousseau* (1712 – 1778) plädierte für die Selbsttötung: „Wenn unser Leben ein Übel für uns und für niemanden ein Gut ist, ist es daher erlaubt, sich seiner zu entledigen.“ Sein Liebesroman „Die neue Héloïse“ löste unter jungen Liebenden eine Selbsttötungsepidemie aus. Eine noch viel größere wird *Goethes* Briefroman „Die Leiden des jungen Werthers“ folgen. Nach *Goethe* ist „der Selbstmord ein Ereignis der menschlichen Natur, welches...einen jeden Menschen zur Teilnahme fordert und in jeder Zeitepoche wieder einmal verhandelt werden muss.“

Zählt I. *Kant* (1724 – 1804) auch zu den wesentlichen Vertretern der Philosophie der Aufklärung, war er einer strengen Pflichtauffassung unterworfen, die ihn den Selbstmord ablehnen ließ. In der „Kritik der prak-

tischen Vernunft“ schreibt der Königsberger Philosoph: „Der Persönlichkeit kann der Mensch sich nicht entäußern, solange von Pflichten die Rede ist, folglich solange er lebt ...“ Für ihn ist Suizid Mord, weil sich der Suizidant des Mordes an einem Menschen schuldig macht, der in diesem Fall er selbst ist. *Kant* vertrat vehement die Auffassung, dass der Mensch nicht über sein Leben verfügen könne: "... also kann ich über den Menschen in meiner Person nicht disponieren, ihn zu verstümmeln, zu verderben oder zu toedten". Nach *Kants* Auffassung müssten verschiedene medizinische Interventionen, wie beispielsweise die freiwillige Organspende unzulässig sein, weil der Mensch dabei über sich disponiert, sich zu Mittel für einen Zweck macht und sich (im Fall der Lebendspende noch als Lebender) verstümmelt. (E. *Waibl*) In seinen „kasuistischen Fragen“ erwähnt *Kant* jedoch Grenzsituationen, die im Rahmen einer Pflichtkollision vielleicht die Selbsttötung rechtfertigen könnten.

Der deutsche Idealismus schloss sich den Ansichten *Kants* an. *Fichte* (1762 – 1814) schrieb folgedessen: „Ich will nicht länger leben heißt daher: Ich will nicht länger meine Pflicht tun.“ *Hegel* (1770 – 1831) sieht die Einzelperson dermaßen in die Gemeinschaft des Staates eingebunden, dass er fordern kann „Die Persönlichkeit...hat zur Entäußerung überhaupt kein Recht“.

Arthur *Schopenhauer* (1788 – 1860), der seinen Vater als 17-jähriger 1805 durch Selbstmord verlor, vertrat eine entgegengesetzte Meinung: "Jeder hat das Recht alles zu tun, wodurch er keinen verletzt". Wird durch die Selbsttötung eines Menschen kein nahestehender Dritte geschädigt, ist auch nach J. St. *Mill* (1806-1873) der Suizid ein "victimless crime" und somit kein Vergehen, weil "Verbrechen ohne Opfer" keine sind. Auf *Schopenhauer* geht der Name "Freitod" zurück: Dieser sei ein "Vorrecht des Menschen vor dem Tiere". Dennoch bekennt er: "Der

Selbstmörder will das Leben und ist bloß mit den Bedingungen unzufrieden, unter denen es ihm geworden." Ist die Welt Wille, so muss sie eine Welt des Leidens sein. "... Solange unser Bewusstsein von unserem Willen erfüllt ist, solange wir dem Drange der Wünsche mit seinem steuten Hoffen und Fürchten hingegeben sind, solange wir Subjekt des Wollens sind, wird uns nimmermehr dauerndes Glück noch Ruhe." (W.W. I § 38) Der endgültige Ausweg ist für *Schopenhauer* der Selbstmord. Dort besiegen Denken und Phantasie den Instinkt. *Schopenhauer* erinnert an *Diogenes*, der durch Unterdrückung der Atmung Selbstmord begangen hätte und feiert dies als einen Sieg über den Willen zum Leben! Dieser Sieg ist aber nur vereinzelt, immer auf die betreffende Person bezogen, in der Gattung setze sich der Wille zum Leben fort. So lache das Leben über den Selbstmord und belächle den Tod. Auf jeden freiwilligen Tod fallen Tausende unfreiwilliger Geburten. Im § 69 des ersten Bandes seines Werkes "Die Welt als Wille und Vorstellung" muss *Schopenhauer* bekennen: "... Der Selbstmord, die willkürliche Zerstörung einer einzelnen Erscheinung, bei der das Ding an sich ungestört stehen bleibt, ...ist eine ganz vergebliche und törichte Handlung." Elend und Daseinskampf bleiben ja nach dem Tod des Individuums bestehen und müssen auch bestehen bleiben, solange im Menschen der Wille herrschend ist. Nach *Schopenhauer* ist schlussendlich kein Sieg über die Übel der Welt möglich, bis der Wille nicht restlos der Erkenntnis und dem Intellekt unterworfen wird.

Friedrich *Nietzsche* (1844 – 1900) setzt diese Gedanken fort und schreibt im Zarathustra: „Manche sterben zu früh, viele sterben zu spät; noch klingt euch fremd die Lehre: Stirb zur rechten Zeit.“ Dem verächtlichen „unfreien Tod zur unrechten Zeit“ stellt er den „vollbringenden Tod“, den Selbstmord gegenüber: „Seinen Tod stirbt der Vollbringende siegreich, umringt von Hoffenden

und Gelobenden ... aber den Kämpfenden gleich verhasst wie dem Sieger ist euer grinsender Tod, der heranschleicht wie ein Dieb.“ In der 22. Rede von "Also sprach Zarathustra" bekennt *Nietzsche*: "Viele sterben zu spät ..." Für ihn ist der normale Tod "ein Tod zur unrechten Zeit, ein Feiglingstod. Man sollte aus Liebe zum Leben den Tod anders wollen, frei, bewusst, ohne Überfall". (zitiert bei E. *Waibl*)

Die Vertreter der Existenzphilosophie urteilen unterschiedlich über den Suizid. Während Martin *Heidegger* ihn befürwortet, lehnt ihn Paul *Sartre* entschieden ab: „Der Selbstmord ... verlangt nämlich selbst nach einer Bedeutung, die nur die Zukunft ihm geben kann; da er aber der letzte (Akt) meines Lebens ist, verweigert er sich der Zukunft ... der Selbstmord ist eine Absurdheit, die mein Leben im Absurden untergehen lässt.“

Auch Albert *Camus* kreist in „Der Mythos von Sisyphos“ um das einzige wirklich ernste philosophische Problem, den Selbstmord. Im Hinblick auf das praktische Leben äußert er sich ablehnend über die Selbsttötung, weil es notwendig sei, der Absurdität des Daseins und dem „Schweigen der Welt“ gegenüber den Sinnfragen des Menschen Stand zu halten. Anders sieht es Jean *Améry*, der als Hans *Mayer* die Konzentrationslager von Auschwitz, Buchenwald und Bergen-Belsen überlebte. In seiner Schrift „Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod“ feiert er den Suizid als einen Akt der höchsten Freiheit. Der „Freitod sei eine Möglichkeit der Selbstverwirklichung des Menschen“. Er bekennt: „Der Hang zum Freitod ist keine Krankheit, von der man geheilt werden muss, wie von den Masern. Der Freitod ist ein Privileg des Humanen. Jede Intervention eines Psychiaters ist folgedessen eine 'freche Anmaßung'." Auch für J. *Fletcher* trägt die „Selbsttötung die Signatur der Freiheit.“

## Wie urteilten und handelten Schriftsteller der jüngeren Vergangenheit?

"Aus Verzweiflung über den Nationalsozialismus" beendete am 21.12.1935 Kurt *Tucholsky* sein Leben. Kurz nach dem Einmarsch der deutschen Truppen sprang Egon *Friedel* 1938 in den Tod. Um der Auslieferung an die Gestapo zuvorzukommen tötete sich 1940 Walter *Benjamin*. Aus Angst vor dem Wiederauftreten ihrer psychischen Störungen schied 1941 Virginia *Woolf* aus dem Leben; im brasilianischen Exil wählte Stefan *Zweig* gemeinsam mit seiner Gattin Lotte am 23.02.1942 den Tod. Das Leben als rechtloser Bittsteller trieb Klaus *Mann* 1949 in Cannes in die Selbsttötung. Anders handelte und urteilte Gottfried *Benn*: Als Truppenarzt zählte er, dessen Gattin sich im Juli 1945 tötete, 1940 die meisten Suizidanten zu den „gefährdeten und labilen Typen“, deren "Fortpflanzung im Sinne eines rassistischen Eliminationsprozesses nach dem Ideal der heutigen Staatsphilosophie nicht unbedingt wünschenswert" sei (Zitat bei G. *Wahl*).

## Gedanken zum Schluss

Als abschließendes Resümee bieten sich die Worte von Eberhard *Lungerhausen* an, mit denen er sein Referat anlässlich der von G. *Wahl* und W. *Schmitt* geleiteten Wiblinger Gespräche beendete: „Das Faszinosum menschlichen Wissens um den eigenen Tod und die Möglichkeit, ihn selbst herbeiführen zu können, sich selbst enden zu können, hat den denkenden Menschen, soweit unsere geschichtliche Überlieferung reicht, zu allen Zeiten zutiefst bewegt und, wie der Versuch, eine philosophische Problemgeschichte nachzuzeichnen zeigt, zu einem ständigen Widerstreit der Meinungen geführt. Manchmal wird dabei, besonders in der jüngeren

Zeit, nicht genügend bedacht, dass neben dem Wissen um die eigene Endlichkeit des Menschen auch sein Wissen um die Fraglichkeit seiner Zukunft steht, aus der eine andere große menschliche Fähigkeit resultiert, nämlich die der Hoffnung. Vielleicht kreisen unsere Reflexionen, fast ein Signum unserer Zeit, zu häufig um Angst und Verzweiflung, zu selten aber um die Hoffnung.“

Der Interessierte findet im Artikel von Günther Wahl "Suizid: Fakten, Ansichten und Einsichten im historischen Wandel" in dem von ihm 1998 herausgegebenen Buch "Suizid" eine umfassende Materialensammlung für unser Thema.

## Literatur

- [1] Ackerknecht E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 3., verbesserte Auflage. Enke, Stuttgart, 1985.
- [2] Adler A.: Selbstmord; in: *Int. Z. Individ. Psychol.* 15, 49-52, 1937.
- [3] Améry J.: Hand an sich legen – Diskurs über den Freitod. Klett-Cotta, Stuttgart 1976. S. 33, 43
- [4] Aristoteles: Deutsche Aristoteles Gesamtausgabe; Bd. VI Nikomachische Ethik. Wissenschaftl. Buchgesellschaft, Darmstadt 1966.
- [5] Bell Q.: Virginia Woolf. Eine Biographie. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1981.
- [6] Benn G.: Über den Selbstmord im Heer. *Neue Rundschau* 87, 669-674, 1976.
- [7] Birnbacher D.: Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht. In: A. Leist (Hg.): *Um Leben und Tod.* S. 397f, 418f
- [8] Camus A.: *Der Mythos von Sisyphos – Ein Versuch über das Absurde.* Rowohlt, Düsseldorf 1956.
- [9] Cicero M.T.: *Gespräche in Tusculum.* Lat.-dt. Ausgabe K. Büchner, Zürich 1951.
- [10] Dächer F.: *Die Signatur der Freiheit. Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie.* Lüneburg 1999
- [11] Dante Alighieri: *Die göttliche Komödie.* 34-69, XI. Gesang, S. 47, Fischer Bücherei, Frankfurt am Main, 1955.
- [12] Deisenhammer E.A., Haring C., Kemmler G., Pycha R., Hinterhuber H.: *Suicide in South Tyrol 1980-1992: influence of affiliation to different language groups,* *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 246, 273-278, 1996.
- [13] Deisenhammer E.A., Weiss E.M., Kemmler G., Hinterhuber H.: *Geschlechtsspezifische Aspekte des Suizids, Neuropsychiatrie* 3 + 4, 161-165, 2004.
- [14] Durant W.: *Die Großen Denker.* Orell Füßli, Zürich, 10. Aufl. 1958.
- [15] Fichte J.G.: *Gesamtausgabe;* ed. I. H. Fichte 1834/35.
- [16] Fletcher J.: In *Verteidigung des Suicids.* In: Eser, A. (Ed.) *Suicid und Euthanasie.* Enke, Stuttgart 1976.
- [17] Haller R., Lingg A.: *Selbstmord – Verzweifeln am Leben?* Hannibal Verlag 1987
- [18] Haring C., Hinterhuber H.: *Suizidales Verhalten.* In: Hinterhuber H., Fleischhacker W.W. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychiatrie.* Thieme-Verlag, Stuttgart New York 228-233, 1997.
- [19] Hegel F.: *Grundlinien der Philosophie des Rechtes;* in *Sämtliche Werke,* Bd. VII. Frommhaus, Stuttgart 1952.
- [20] Heidegger M.: *Sein und Zeit.* Niemeyer, Tübingen 1960.
- [21] Hinterhuber H.: *Ethik in der Medizin. Neuropsychiatrie* 15: 107-115, 2001.
- [22] Hinterhuber H., Meise U.: *Die Psychiatrie darf nicht schweigen: Gedanken zu den Euthanasiegesetzen in Belgien und den Niederlanden.* *Neuropsych.* 17, 1, 29-34, 2003.
- [23] Hinterhuber H.: *Das Menschenbild in Medizin und Psychiatrie.* In: *Bilder des Menschen.* H. Hinterhuber, M. P. Heuser, U. Meise (Hrsg.). VIP-Verlag Integrative Psychiatrie Innsbruck 82-91, 2003.
- [24] Höffe O.: *Selbstmord.* In: Höffe, O. (Ed.) *Lexikon der Ethik,* 3. Aufl., C.H. Beck, München 1977.
- [25] Hume D.: *Die Naturgeschichte der Religion. Über Aberglauben und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord.* S. 89 Hamburg 1984
- [26] Kant I.: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Kant's gesammelte Schriften. Band 4, S. 429 Berlin 1903
- [27] Kuitert H.M.: *Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben.* S. 124 Gütersloh 1991
- [28] Lungershausen E.: *Freitod oder Selbstmord.* *Conf. Psychiat.,* 20, 108, 1977.
- [29] Lungershausen E.: *Suizidales Handeln unter ethischen, juristischen und ärztlichen Aspekten;* in: *Fundamenta Psychiatrica* 33, S. 44/167-64/181, 1988.
- [30] Lungershausen E., Vliegen J.: *Der Selbstmord als ein Problem der Philosophie und Theologie – Versuch einer geschichtlichen Darstellung.* In: G. Wahl und W. Schmitt, *Suizid.* Verlag kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach 1998.
- [31] Marc Aurel: *Selbstbetrachtungen,* 12. Aufl. Stuttgart 1973.
- [32] Mill I.St.: *Über die Freiheit.* S. 16f. Stuttgart 1974
- [33] Montaigne M. de.: *Essais.* Conrad Paris 1924, dtshc: von Johann D. Tietz. Diogenes, 3 Bde. 1992.
- [34] Nietzsche F.: *Vom freien Tode.* In: Friedrich Nietzsche. *Werke in zwei Bänden.* Bd. 1, (Hsg) Ivo Frenzel. 2. Aufl. München, 592-594; hier S. 592, 1973.
- [35] Platon: *Sämtliche Werke;* ed. J. Burnet. Bibliotheca Oxoniensis, Oxford 1899-1906.
- [36] Plotin: *Textausgabe;* ed. H. F. Müller 1878-80.
- [37] Rousseau J.J.: *Oeuvre complet.* Gallimard, Paris 1959.
- [38] Sartre J.P.: *L'être et le néant* (Gallimard, Paris 1943); *Deutsche Übersetzung. Das Sein und das Nichts.* Rowohlt, Hamburg 1962.
- [39] Scheler M.: *Der Formalismus in der Ethik und die materielle Wertethik,* Bern 1954.
- [40] Schopenhauer A.: *Die Welt als Wille und Vorstellung: 1819.* Züricher Ausgabe in zehn Bänden, Zürich Band 2, S. 391, 492, 1977.
- [41] Seneca L.A.: *Epistulae morales ad Lucilium Liber II, Briefe an Lucilius über Ethik,* 2. Buch; Philipp Reclam Jun., Universal-Bibliothek Nr. 2133, Stuttgart S. 11 f., 1989.
- [42] Tertullian: *Ausgewählte Schriften.* In: *Bibliothek der Kirchenväter,* Band 7 u. 24. Jos. Kösel, Kempten und München 1912.
- [43] Thomas von Aquin: *De Homicidio;* in *Summa totius theologiae LXXIV Marietti,* Turin 1952.
- [44] Voltaire F.: *Oeuvre choisie.* Levallois-Perret, Paris 1962.
- [45] Wahl G.: *Suizid: Fakten, Ansichten und Einsichten im historischen Wandel.* In: G. Wahl und W. Schmitt, *Suizid.* Verlag kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach 1998.
- [46] Waibl E.: *Grundriss der Medizinethik für Ärzte, Pflegeberufe und Laien,* Lit-Verlag Münster 2004.

o. Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber  
 Univ.-Klinik für Psychiatrie Innsbruck  
 Anichstraße 35  
 A-6020 Innsbruck  
 e-mail: Hartmann.Hinterhuber@uibk.ac.at

## Die Vergangenheit ist jetzt

Jens Tönnemann<sup>1</sup>, Rainer Oberguggenberger<sup>1</sup>, Andrea Sommerauer<sup>2</sup>,  
Franz Wassermann<sup>3</sup> und Christian Moser<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall in Tirol

<sup>2</sup>Freie Historikerin und Journalistin, Innsbruck

<sup>3</sup>Freischaffender Künstler, Innsbruck



Seit Januar 2004 initiieren der Innsbrucker Künstler Franz Wassermann und die „WÄSCHEREI P“ – das Kulturprojekt des psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol – das Kunstprojekt „Temporäres Denkmal“ als Prozesse der Erinnerung für die Opfer der NS-Euthanasie, und haben damit einen Diskussionsprozess über die Grenzen Österreichs hinaus eingeleitet.

### Leopoldine Zankl

„Vom Erzählen kenne ich die Geschichte am allerwenigsten“, sagt Dr. Karl Nemeč, Allgemeinmediziner in Innsbruck und beschreibt das Tabu in seiner Familie: „Es war ein Gefühl, dass da was war. Ein Familiengeheimnis.“ Der Arzt hat sich auf Spurensuche begeben und seine Großmutter gefunden: Leopoldine Zankl wurde 1941, als Patientin des Psychiatrischen Krankenhauses Hall, nach Hartheim in Ober-

österreich deportiert und dort ermordet. Und vergessen. Karl Nemeč fordert, dass der ehrenwerte Name seiner Großmutter wieder öffentlich hergestellt wird. Die im September 1891 geborene Kärntnerin Leopoldine Zankl (geb. Kreuzberger) war verheiratet und hatte 6 Kinder. Leopoldine Zankl gehörte zu den 70273 sog. „Insassen“ von „Heil- und Pflegeanstalten“, die zwischen Januar 1940 und August 1941 während der ersten zentral-organisierten Massenvernichtungsaktion im Nationalsozialismus, der sog. Aktion T4, ermordet wurden [7,8,9]. Sie alle starben in Gaskammern der 6 eigens eingerichteten Tötungsanstalten des damaligen deutschen Reiches. Insgesamt wurden mindestens 216000 PatientInnen „psychiatrischer Anstalten“ im Rahmen des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Programms ermordet. Währenddessen wurde die während der „Euthanasie“-Phase erprobte Technik des industriellen Tötens weiterentwickelt und in den großen Vernichtungslagern eingesetzt. Ärzte und Ärztinnen waren an der Entwicklung und Umsetzung maßgeblich beteiligt [4,1].

### „Temporäres Denkmal“: ein Kunstprojekt gestaltet Raum für die Opfer

Das Kunstprojekt „Temporäres Denkmal“ schafft seit bereits einhalb Jahren Raum für die Erinnerung, das Gedenken und die „Wiederherstellung des guten Namens“ (Zit. Dr. Karl Nemeč) jener 373 bisher recherchierten PatientInnen des Psychiatrischen Krankenhauses Hall, die zwischen 1940 und 1945 von Hall nach Hartheim und Linz-

Niedernhart gebracht- und dort ermordet worden sind. „Erinnerung“ wird von den InitiatorInnen im Kontext dieses Projekts als individuelle wie kollektive Leistung verstanden, die prozesshaft verläuft, um den sie begleitenden Gefühlsqualitäten wie z.B. Wut, Trauer, Scham, Enttäuschung genügend Raum zu geben, damit diese wahrnehmbar und reflektierbar werden.

Das Projekt ist als interaktiver Prozess angelegt, der aus mehreren Teilen besteht, die für sich und gemeinsam „Prozesse der Erinnerung“ sind. Nach dem ersten, teilweise kontroversiell diskutierten Schritt, der konsequenten Veröffentlichung der Namen der bisher 373 -aus dem vorhandenen Datenmaterial des PKH Hall- recherchierten Opfer, auf der Homepage des Künstlers und auch in lokalen Zeitungen, folgte die Einbeziehung der Öffentlichkeit.

### Straßen Namen geben

Am 25. Mai 2004 wird in Briefen an die BürgermeisterInnen der Heimatgemeinden aller bisher gefundenen Opfer der Antrag formuliert, die Gemeinden mögen eine Straße oder einen öffentlichen Platz nach den Opfern benennen. Bis heute haben mehr als 80 Gemeinden geantwortet. Alle Reaktionen werden, ständig aktualisiert, auf der Homepage des Künstlers ([www.mylivingroom.org](http://www.mylivingroom.org)) veröffentlicht. In Volders, nahe Innsbruck, wird es eine „Sigfried-Rudovsky-Straße“ und eine „Heinrich-Arnold-Straße“ geben, die Gemeinde Pians (Tirol) benennt die Brücke eines beliebten Wanderwegs nach Erich Lederle. In Frastanz (Vorarlberg) und Jerzens (Tirol) wurden bereits Gedenk-



tafeln enthüllt, weitere Gemeinden möchten diesem Beispiel folgen.

Zeitgleich wurden Inserate in Tageszeitungen geschaltet mit dem Aufruf an die Bevölkerung, die veröffentlichten Namenslisten zu überprüfen und –wenn vorhanden– Fotos von den Opfern zur Verfügung zu stellen, die Franz Wassermann im weiteren Verlauf des Projekts verwenden möchte.

Ausnahmslos werden alle schriftlichen Reaktionen dokumentiert und sollen in einem derzeit in Arbeit befindlichen Buch veröffentlicht werden, das essentieller konzeptueller Teil des „Temporären Denkmals“ ist.

### **Park der Erinnerung**

In der aktuell stattfindenden zweiten öffentlichen Phase des Projekts kehrt das „Temporäre Denkmal“ zurück in das Gelände des Psychiatrischen Krankenhauses Hall. Auf dem weitläufigen Klinik-Areal mit seinen hunderten Bäumen soll ein „Park der Erinnerung“ entstehen, dessen Konzept der Künstler Franz Wassermann im Rahmen einer Veranstaltung in der Kulturstation des PKH Hall vorgestellt hat. Für jedes der 373 Opfer möchte Wassermann eine kleine Porzellantafel –wenn möglich mit Foto– in einen Baum „einpflanzen“. 373 Bäume sollen das Unfassbare begreifbarer- und das Abstrakte von Zahlen fühlbar machen. Die Bilder werden im Laufe der Jahre in die Bäume einwachsen und vernarben. „Die eingearbeiteten Erinnerungen an die Opfer können den Ort umpolen“, so der Künstler Franz Wassermann, „von einem Tatort zu einem Ort, an dem Vergangenes und Heute einander begegnen, der zur Reflektion einlädt.“

Schon jetzt ist spürbar, dass durch die Arbeitsweise der Projektgruppe eine Kommunikationskultur etabliert wird, die vor einer kritischen, auch emotionalen Auseinandersetzung nicht zurückschreckt. „Nie wieder!“, forderte der eingangs erwähnte Dr. Karl Nemeč während einer öffentlichen Veranstaltung zum Projekt „Temporäres Denkmal“ im Klinikgelände. Die aktuelle Diskussion um den „Park der Erinnerung“ findet auf zahlreichen Ebenen statt. Fokussiert auf die Weiterentwick-

lung aktueller klinisch-psychiatrischer Arbeitskonzepte am PKH Hall erinnert sie an die Notwendigkeit einer ständigen kritischen Überprüfung paradoxer Versuche der Abschottung medizinischer Methodenentwicklung vom realen gesellschaftspolitischen Leben, um zu verhindern, dass uns „rassebiologische und sozialhygienische Gedanken“ heute in semantisch korrigierter Fassung und wissenschaftlich modernisiertem Rahmen entgegneten und neurechter Biopolitik brauchbare diskursive Einsätze liefern [5,6]. Eugenik und Euthanasie entwickelten sich in ihrer historischen Dimension inmitten instrumenteller Rationalität und der Nationalsozialismus stellte weder ihren Ausgangspunkt dar, noch markiert er ihr eindeutiges Ende. In allen Phasen haben HumanmedizinerInnen wissenschaftliche Schlüssel-funktionen ausgeübt und einen zentralen Beitrag zur Etablierung von Euthanasie und Eugenik geleistet [2].

### **Wäscherei P**

Das Psychiatrische Krankenhaus Hall hat eine eigene Kultur-Station. Seit 4 Jahren arbeitet ein interdisziplinäres Projekt-Team unter dem Namen WÄSCHEREI P und positioniert sich als Kultur-Projekt, gemäß einer Definition von „Kultur“ der amerikanischen Psychotherapeutin C. Falikov: „*Kultur impliziert über Generationen überlieferte Werte, Gefühle und Vorstellungen, die ständig auf individueller wie kollektiver Weise weiterentwickelt werden.*“ (3)“ In der hauseigenen Kulturstation, der ehemaligen Klinik-Wäscherei, finden seit 4 Jahren, mit beachtlich großer öffentlicher Resonanz, Veranstaltungen statt, die aus Sicht der Projektgruppe interdisziplinäre, interkulturelle Begegnungen mit KünstlerInnen sind, wobei jede einzelne dieser Begegnungen Teil des Projekt-Prozesses wird. Die WÄSCHEREI P ist somit durch ein dynamisches Kulturkonzept geprägt, das eine stetige Weiterentwicklung, durch die Etablierung des prozesshaften Arbeitens mit der Möglichkeit zur Reflexion auf der Meta-Ebene, beinhaltet. Im Kunstprojekt „Temporäres Denkmal“, ausgehend von der Begegnung der

Wäscherei P mit dem Künstler Franz Wassermann, wird das Konzept des prozesshaften Arbeitens konsequent umgesetzt, wobei für ein derart komplexes Thema wie „die Erinnerung an die Opfer der NS-Euthanasie“, das die Institution Psychiatrie unmittelbar betrifft, die nunmehr 4-jährige Erfahrung aus mehr als 70 Veranstaltungen, Tagungen & künstlerischen Aktionen unbedingt notwendig war. Die Vergangenheit ist! Jetzt? Ist ein guter Zeitpunkt, dies wahrzunehmen.

### **Literatur**

- [1] Aly, Götz (Hg.): Aktion T4 1939-1945. Die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Berlin 1989
- [2] Amort Marion, Regina Bogner-Unterhofer, Monika Pilgram, Gabi Plasil Michaela Ralsler, Stefan Stüttler, Lisl Strobl: Humanwissenschaften als Säulen der "Vernichtung unwerten Lebens". Biopolitik und Faschismus am Beispiel des Rassehygieneinstituts in Innsbruck, in: Erziehung heute Nr. 1, Innsbruck, 1999
- [3] Hegemann T, Transkulturelle Kommunikation und Beratung, in: Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Hrsg. Hegemann T., Salman R., Psychiatrie Verlag, S.117
- [4] Hinterhuber H.: Ermordet und Vergessen. Nationalsozialistische Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten. VIP-Verlag Integrative Psychiatrie, Innsbruck-Wien 1995
- [5] Hinterhuber H., U. Meise: Die Verführbarkeit der Wissenschaften und die Gefährdung der Menschenrechte - gestern und heute. Neuropsychiatrie 15, 3/4: 98-102 (2001)
- [6] Hinterhuber H., U. Meise: Die Psychiatrie darf nicht schweigen: Gedanken zu den Euthanasiegesetzen in Belgien und den Niederlanden, Neuropsychiatrie, 17; 29-34 (2003)
- [7] Hohendorf G, Rotzoll M, Richter P et al.: Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“ – Erste Ergebnisse eines Projektes zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin. Der Nervenarzt 2002, 73:1065-1074
- [8] Klee E.: „Euthanasie“ im NS-Staat – Die „Vernichtung unwerten Lebens“. Frankfurt/M.: Fischer 1983
- [9] Kaul FK: Die Psychiatrie im Strudel der Euthanasie – Ein Bericht über die erste industriemäßig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes. Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt 1979

Dr. Jens Tönnemann  
 Psychiatrisches Krankenhaus des  
 Landes Tirol  
 Thurnfeldgasse 14  
 6060 Hall in Tirol  
 E-Mail: jens.toennemann@tilak.at

## In Memoriam Präsident Hon.-Prof. Dr. Karl Kohlegger

Hartmann Hinterhuber und Holger Baumgartner

*Medizinische Universität Innsbruck*

Am 7.9.2004 sind das Land Tirol, die Republik Österreich und die österreichische Justiz, besonders aber auch die Rechtswissenschaftliche und die Medizinische Fakultät/Universität Innsbruck ärmer geworden: an jenem Tag verstarb nach langer Krankheit Präsident Honorarprofessor Dr. jur. Karl Kohlegger an der Innsbrucker Klinik. Bis zum Schluss intellektuell hoch engagiert, stand er noch in seinen letzten Stunden mit Rat und Tat der Medizinischen Fakultät, der Gesellschaft für Psychische Gesundheit – Psychohygiene Tirol und vielen anderen Einrichtungen des Landes hilfreich zur Seite. Karl Kohlegger zählt zweifellos zu den prominentesten Juristenpersönlichkeiten, welche Österreich im 20. Jahrhundert hervorgebracht hat.

Um die Bedeutung dieses Mannes zu erfassen, sind wesentliche Stationen seines Lebens zu beleuchten: Seine Arbeit als Präsident des Oberlandesgerichtes Innsbruck und als höchster Richter des Fürstentums Liechtenstein, seine Tätigkeit als begnadeter Rechtspolitiker und akademischer Lehrer und schließlich seine Funktionen als Berater großer öffentlicher sozialtherapeutischer Einrichtungen und der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck.

Karl Kohlegger, am 29.8.1920 geboren, wuchs im familieneigenen "Stadtrichterhaus", das aus der Zeit Kaiser Maximilians I. stammt, in der Innsbrucker Altstadt auf. Er verlor seinen Vater bereits im Jahr 1931. Seine sehr

tüchtige Mutter beschloss, ihren beiden Kindern die bestmögliche Ausbildung zukommen zu lassen: Karl wechselte nach dem Besuch des Innsbrucker Pädagogiums an die "Stella Matutina" nach Feldkirch.

Von großer Bedeutung für seine Persönlichkeitsentwicklung war sein geistiger und kultureller Hintergrund: Die Welt, in der er intellektuell aufwuchs, war jene von christlichem Humanismus und von liberaler Gesinnung geprägte Atmosphäre der Eliteschule der Jesuiten. Dazu kam der durch selbstbewussten Bürgersinn geprägte Geist einer alten Tiroler Familie. Für Karl Kohlegger gilt in besonderem Ausmaß das anspruchsvolle Wort Hofmannthals vom „Adel des Geistes“. Menschliche Anteilnahme, unermüdlicher Einsatz und visionärer Geist charakterisieren seine charismatische Persönlichkeit.

Der Matura folgte unmittelbar die Einberufung zum Militär. In diesen Jahren hatte er, seinen eigenen Worten zu Folge „genügend Zeit, meine späteren Studienziele zu überdenken.“ Dabei gewann er auch die Überzeugung, daß das Fehlen des Rechtes und der Rechtsstaatlichkeit der größte Mangel jener Zeit gewesen sei“. Nach seiner glücklichen Heimkehr inskribierte er sich daher an der juristischen Fakultät seiner Vaterstadt und vollendete sein Studium unter Einrechnung von drei "Kriegssemestern" in nur 2 Jahren mit so hervorragenden Prüfungsergebnissen, so dass Prof. Dr. Franz Gschnitzer ihm nach der Promotion sofort eine Assistentenstelle anbieten konnte.

Karl Kohlegger trat aber in den Gerichtsdienst ein, schon 1958 wurde er

Vorsteher des Bezirksgerichtes Innsbruck, im Jahr 1962 wurde er Richter des Oberlandesgerichtes sowohl in Zivil- als auch in Strafsachen, 1970 wurde er Senatspräsident, 1973 Vizepräsident und mit 1.1.1974 Präsident des Oberlandesgerichtes Innsbruck. Ab 1981 war er Präsident des fürstlich liechtensteinischen Obersten Gerichtshofes. Von 1982 bis 1992 leitete er als Präsident den Österreichischen Juristentag.

Am 31.12.1985 trat er als Präsident des Oberlandesgerichtes in den Ruhestand, blieb aber als Präsident des fürstlich liechtensteinischen Obersten Gerichtshofes bis 1997 tätig. Ab dem Eintritt in den Ruhestand widmete er sich in vermehrtem Umfang anderen, ihm wesentlich erscheinenden, Angelegenheiten.

Seine Kompetenz sowie die wissenschaftliche Orientierung seiner Fortbildungsvorträge und seiner Publikationen lenkten die Aufmerksamkeit von Justizminister Broda auf ihn: Karl Kohlegger wurde in das engste ministerielle Beraterteam gerufen und gestaltete wesentliche Teile der großen Rechtsreform. So hatte er maßgeblichen Einfluss auf die Familienrechtsreform und hier vor allem in der Herstellung der Gleichberechtigung von Mann und Frau. Er bestimmte die Konsumentenschutzgesetzgebung sowie die Neuordnung der zivilgerichtlichen Verfahrensbereiche und schuf hier einen besseren Zugang zum Recht. Sein diesbezügliches Bemühen war es, die Durchsetzbarkeit des Rechtes in formeller Beziehung zu erleichtern.

Aus der Zusammenarbeit mit Minister Broda entstand auch eine enge

persönliche Beziehung, die von gegenseitigem Respekt und Toleranz jenseits der unterschiedlichen parteipolitischen Positionen gekennzeichnet war.

Maßgeblich sind auch die Leistungen von Honorarprofessor Dr. Karl Kohlegger in Liechtenstein. Zusätzlich zu seiner Tätigkeit als Oberster Richter Liechtensteins, beriet er das Fürstenhaus und die liechtensteinische Regierung bei der Strafrechtsreform sowie bei der Familienrechtsreform und bei anderen Gesetzesvorhaben.

Zwischen 1962 und 1995 war Präsident Kohlegger Lehrbeauftragter für österreichisches bürgerliches Recht, österreichisches zivilgerichtliches Verfahren und liechtensteinisches Privatrecht an der Universität Innsbruck. Ende der 80er Jahre wurde er Honorarprofessor an der rechtswissenschaftlichen Fakultät für das Fach "österreichisches Zivilrecht". In dieser Eigenschaft betreute er Generationen von Dissertanten. Unermüdlich war er in der Öffentlichkeitsarbeit engagiert: Aus seiner Feder stammen knapp 1.000 Presseartikel über das Recht und seine Institutionen.

Ehrungen blieben nicht aus: 1980 wurde ihm das Ehrenzeichen des Landes Tirol verliehen, 1985 jenes des Landes Vorarlberg und das "Große Bundesverdienstkreuz mit dem Stern" der Bundesrepublik Deutschland, 1995 das Verdienstkreuz der Stadt Innsbruck, 1991 das Komturkreuz mit Stern des Fürstlich Liechtensteinischen Verdienstordens und das "Österreichische Ehrenkreuz für Kunst und Wissenschaft Erster Klasse". Als erster Österreicher erhielt er 1992 vom Fürsten von Liechtenstein als höchste Auszeichnung den Titel "Fürstlicher Justizrat".

Seit 1952 teilte Frau Maria Haselwanter ihr Leben mit Karl Kohlegger. Der glücklichen Ehe entsprossen 2 Kinder, Christian und Andrea. Auch die Tochter wurde Juristin, sie erbte jedoch auch die kulturellen Interessen und entwickelte ausgeprägte künstlerische Begabungen.

Trotz seiner sehr hohen juristischen Kompetenz war er alles andere als ein stiller Gelehrter im Elfenbeinturm. Bis in die letzten Lebensstage hat er die

Rechtsprechung und die Rechtswissenschaften, hat er die Kultur und Politik seiner Zeit nicht nur aufmerksam verfolgt, sondern auch nach Kräften mitgestaltet. Präsident Kohlegger war nicht nur in seinem eigenen Gebiet, der angewandten Rechtswissenschaft, sondern auch im Rahmen der unterschiedlichsten Gebiete von Politik, Kultur und Wissenschaft eine herausragende Persönlichkeit. Sein Urteil wurde durch seine charaktvolle Haltung und sein Ansehen beglaubigt.

Das Denken von Präsident Kohlegger war stets auf große Zusammenhänge und kulturelle Bezüge gerichtet. Seine vielen Ansprachen und seine sowohl wissenschaftlichen wie auch populären Abhandlungen zeigen Präsident Dr. Karl Kohlegger als ausgezeichneten Redner und engagierten Autor, der auch die schwierigsten juristischen Sachprobleme allgemein verständlich zu erläutern in der Lage war. Karl Kohlegger war ein Meister des Wortes, auch seine spontanen Aussagen waren stets hervorragend formuliert. Seine Sprache war von Klarheit und Eleganz geprägt. Bei Karl Kohlegger trifft der Satz zu, dass der Stil das Wesen des Menschen widerspiegelt. Aus seinen Worten sprach ein klarer und heller Geist, der Erhellendes zu sagen wusste. Fühlte er sich missverstanden oder zögerte sich eine Entscheidung, die sich ihm schon klar dargeboten hatte, über Gebühr hin, konnte er auch ungehalten reagieren und scharfe Worte finden.

Ein weiteres Interesse von Präsident Kohlegger galt den kulturellen Bezügen des Rechtes und der Stellung des Rechtes innerhalb der gesamten Kultur. Sein diesbezügliches Wissen war gewaltig und umfasste alle Gebiete des menschlichen Lebens. Ähnlich wie Gustav Radbruch betonte Karl Kohlegger das Verbindende der verschiedenen Disziplinen und betrachtete das Recht als Teil der Gesamtkultur.

So vermittelte Karl Kohlegger zwischen den Fakultäten, zwischen dem Recht und den großen geistigen Strömungen seiner Zeit.

In seinem verbindenden Wesen gründete auch sein Interesse für

Geschichte, Philosophie, Kunst und Literatur. Seine universale Sichtweise schloss alle menschlichen Interessensgebiete ein, auch den Sport. Besonders fasziniert zeigte er sich vom Fußball, der ihn auch noch in seinen letzten Lebensstagen begeisterte und bewegte. Für ihn war ein schönes und elegantes Spiel mit der Tanz- und Ballettkunst vergleichbar!

Seine Persönlichkeit beeinflusste viele Menschen, die ihn kannten und ihm nahe sein durften. Beeindruckend war seine geistige Offenheit und Vielseitigkeit sowie die ständige Verfügbarkeit für alle Menschen, die sich an ihn wandten.

Durch sein persönliches Auftreten und seine Ausstrahlung fand Karl Kohlegger Schüler, nicht nur in den Rechtswissenschaften. Viele davon widmeten ihm zu seinem 80sten Geburtstag eine sehr schöne akademische Festschrift. Dadurch wurde ihm jene besondere Wertschätzung zum Ausdruck gebracht, welcher sich Karl Kohlegger über seinen spezifisch justiziellen Wirkungsbereich hinaus auch im Kreise der rechtswissenschaftlichen Forschung und Lehre erfreute.

Große Verdienste erwarb sich Präsident Kohlegger auch für die Entwicklung des Gesundheitswesens und der Medizinischen Fakultät bzw. Universität Innsbruck.

Die Medizin gedenkt in besonderer Verbundenheit ihres verdienten Mentors, Beraters und Freundes. Seit der Gründung der Ethikkommission im Jahr 1980 gehörte Karl Kohlegger 24 Jahre lang diesem entscheidungsbefehlsmächtigsten Gremium an, er beteiligte sich federführend an der Erarbeitung der Statuten sowie der Vorschriften für dessen Arbeitsweise. Das Verfahren dieser Kommission trägt immer noch seine Handschrift. International anerkannte Ethikkommissionen haben diese Methodik übernommen. Bei vielen schwierigen Entscheidungen hat Präsident Kohlegger Wege zu juristisch und ethisch einwandfreien Lösungen weisen können. Beeindruckend war seine Fähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem, Verzichtbares von Unverzichtbarem

darzustellen und zu trennen. Entscheidend war dabei nicht nur seine hohe juristische Expertise, sein scharfer analytischer Geist sowie seine Lebenserfahrung, sondern seine beeindruckende Fähigkeit, fachübergreifend zu denken und zu argumentieren. Er war für alle Kommissionsmitglieder sowohl ein großer Lehrer, als auch ein Vorbild an Pflichtbewusstsein, an Ausdauer und Entscheidungsfreudigkeit. Stets war er um ein gerechtes Urteil bemüht. Ihm war seine Tätigkeit in der Ethikkommission auch sehr wichtig. So konnte Präsident Karl Kohlegger 1995 in seinem "vorläufigen Lebenslauf" schreiben: "Viel Freude hat mir auch die Mitarbeit im Rahmen der an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck eingerichteten Ethikkommission bereitet. Denn der Jurist ist für die äußere Ordnung des Menschen und der Mediziner für dessen innere Ordnung verantwortlich, wobei Störungen der inneren Ordnung auch zu Störungen in den Außenbeziehungen des Menschen führen können. Da das selbe auch umgekehrt der Fall ist, ergeben sich durchaus vielfältige Wechselbeziehungen."

Besondere Verdienste um die medizinische Forschung hat sich Präsident Kohlegger im Rahmen der Novellierung wichtiger Gesetze erworben. Er verfasste federführend die Stellungnahme der Ethikkommission zum Arzneimittelgesetz, zum Krankenanstaltengesetz 1993 sowie zum Medizinproduktegesetz. Es folgten Gutachten zur Biomedizinkonvention des Europarates und zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2001/20/eG "clinical trial directive". Seinen Stellungnahmen hat sich die Medizinische Fakultät stets ohne Vorbehalt angeschlossen.

Wegen seiner Verdienste für die Ethikkommission und die Medizinische Fakultät haben diese dem Senat der Leopold-Franzens-Universität den Vorschlag unterbreitet, Präsident Kohlegger die Würde eines Ehrensensors zu verleihen. Diese Auszeichnung wurde ihm 1995 zuteil: sie gehörte für ihn, den vielfach hoch und höchst dekorierten, in seiner Werthierarchie zu den schönsten Auszeichnungen, über die er sich – nach

seinen eigenen Worten – auch am meisten gefreut hatte, vor allem, da er nie gerechnet hatte, von der Medizinischen Fakultät eine derartige Ehrung verliehen zu bekommen.

Aus Überzeugung kämpfte Präsident Kohlegger auch in juristischen Stellungnahmen für die Einheit der Leopold-Franzens-Universität und gegen die Loslösung der Medizinischen Fakultät, er engagierte sich für die Rechte der Professorenschaft bei der Wahl des geeigneten Rektors und für die Autonomie der gewählten Gremien. Diese Bemühungen fanden Anerkennung und Bewunderung in den Kreisen der Medizinischen Fakultät; in der Tagespresse wurde er jedoch dafür zu unrecht kritisiert: Diese beleidigenden Äußerungen schmerzten ihn bis an sein Lebensende.

Seine zutiefst humanitäre Prägung öffnete ihn für viele soziale Anliegen: Seit der Gründung der "Gesellschaft für Psychische Gesundheit – Psychohygiene Tirol" im Jahr 1976 unterstützte er als Vorstandsmitglied die Ziele einer modernen sozialpsychiatrischen Rehabilitation. Von 1985 bis zu seinem Tode arbeitete er planend und gestaltend als Vizepräsident am Aufbau, an der Entwicklung und an der Ausrichtung dieser großen Einrichtung mit: Sein uneigennütziges, persönliches Engagement, seine Ausstrahlung und sein stets kluger Rat waren von herausragender Bedeutung für das rasche Wachstum dieser so wichtigen und bedeutenden Einrichtung.

Sein Berufsziel hat Karl Kohlegger bereits in jungen Jahren klar formuliert: „Der Umgang mit den Menschen und ihren vielfältigen rechtlichen Sorgen ließ mich schon bald den letzten Zweck des Rechtes in der Weise erkennen, daß es sich nicht in einer ordnenden Funktion erschöpfe, sondern auch weitere Aufgaben umfasse: Nämlich die Hilfestellung für die sozial Schwachen und Ausgegrenzten sowie die Aufrechterhaltung ethisch wertvoller Grundsätze im Verkehr von Mensch zu Mensch und im Austausch von Gütern und Leistungen“. In einem langen und erfüllten Leben ist es Karl Kohlegger geglückt,

dieses Motto in die Tat umzusetzen.

Über den Tod hinaus ist ihm unsere Achtung, unsere Wertschätzung und unsere freundschaftliche Verbundenheit sicher. Wir zollen ihm Bewunderung aufgrund seiner gestaltenden Kraft, seiner hohen Integrität, seines Dienstes an der Gemeinschaft und seines Einsatzes für Recht und Gerechtigkeit.

Alle, die ihn kannten und ihm nahe sein durften, werden Präsidenten Hon.-Professor Dr. Karl Kohlegger in dankbarer Verbundenheit ein ehrendes Andenken bewahren.

Wir haben ein großes Vorbild und ein prägendes Beispiel verloren.

**o. Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber**

Medizinische Universität Innsbruck  
Vorstand der Univ.-Klinik für Psychiatrie  
Präsident der Gesellschaft für Psychische  
Gesundheit – Psychohygiene Tirol  
Vizedekan der Medizinischen Fakultät 1999–2003

**Prof. Dr. Holger Baumgartner**

Medizinische Universität Innsbruck  
Institut für Biochemische Pharmakologie  
Geschäftsführer der Ethikkommission der  
Medizinischen Universität