

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Die Medienpreisgewinnerin:
Ausgezeichnet → S. 12

Das Plattform-Modell:
Ausgeklügelt → S. 30

Das SPK und die 68er:
Ausgefertigt → S. 42



Jeder Mensch zählt



Die Corona-Krise ereignete sich erst nach Redaktionsschluss und findet deshalb in dieser Ausgabe thematisch keine Berücksichtigung. Aktuelle Informationen auf www.dgppn.de

INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** GESELLSCHAFT
Grüne Schleifen für Akzeptanz
- 12** GESELLSCHAFT
DGPPN-Medienpreis 2019:
Liebe Magdalena
- 18** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse
- 20** UNTER VIER AUGEN
Andreas Heinz mit Jan Reuter
im Gespräch
- 26** DGPPN KONGRESS 2020
Psychiatrie und soziale Lebenswelt



Die neue Kampagne der Generation PSY ist da.
→ **S. 34**

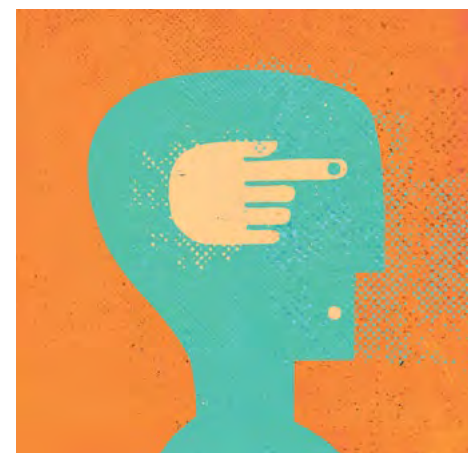
- 29** BIBLIOTHEK
Lesestoff
- 30** WISSENSCHAFT
Plattform-Modell
- 34** NACHWUCHS
Keinangsthase
- 36** PHILOSOPHIE
Zur Identität der Psychiatrie
- 42** VON GESTERN FÜR HEUTE
Antipsychiatrie und die
68er-Bewegung
- 48** IMPRESSUM



Bundesfamilienministerin Franziska Giffey
beim Besuch der Charité.
→ **S. 4**



Im „Sprechsaal“ fand das Vier-Augen-Gespräch statt.
→ **S. 20**



Wer, wie, was ist Psychiatrie?
→ **S. 36**

Liebe Leserinnen und Leser,



das Jahr 2020 steht bisher im Zeichen der notwendigen Kooperation zur Lösung vielfältiger Probleme – angefangen bei neuen Infektionskrankheiten über den Klimawandel bis hin zur Personalsituation in den Kliniken hierzulande. Wir können nicht bei den Problemen stehenbleiben, sondern müssen ihnen etwas entgegensetzen: Vernetzung, Wissenstransfer, gegenseitige Hilfe und Verständnis für die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen. Diesen Leitgedanken folgend, widmet die DGPPN in diesem Jahr auch ihr nächstes Hauptstadtsymposium am 26. Mai in Berlin den in der Psychiatrie so maßgeblichen sozialen Fragen. Auch der DGPPN Kongress 2020 beschäftigt sich unter dem Motto „Psychiatrie und Psychotherapie in der sozialen Lebenswelt“ neben anderen mit Themen wie Wohnungslosigkeit, Armut, sozialer Ausschließung und Rassismus. Einen Vorgeschmack finden Sie in der Kongressvorschau hier im Heft. Angesichts der Corona-Pandemie wird sich zeigen, ob unsere Veranstaltungen wie geplant stattfinden können.


Über globale Herausforderungen und psychische Gesundheit in Entwicklungsländern habe ich mit dem Kollegen Jan Reuter im Vier-Augen-Interview gesprochen. Er war u. a. mit *Ärzte ohne Grenzen* in Simbabwe und mit dem *Roten Kreuz* in Eritrea als Psychiater tätig und erlebte dort eindruckliche Situationen, die viel Einfühlungsvermögen verlangten. Auch wenn wir in den Industriestaaten viel erreicht haben, was Antistigma-Arbeit angeht, so bleibt der Dialog, also der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen der Planung und Umsetzung therapeutischer Hilfen ein Ziel, das die DGPPN konsequent verfolgt. Als Träger des *Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit* haben wir die *Initiative Grüne Schleife* gefördert. Einen kleinen Ausschnitt aus unzähligen ausschließlich positiven Rückmeldungen haben wir Ihnen in dieser Ausgabe zusammengestellt.

Ungemein positiv aufgenommen wurde in Fachkreisen das Plattform-Modell zur Bemessung einer zukunftsorientierten Personalausstattung in der Psychiatrie, das in einem ersten Termin Anfang Februar vorgestellt wurde. Die DGPPN und alle beteiligten Fachverbände plädieren für seine Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung der G-BA-Richtlinie. Lesen Sie mehr dazu ab Seite 30.

Sie sehen, nur gemeinsam geht es voran. Danke für Ihr Engagement und Ihre Unterstützung!

Ihr Andreas Heinz – für den Vorstand der DGPPN

Präsident



„Gezondheid
kent geen
grenzen!“*

* Conny M. aus den Niederlanden zur *Initiative Grüne Schleife*

Ministerin besucht Psychiatrie



Bundesfamilienministerin Franziska Giffey ist seit etwa zwei Jahren im Amt und gehört zu den Politikerinnen, die sich gern selbst ein Bild machen. Sie setzt sich für Chancengerechtigkeit und Teilhabe von benachteiligten Kindern und Familien ein und hat als nächstes die Modernisierung der Kinder- und Jugendhilfe auf ihrer Agenda.

Schätzungen zufolge wachsen in Deutschland ca. 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil auf. Ihr Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, ist erwiesenermaßen hoch. Vor diesem Hintergrund hat Bundesfamilienministerin Franziska Giffey (SPD) im Februar auf Einladung der DGPPN die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der *Charité – Universitätsmedizin Berlin* besucht.

In einem Arbeitstreffen wurden die Herausforderungen einer multiprofessionellen und SGB-übergreifenden Unterstützung von Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen diskutiert. Im anschließenden Rundgang mit DGPPN-Präsident und Klinikdirektor Andreas Heinz, dem *Charité*-Vorstand sowie Vertretern der dortigen Kinder- und Jugendpsychiatrie durch eine Akutstation sowie die Tagesklinik informierte sich die Ministerin über den Alltag und die spezielle Versorgungssituation von Patienten, Angehörigen, Ärzten, Therapeuten und Pflegenden.

Da es Eltern mit einer psychischen oder suchterkrankten Erkrankung oft schwerfällt, sich Unterstützung von außen zu holen, sei es laut Giffey wichtig, einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfeangeboten zu schaffen. Aus diesem Grund habe die interdisziplinäre Arbeitsgruppe *Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern* unter Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Mitarbeit der DGPPN Empfehlungen erarbeitet, die unter anderem in einem Gesetzentwurf zur Modernisierung der Kinder- und Jugendhilfe aufgegriffen werden sollen. Das BMFSFJ arbeite derzeit daran, einen Rechtsanspruch auf Alltagsunterstützung für Kinder und Jugendliche zu schaffen, der es ihnen ermöglicht, sich auch ohne Einverständnis ihrer Eltern und ohne Krise oder Notlage Unterstützung beim Jugendamt zu holen.

Aus Sicht der DGPPN ist vor allem die stete Aufklärung hinsichtlich der Möglichkeiten einer rechtzeitigen qualifizierten Beratung, Behandlung und Betreuung ein erster Schritt zur Hilfe. Der zweite besteht im Ausbau von flächendeckenden multiprofessionellen und vernetzten Versorgungsstrukturen, dies gilt insbesondere für den Aufbau von niedrigschwelligen Früherkennungszentren und sogenannten Transitionsstationen. Gemeint sind Stationen, die sich auf die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen am Übergang in die Erwachsenenpsychiatrie spezialisiert haben.

Gute Vorsorge, gute Besserung

**Immer häufiger verlassen Kunden Apotheken un-
verrichteter Dinge. Der Grund: zunehmende Engpässe
bei der Lieferung von Arzneimitteln. 2019 gingen
beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin-
produkte (BfArM) über 350 Lieferengpassmeldungen
ein – 2013 waren es noch 42. Auch Psychopharmaka
sind von Lieferengpässen betroffen, insbesondere
Antidepressiva.**

Ein Lieferengpass liegt vor, wenn eine Auslieferung für mehr als zwei Wochen unterbrochen ist oder die Nachfrage das Angebot deutlich übersteigt. So können entweder einzelne Stärken oder der ganze Wirkstoff oder auch das günstige Generikum nicht verfügbar sein. Die Gründe für die Lieferengpässe sind vielfältig. Viele Medikamente werden in wenigen Betrieben in China und Indien hergestellt. Kommt es nur in einem von ihnen zu Produktions- oder Lieferproblemen, wirkt sich dies auf die Bestände in den Apotheken hierzulande aus. Auch fehlende Rohstoffe oder Entscheidungen der Hersteller können zu Engpässen führen.

Mehr als jedes zweite gemeldete Arzneimittel gilt als versorgungsrelevant. Es handelt sich um Medikamente, für die es keine Alternativen gibt oder bei denen das Versorgungsrisiko für die Gesamtbevölkerung erhöht ist und deren Wirkstoffe verschreibungspflichtig sind. Zudem muss die zu behandelnde Krankheit lebensbedrohlich oder irreversibel progredient sein oder bei fehlender Behandlung zu einer schweren Schädigung führen.

Psychopharmaka finden sich kaum auf der Liste versorgungsrelevanter Arzneimittel beim BfArM. Oftmals erfüllen sie nicht alle Kriterien, nach denen ein Wirkstoff als versorgungsrelevant eingestuft wird. Sind Psychopharmaka allerdings nicht verfügbar, hat das zum Teil erhebliche Folgen für die Patienten: Absetz- und Umstellungswirkungen oder eine Abnahme der Compliance. Oft ist zusätzliche ärztliche Beratung erforderlich, um das geeignete Alternativmedikament erst zu identifizieren. Ist dieses gefunden, muss die Umstellung häufig unter engmaschiger ärztlicher Kontrolle erfolgen, was eine zusätzliche Herausforderung für den Betroffenen und die Ärzteschaft darstellt. Ist der

Wirkstoff irgendwann doch wieder erhältlich, muss der Patient unter Umständen erneut umgestellt werden.

Seit vielen Jahren versucht der Gesetzgeber, den zunehmenden Lieferengpässen von Medikamenten entgegenzuwirken und der drohenden Versorgungslücke Herr zu werden. Zusammen mit dem BfArM wurden deshalb vorbeugende Maßnahmen entwickelt. Versorgungsrelevante Wirkstoffe stehen dabei im Vordergrund. So soll das BfArM in Zukunft anordnen können, dass Pharmaunternehmen und Arzneimittelgroßhändler ein bestimmtes Kontingent relevanter Wirkstoffe langfristig lagern. Auch sollen die Firmen stärker in die Pflicht genommen werden, ihre Bestände offenzulegen und Daten zu Produktion, Absatzmenge und zu drohenden Engpässen von versorgungsrelevanten Wirkstoffen freizugeben.

Die DGPPN engagiert sich dafür, dass weitere Psychopharmaka wie beispielsweise Venlafaxin in die Liste der versorgungsrelevanten Wirkstoffe aufgenommen werden. Am BfArM soll zudem ein ständiger Beirat unter Einbezug von Fachgesellschaften etabliert werden. Auch hier wird sich die DGPPN einbringen, damit die Versorgungssicherheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen gewährleistet wird.

Das rät die DGPPN:

Es ist ratsam, Patienten frühzeitig und aktiv über die Situation zu informieren und Verunsicherungen im persönlichen Gespräch auszuräumen. Als Zwischenlösungen im Umgang mit Arzneimittel-Engpässen wären folgende Maßnahmen in Absprache mit den Patienten denkbar:

- Folgerezepte vorzeitig ausstellen
- Ersatzmedikation in Betracht ziehen
- Dosisumstellung erwägen
- kleine Vorräte für den Bedarfsfall anlegen

Das BfArM listet aktuell die betroffenen Medikamente auf seiner Website: <http://lieferengpass.bfarm.de>

54.134 Unterschriften – ein Ziel: Mehr Personal



Wie kein anderes Thema bestimmt die neue G-BA-Richtlinie zur Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) die gesundheitspolitischen Diskussionen. Denn die zum 1. Januar 2020 in Kraft getretene Richtlinie bleibt weit hinter dem zurück, was viele von ihr erwartet hatten.

2015 hatte es noch hoffnungsvoll angefangen: Nach dem massiven Protest gegen die Einführung von PEPP lenkte der Gesetzgeber ein und beauftragte den G-BA damit, Mindestvorgaben zur Personalausstattung zu erarbeiten, die möglichst evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen. Die Richtlinie, die der G-BA im September 2019 präsentierte, ist eine Enttäuschung für alle Betroffenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Beschäftigten. Sie legt 85 Prozent der bislang geltenden Personalverordnung – statt sie qualitativ und signifikant zu erhöhen – als Personaluntergrenze fest und würdigt nicht die Leitlinienempfehlungen. Was droht, ist, dass Krankenhäuser zumindest in den ersten Jahren noch weniger Personal als bisher von den Krankenkassen finanziert bekommen. Dies konterkariert den gesetzlichen Auftrag. Konkret zielt

die neue Richtlinie einerseits auf eine leichte Erhöhung der Minutenwerte der über 30 Jahre alten Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in Bereichen der Pflege und der Psychotherapie, andererseits auf eine erhebliche Ausweitung des Dokumentationsaufwands und strenge Sanktionsmechanismen ab. Eine Berücksichtigung der fachlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte lässt die Richtlinie hingegen vermissen. Dazu zählen der deutliche Anstieg an Patientenzahlen sowie die Stärkung der Patientenautonomie, der Psychotherapie oder der psychosozialen Interventionen, um nur einige Beispiele zu nennen. Diese Entwicklungen erfordern alle mehr qualifiziertes Personal. Die Belegschaft in den Kliniken arbeitet schon heute häufig am Belastungslimit. Die sprechende Medizin, der Bezug zum Patienten und die therapeutische Beziehung – die maßgeblichen Faktoren einer zugewandten, humanen und leitliniengerechten Behandlung – drohen weiter abgebaut zu werden und der Patient Schaden zu nehmen.

Enttäuscht von diesem Ergebnis, hat sich die DGPPN gemeinsam mit mehr als dreißig Verbänden von Betroffenen und Angehörigen, wissenschaftlichen Fachgesellschaften

sowie vielen fachübergreifenden Einrichtungen zu einem Bündnis zusammengeschlossen. Das gemeinsame Ziel: mehr Personal und Zeit für die psychische Gesundheit. Zum Welttag der seelischen Gesundheit am 10. Oktober folgten knapp 200 Menschen dem Aufruf zu einer Kundgebung vor dem Gesundheitsministerium – der Auftakt zu einer konzertierten Aktion, zu der die DGPPN und ihre Bündnispartner eine Briefaktion und umfangreiche Lobby- und Presseaktivitäten starteten.



Als erster Teilerfolg konnte die gesetzliche Klarstellung in der Bundespflegeverordnung erzielt werden. Danach hat eine gute und leitliniengerechte Personalausstattung über der in der Richtlinie definierten Untergrenze zu liegen und muss auch entsprechend finanziert und nachgewiesen werden. Anlass war, dass durch das Auslaufen der Psych-PV die Soll-Vorgaben für die Budgetverhandlungen ersatzlos gestrichen wurden.

Um weitere gesetzgeberische Maßnahmen für ausreichend Personal und genügend Zeit in den Kliniken zu erreichen, unterstützte die DGPPN eine Petition des Bundesverbands der Angehörigen (BApK) an den Deutschen Bundestag. Die Petition wurde durch eine umfangreiche Kampagne beworben, deren Höhepunkt die bundesweiten Protestaktionen psychiatrischer Kliniken bildeten. Das Ergebnis: Mit über 54.000 Unterschriften wurde das Quorum und somit eine Anhörung im Petitionsausschuss erreicht. Es bleibt zu hoffen, dass die Anhörung dazu führt, dass der Bundestag weitere Maßnahmen ergreift. In diesem Kontext wird sich die DGPPN nun dafür einsetzen, dass der Bundestag einen konkreten Auftrag zur Entwicklung eines zukunftsorientier-

ten Personalbemessungssystems beschließt. Gemeinsam mit 13 anderen Berufs- und Fachverbänden hat die DGPPN kürzlich das sogenannte „Plattform-Modell“ präsentiert. Es gewährleistet eine leitliniengerechte und menschenrechtskonforme Behandlung, die am individuellen Bedarf des Patienten orientiert ist. Das Plattform-Modell bietet sich als Blaupause für ein zukunftsorientiertes Personalbemessungssystem an.

Die folgenden Organisationen tragen die Forderungen des Bündnisses mit

- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) ■ Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) ■ Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) ■ bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg ■ Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP) ■ Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) ■ Bundesdirektorenkonferenz (BDK) ■ Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) ■ Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) ■ Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) ■ Chefärzt*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa) ■ Deutsche Alzheimer Gesellschaft/Selbsthilfe Demenz ■ Deutsche Angst-Hilfe ■ Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP) ■ Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) ■ Deutsche DepressionsLiga ■ Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) ■ Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) ■ Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) ■ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) ■ Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) ■ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) ■ Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVt) ■ Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen ■ Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) ■ Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) ■ Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE) ■ Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) ■ EX-IN Deutschland ■ Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs) ■ Pandora – Selbsthilfeverein für Psychiatrie-Erfahrene ■ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) ■ Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien (WFKT) ■

Mehr dazu ab Seite 30 in diesem Heft.

Wegweisend für Patienten



Die Koordination der Versorgung psychisch kranker Menschen ist für alle Beteiligten mit großen Hürden verbunden. Nicht nur Patienten fällt es oftmals schwer, das komplexe und fragmentierte System zu durchschauen. Zu groß sind die Vielzahl unterschiedlicher Leistungsanbieter und die Fülle von Versorgungsangeboten.

Im Zuge der Reform der Psychotherapeutenausbildung hat der Gesetzgeber letztes Jahr den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis Ende 2020 eine neue Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu beschließen. Die neuen Regelungen sollen vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf zugutekommen. Die DGPPN hat bereits ein Modell für eine vernetzte und koordinierte Versorgung vorgelegt.

Mit der Richtlinie zur vernetzten Versorgung will der Gesetzgeber die Behandlung psychisch schwer erkrankter Menschen verbessern und die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wie Hausärzten, Psychotherapeuten, Suchtberatungsstellen und Familiendiensten stärken. Auch der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung soll dabei erleichtert werden. Für diese Patienten soll zukünftig ein Versorgungssystem eingerichtet werden, das Zuständigkeiten klar definiert und alle Leistungserbringer in die Lage versetzt, leitliniengerecht, patientennah und abgestimmt zusammenzuarbeiten. Bestehende Versorgungslücken, die sich bislang aus dem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe ergeben, sollen so zukünftig geschlossen werden. Als Vorbilder für die Richtlinie werden insbesondere zwei über den Innovationsfonds geförderte

Modelle diskutiert: das NPPV-Projekt aus Nordrhein und RECOVER aus Hamburg.

Die DGPPN hat ein Modell erarbeitet, das Elemente beider Projekte miteinander verbindet und aufzeigt, wie der individuelle Hilfebedarf der Menschen mit psychischen Erkrankungen passgenau abzudecken wäre. Kernelement des Modells sind vier sogenannte „Bedarfsstufen“, die sich am Schweregrad der Erkrankung orientieren. Den Bedarfsstufen sind jeweils geeignete Interventionen und entsprechende Leistungserbringer zugeordnet. Der Patient wird von der Stelle aus, an der er zum ersten Mal Kontakt mit dem Versorgungssystem aufnimmt, abgeholt und gemäß seiner individuellen Bedarfsstufe an den jeweils zuständigen Leistungserbringer vermittelt. Dabei greift das Modell unabhängig vom Ausgangspunkt, an dem der Patient „startet“ – ob über das ambulante vertragsärztliche System, über den stationären Zweig, über Beratungsstellen oder Krisendienste –, abhängig von dem regionalen Versorgungssystem und den Präferenzen des Patienten. Falls im Rahmen der Erstuntersuchung keine Diagnostik und Schweregradeinstufung geleistet werden kann, sieht das Modell eine Überweisung an spezialisierte Leistungserbringer wie Fachärzte und Psychotherapeuten im vertragsärztlichen System, in Kliniken, Ambulanzen etc. vor.

Die Bedarfsstufe wird im Verlauf der Behandlung regelmäßig neu bestimmt und das Behandlungsangebot entsprechend angepasst. Damit im Sinne der koordinierten Versorgung auf allen Ebenen ein angemessenes, leitliniengerechtes Behandlungsangebot für den Patienten sichergestellt ist, muss eine teamorientierte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Leistungsanbietern gewährleistet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sieht das DGPPN-Modell vor, dass in den Kommunen eine Stelle damit beauftragt wird, Informationen über regional vorhandene Strukturen und Angebote bereitzustellen und Leistungserbringer vor Ort miteinander zu vernetzen. Das können z. B. Psychiatrie-Koordinatoren oder der sozialpsychiatrische Dienst sein. Ihre Aufgabe wäre es auch, sektorenübergreifende Qualitätsstandards durch die Organisation von Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln sicherzustellen. Zentral für das Gelingen einer koordinierten und strukturierten Versorgung ist eine angemessene Vergütung der Koordinierungsleistungen.



Hilfe zum Leben statt Hilfe zum Sterben

Das Bundesverfassungsgericht hat das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig erklärt. Dabei betont es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben, welches auch die Freiheit umfasst, beim Suizid Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die DGPPN sieht das Urteil in seiner Konsequenz für Ärzte und Psychiater kritisch.

Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung wirft vielfältige ethische Probleme auf, auch sollten psychiatrische Gutachten niemals über Leben und Tod entscheiden. Eine Instrumentalisierung von Ärzten in diesen Fragen ist aus Sicht der Fachgesellschaft abzulehnen. Ärzte sind dem Erhalt des Lebens verpflichtet. Das im Februar von den Karlsruher Richtern des Bundesverfassungsgerichts gefällte Urteil wird nach Auffassung der DGPPN für Ärzte und Psychiater weitreichende Konsequenzen haben. Insbesondere Psychiatern droht in Fragen der Suizidbeihilfe aus Sicht der Fachgesellschaft eine neue Rolle zuzukommen. Als Gutachter werden sie absehbar darüber entscheiden müssen, inwieweit die Selbstbestimmungsfähigkeit und der freie, uneingeschränkte Wille eines Menschen in Hinblick auf seinen Sterbewunsch gegeben sind. Anders als Entscheidungen für das Leben ist eine entsprechende Begutachtung mit irreversiblen Folgen, nämlich dem Tod, verbunden. Diesen Rollenwechsel hält die DGPPN für inakzeptabel. Psychiater laufen Gefahr, in ihrer außerordentlichen Vertrauensposition gegenüber den Menschen als Fürsprecher oder Gegner ihres Sterbewunsches instrumentalisiert zu werden. Psychiatrische Expertise darf aus Sicht der DGPPN aber nicht für oder gegen das Leben entscheiden. Die Fachgesellschaft sieht deshalb den Gesetzgeber in der Pflicht, das Recht entsprechend umsichtig zu regulieren.

Suizide finden inmitten der Gesellschaft statt. Mit Sorge sieht die DGPPN die wachsende Tendenz zu immer mehr Individualismus und Selbstoptimierung in unserer Gesellschaft. Das Aufgeben von Bindungen und die Selbstbestimmung des Individuums werden als gesellschaftlicher Fortschritt verstanden, offenbaren aber auch eine Kehrseite. Die eigenen Grenzen zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen, fällt vielen immer schwerer. Werden Leistungs- und sozialer Druck, aber auch Alter und Krankheit von Ängsten und drohendem Kontrollverlust begleitet, nimmt nicht selten auch der Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende zu. Aus Sicht der Fachgesellschaft muss es hier ein Umdenken geben. Aufgabe und Ziel einer modernen, ethischen Werten verpflichteten Gesellschaft muss es sein, Menschen in psychischen Notlagen abzuholen und ihren Lebensmut zu stärken. Es liegt in der Verantwortung jedes Einzelnen, mit Achtung und Zuwendung auf alte, kranke und geschwächte Mitmenschen zuzugehen und Wege der Selbsthilfe zu ebneten.

Angesichts alarmierend hoher Suizidzahlen sollten Politik und Gesellschaft deshalb Hilfe zum Leben statt Hilfe zum Sterben anbieten. Aus psychiatrischer Sicht muss der Schwerpunkt auf Suizidprävention und dem Kampf um das Leben jedes einzelnen Menschen liegen. Mit ihren vielfältigen Therapien und Interventionsmöglichkeiten bieten Psychiatrie und Psychotherapie Hilfe zum selbstbestimmten Leben. Passgenaue Versorgungsangebote bereitzustellen sowie Rahmenbedingungen für ein würdevolles Lebensende zu schaffen, ist ebenfalls Hilfe zum Leben. Auch Wissen über psychische Erkrankungen zu verbreiten, Vorurteile abzubauen und ihrer Stigmatisierung entgegenzuwirken, kann dauerhaft dazu beitragen, die Suizidrate zu senken.



AKZEPTANZ MAL 150.000

Seit dem Start der „Initiative Grüne Schleife“ im Sommer 2019 wurden rund 150.000 Schleifen an Promis, NGOs, Firmen und Privatpersonen versendet. Eine überwältigende Resonanz! Schön, dass so viele Menschen ein Zeichen gegen die Stigmatisierung und für Akzeptanz setzen. Mit den Bestellungen erreichten uns auch unzählige positive und rührende Rückmeldungen. Dafür möchten wir uns bedanken!

#grueneschleife
www.grueneschleife.com

„Ich kämpfe in meinem Gesundheitsstudio, privat und auf meinem Instagram-Account für die Akzeptanz von psychischen Erkrankungen. Diese Aktion ist ganz toll und freut mich riesig. Ganz lieben Dank.“

Melanie H.

„Da meine 15-jährige Tochter leider schon selber spüren musste, wie es sich anfühlt, gemobbt zu werden, und ich seit 2007 in Behandlung bin, möchten meine Familie und ich gerne die Grüne Schleife tragen.“

Annika S.

„Ihre Aktion hat bei mir voll auf den Punkt getroffen! Über die Zusendung der Schleifen werden meine Kollegen und ich uns sehr freuen. Zum einen setzen sie ein Zeichen, aber durch das Tragen werden sicher viele gute Gespräche entstehen, die wiederum ‚Denkgrenzen‘ abbauen.“

Susanne W., Betriebliche Beraterin Sucht und Schwerbehindertenvertretung IKEA

” Meine Lebenspartnerin hat chronische Depressionen. Sie ist so eine starke Person, und ich habe den größten Respekt vor ihr und finde das mit der Schleife eine tolle Sache.“

Marcel P.

„Ist gerade ein großes Thema bei uns in der FW und dem DRK! Würde gerne meine Jugend damit ausstatten.“

Jessica V., Freiwillige Feuerwehr, DRK Bitz

Ich hätte gerne diese Schleifen für meine Präsentation in der Klasse. Das Thema wird lauten: „Depressive Stimmungen gehen jeden an.“

Carola S.

„Meine Praxis ist auf dem Land und ich erlebe es immer noch täglich, dass meine Patienten nur ‚heimlich‘ zur Therapie kommen. Ihre Aktion ist super!!!“

Tanja B., Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

” Am 29.09.2019 beging unser jüngster Sohn mit 23 Jahren Bahnsuizid an seinem Studienort. Wir sind sicher, dass zumindest eine Ursache für diese Selbsttötung eine unerkannte psychische Erkrankung war. Er hat sich bei niemandem Hilfe gesucht, sich niemandem anvertraut und war komplett einsam. Wir wünschen uns, dass man in der Gesellschaft und gerade auch an Universitäten sensibler wird für die seelischen Nöte gerade bei jungen Menschen, die noch dabei sind, ihre Identität zu finden bzw. aufzubauen. Danke für Ihre Arbeit, die hierzu einen wertvollen Beitrag leistet. Ich werde noch einmal 50 grüne Schleifen bestellen zu denen, die heute angekommen sind, und sie meinem Kollegium in die Fächer legen (ich bin Schulseelsorgerin in einem Gymnasium). Danke.“

Ulrike B.

■ Jetzt spenden!

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist auf Spenden und Förderbeiträge angewiesen. Das Spendenkonto wird von der DGPPN geführt, die die finanziellen Mittel treuhänderisch verwaltet.

Empfänger: DGPPN | Bank: Hypovereinsbank München
IBAN: DE58700202700000509511
BIC (SWIFT): HYVEDEMMXXX
Stichwort/Betreff: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

„Danke, danke für diese wundervolle Aktion der Solidarität für Menschlichkeit!“

Henriette H., ApK – Angehörige psychisch Kranker

Liebe
Magdalena,
ich habe
Depressionen.

Es gibt die einen und die anderen Tage. Die dunklen und die hellen. Wie fühlen sich Depressionen an? Die Gewinnerin des DGPPN-Medienpreises 2019 hat ihrer Tochter einen Brief geschrieben.


 DGPPN-
Medienpreis
2019

Du weißt nicht, was das heißt, weil Du sieben Jahre alt bist. Müsste ich es Dir erklären, würde ich wahrscheinlich etwas sagen wie: „Die Mama ist krank, und ihre Krankheit ist, dass sie nicht aufstehen kann, nichts machen kann und die ganze Zeit sehr, sehr traurig ist.“

Ich musste es Dir noch nie erklären, denn seitdem Du alt genug bist, um Fragen zu stellen, hatte ich keine akute depressive Phase. Du siehst, wie ich jeden Morgen gleichzeitig mit dem Kaffeepulver den hellgrünen Medikamentendispenser aus dem Schrank hole und zwei Tabletten nehme. Du hilfst mir auch manchmal, ihn wieder zu befüllen, drückst weiße Pillen (Antidepressiva) und braune Dragees (Eisen) aus den Blistern und sortierst sie, jeden Tag von jedem eins, Montag, Dienstag, Mittwoch. Seitdem Du in die Schule gehst, legst Du Wert darauf, dass die Reihenfolge stimmt. Dein Papa sieht nicht so gerne, dass ich Dich das machen lasse, er findet, Medikamente sind kein Kinderspielzeug. Wenn Du mich fragst, warum ich Tabletten nehme, ob ich krank bin, sage ich: „Ich nehme Medikamente, damit ich nicht krank werde.“ Das verstehst Du. Dein Opa, Deine Uroma, viele Erwachsene, die Du kennst, schlucken Medikamente. Blutdruck, Cholesterin, Wechseljahre. Es ist nichts Ungewöhnliches, jeden Morgen eine kleine, weiße Tablette einzuwerfen. Meine Antidepressiva brauchen – im Moment – noch keine besondere Erklärung.

2011 Die Tür fällt zu. Sie hat innen keine Klinke, ich komme jetzt nicht mehr raus zu Dir, Magdalena. Ich bin auf der „Krise“, einer halb geschlossenen Station in der Psychiatrie, einer Art Durchgangsstation für die, die woandershin sollen und auf einen Platz warten. Ich soll ins Haus 17, das ist die Frauenstation in diesem Krankenhaus, die auch – zu diesem Zeitpunkt als einzige Psychiatrie Bayerns – fünf Mutter-Kind-Plätze hat. Eigentlich bin ich nur hierherge-

kommen, um mich über diese Möglichkeit zu informieren. Es geht mir schon seit einer Weile nicht mehr gut. Ich weine viel, und wenn ich nicht weine, dann nur, weil mir selbst dafür die Kraft fehlt. Du bist gerade ein halbes Jahr alt. Als ich mit Dir schwanger war, habe ich 17 Kilo zugenommen, nach der Entbindung 30 ab. Ich kann nichts mehr essen, bin nicht in der Lage, irgendetwas herunterzuschlucken. Wenn ich doch etwas schlucke, muss ich mich ein paar Minuten später übergeben. Ich kaue minutenlang auf Essen herum, nur um es dann in ein Taschentuch zu würgen. Du kannst noch nicht so schnell robben, dass Du davon viel mitbekommen würdest. Bis Du im Bad ankommst, bin ich schon fertig mit Händewaschen. Mein Mann kocht mir Hühnersuppe. Mein Hausarzt legt mir Infusionen und deutet vorsichtig an, es könnte doch „was Psychisches“ sein. Daraufhin gehe ich nicht mehr zu ihm, sondern lieber zum Gastroenterologen, lasse eine Magenspiegelung machen und eine Darmspiegelung, alles in der Hoffnung, dass sie etwas finden, irgendwas, selbst Krebs wäre mir lieber als schon wieder „was Psychisches“. Ich bin schon mal in der Psychiatrie gewesen, habe auch schon häufiger Antidepressiva genommen und bin jetzt wütend auf all die Ärztinnen und Ärzte, die das in meiner Akte sehen und mit besorgter Stimme fragen: „Wie geht es Ihnen, Frau Vorsamer?“ Was ich höre ist: „Sie hatten schon mal Depressionen, Ihre Symptome nehme ich daher nicht ernst.“ Ich selbst will nicht sehen, dass es tatsächlich wieder „was Psychisches“ ist.

Die Schwangerschaft mit Dir war schön, die Geburt unproblematisch – und dass ich jetzt, ein halbes Jahr später, so kraftlos bin und so müde, dass ich mich so überfordert fühle und so viel weinen muss, das ist doch ganz normal. Oder nicht? Bücher über die Einsamkeit und Traurigkeit junger Mütter füllen Bibliotheken, beim Stilltreff und beim Babyschwimmen sind auch die anderen Frauen am Heulen und Jammern. Ist es bei mir wirklich anders, wirklich schlimmer? Ich weigere mich, das einzusehen. Die Oberärztin

der Mutter-Kind-Station sieht es sofort. Sie hat zwar keinen Platz mehr frei, will mich aber keinesfalls wieder nach Hause fahren lassen. Kleidung soll mein Mann bringen, die Oma das Baby mitnehmen, sie reserviert mir einen Platz in der Krisenstation. Einmal dort, darf ich nicht mehr raus. Selbst als die Oma mich bittet, doch noch mal kurz mit zum Auto zu kommen, weil sie nicht weiß, wie man den Maxi-Cosi befestigt, sagen die Pfleger: nein. Wie Ihr nach Hause gekommen seid, Oma und Du, weiß ich nicht mehr. Auf dem Stationsflur steht ein Wagen mit übrig gebliebenem Mittagessen, es gab Apfelstrudel. Ich esse drei Portionen.

Ich bleibe eine Woche auf der Krisenstation, Du wirst in dieser Zeit zwischen Papa, Omas und Opas hin- und hergereicht. Dann wird ein Mutter-Kind-Platz frei, und wir ziehen zusammen ins Haus 17. Dort wohnen 35 psychisch kranke Frauen, davon fünf Mütter mit ihren Kindern. Sieben Kinder sind derzeit da, Du bist die Kleinste. Und die Fröhlichste. Meine Depressionen und das ständige Hin und Her zwischen Papa, Oma und Klinik scheinen Dir nichts auszumachen. Du lässt Dich abstillen, akzeptierst klaglos Flasche und Brei und bleibst ohne Probleme in der Kinderbetreuung der Klinik. Nebenbei lernst Du sitzen, krabbeln und durchschlafen. Du bist ein Bilderbuchbaby. Ich bin die unfähigste Mutter der Welt. Ich will nicht mehr leben, nicht einmal für Dich, und jedes Mal, wenn ich das sage, geben mir die Krankenschwestern ein Beruhigungsmittel, das den Schmerz, die Angst und den Selbsthass innerhalb von Minuten aus meiner Brust kärchert. Diese starke Wirkung macht mir nur noch mehr Angst.

Weißt Du, wie es sich anfühlt, depressiv zu sein? Ich hoffe nicht, und ich hoffe, Du wirst es auch nie erfahren. Sehr traurig, habe ich vorhin geschrieben. Das trifft es eigentlich nicht ganz. So würde ich es einer Siebenjährigen erklären, die hoffentlich nicht weiß, was es bedeutet, suizidal zu sein. Wer traurig ist, zum Beispiel weil die Oma oder das geliebte Meerschweinchen verstorben sind, der fühlt etwas, einen ganz, ganz starken Schmerz in der Brust zum Beispiel. Wenn ich depressiv bin, fühle ich mich zwar so ähnlich. Ich bin mir aber gleichzeitig sicher, dass dieser Schmerz nie mehr weggehen wird und dass ich dieses Gefühl verdient habe. Das ist kaum auszuhalten, weswegen meine Seele zwischendurch immer wieder ganz zumacht. Dann fühle ich diesen Schmerz nicht mehr. Aber auch sonst nichts mehr. Als wäre ich innen drin schon tot, so tot, wie ich es, wenn ich mir erlaube, etwas zu fühlen, wirklich sein will. Die Ärzte sind auf der Suche nach einer Langfristmedikation, die für

mich wirkt. Es sind Tabletten darunter, die meinen Kiefer lähmen, bei anderen wird mir schwindlig oder ich muss brechen. Zwischendurch mache ich wieder einen Ausflug auf „die Krise“ und Du zur Oma, weil meine Todessehnsucht und ich an den S-Bahn-Gleisen spazieren waren. Wenn die so etwas mitbekommen in der Psychiatrie, machen sie gleich wieder die Tür zu. Die ohne Klinke.

Vielleicht muss ich an dieser Stelle etwas erklären, damit Du Dir eine Psychiatrie nicht wie ein Gefängnis vorstellst. Das tun auch viele Erwachsene, aber es ist falsch. Es stimmt zwar, dass Patienten aus der geschlossenen Station nicht einfach herausspazieren dürfen. Doch die Tür ist zu ihrem eigenen Schutz zu, und die meisten von ihnen haben sich freiwillig für eine Behandlung dort entschieden, genau wie ich. Genauso freiwillig dürfen sie sie jederzeit wieder abbrechen. Natürlich würden dann alle Ärzte vehement protestieren und vielleicht sogar so etwas wie „Ich lasse Sie nicht gehen!“ sagen. Aber einem Patienten, der eine lebensrettende Operation ablehnt oder eine Chemotherapie abbrechen will, würden sie das auch sagen. Am Ende entscheidet man immer selbst, welche Medikamente und Therapien man annimmt und welche nicht – auch in der Psychiatrie.

1997

Ich bin 16 und ich fahre mit dem Fahrrad an den S-Bahn-Gleisen entlang. Ich stelle mir vor, wie es wäre, mich umzubringen. Ich will nicht mehr leben, denke ich. Heute weiß ich, das heißt eigentlich: So will ich nicht mehr leben.

Wenn ich erzähle, dass ich Depressionen habe, fragen mich viele, seit wann. Ich könnte darauf antworten: erste Diagnose 2005, zum ersten Mal Medikamente genommen und zu einer Therapeutin gegangen 2006. Ich könnte aber auch sagen: schon immer. Das Gefühl, wertlos zu sein und nicht mehr leben zu wollen, kenne ich schon aus meiner Kindheit. Ich war ein ruhiges, melancholisches Kind, das sich nicht besonders gern hatte. Liebe Magdalena, Du bist mir nicht ähnlich, und darüber freue ich mich jeden Tag. Du lässt mit deiner Wut die Wände wackeln, und wenn Du fröhlich bist, bringst Du alle um Dich herum zum Strahlen. Das ist natürlich keine Garantie dafür, dass Dir Depressionen erspart bleiben. Ich bin depressiv, Dein Opa ist depressiv, und es ist erwiesen, dass psychische Krankheiten erblich sind. Ich habe aber eine gute Nachricht für Dich: Mein Leben ist schön. Trotzdem.

Ich bin depressiv,
 Dein Opa ist
 depressiv, und
 psychische
 Krankheiten sind
 erblich. Ich habe
 aber eine gute
 Nachricht für
 Dich: Mein Leben
 ist schön.
 Trotzdem.

2009 Meine Depression sitzt mitten auf der Brust, da wo Kinder das Herz hinmalen, wo es aber eigentlich nicht ist. 2009 habe ich noch keine Kinder, aber ich habe einen Elefanten. Er sitzt auf mir. Wenn ich aufwache, meistens sehr früh, lange vor dem Weckerklingeln, bleibe ich liegen. Ich kann ja nicht aufstehen, der Elefant ist sehr schwer, außerdem muss ich noch nicht aufstehen. Ich habe Zeit, im Dunkeln zu liegen, den Schmerz genau zu spüren und darüber nachzudenken, wie schwierig alles ist, wie sinnlos das Leben und wie wertlos ich selbst bin. Ich bewege mich nicht, meine Kraft reicht nicht einmal dafür, mich auf die andere Seite zu drehen. Wenn der Wecker klingelt, bin ich schon zwei Stunden wach (oder drei oder vier), aber ich stehe nicht auf. Ich finde Gründe, warum ich noch Zeit habe. Erst vorgestern Haare gewaschen, geht schon noch. Frühstück? Eh kein Hunger. Was anziehen? Aber was? Hilfe, eine Entscheidung. Entscheidungen sind am schlimmsten, nichts ist schwieriger für mich, wenn ich gerade in einer tiefen Depression stecke. Manchmal überfordert mich die Entscheidung für eine Hose dermaßen, dass ich mich krankmelde und den ganzen Tag über den Tod nachdenke. Öfter schaffe ich es in letzter Minute, doch noch aufzustehen, irgendetwas anzuziehen und in die Arbeit zu fahren. Dort funktioniere ich dann vor mich hin und weine auf dem Klo. Ich melde mich für die dämlichsten Aufgaben freiwillig, denn alles, wofür man Kreativität braucht, überfordert mich. Abends geht es mir dann besser. Ich habe den Tag überlebt. War doch gar nicht so schlimm, denke ich, ich bin doch gar nicht krank, hatte nur einen schlechten Tag. Doch am nächsten Morgen wache ich um 4.30 Uhr auf, und ein Elefant sitzt auf meiner Brust.

Am Samstagvormittag stehe ich im Drogeriemarkt und bin den Tränen nahe. Mein Shampoo ist leer, schon seit Tagen, deswegen bin ich trotz der tonnenschweren Gewichte an meinen Füßen die 200 Meter zum nächsten Drogeriemarkt gegangen. Alle zehn Meter überlege ich, ob ich es wohl schaffe oder nicht doch lieber umkehre und mich wieder ins Bett lege. Ich schaffe es – und jetzt stehe ich vor einem vier Meter langen Shampooregal. Es gibt mindestens 100, ach, 200 verschiedene Flaschen. Für sprödes Haar, für glanzloses Haar, für trockenes Haar. Naturkosmetik, herkömmliche Kosmetik, Markenprodukte. Eine Flasche für 99 Cent oder eine für 11,99 Euro. Eigentlich ist es scheißegal, aber gerade deshalb kann ich mich nicht entscheiden. Ich gehe wieder nach Hause und ziehe mir die Bettdecke über die ungewaschenen Haare. Wer so drauf ist, kann kein Kind

kriegen, denke ich. Damit ich nicht so drauf bin, nehme ich Antidepressiva und gehe dreimal die Woche zur Therapie. Ich bin 28 Jahre alt und suche so verzweifelt nach Heilung, dass ich auch einer Schamanin, diversen Heilpraktikerinnen, Homöopathinnen und einem Akupunkteur viel Geld bezahle. Denn wenn ich gerade nicht tief in der Depression stecke, will ich was vom Leben. Ich mag meinen Beruf, will damit auch etwas erreichen, und ich liebe meinen Freund und will eigentlich Kinder. Doch bevor das alles geht, will ich „das mit der Depression in den Griff kriegen“ – und damit meine ich, dass ich ohne Medikamente und Therapie funktionieren soll.

Es ist mein Freund, der mir die entscheidende Frage stellt: „Was ist, wenn das nie richtig gut wird? Willst du dann keine Kinder bekommen?“ Diese Möglichkeit habe ich bis dahin nie in Erwägung gezogen.

Ich gehe in die Therapie wie ein Auto in die Werkstatt: Ich will wieder flottgemacht werden und dann auf denselben Straßen wie vorher herumfahren. Auf der Frage denke ich ein paar Monate herum. Dass ich Kinder will, da bin ich sicher. Doch ich habe Angst. Was machen wir, wenn ich in eine Depression abrutsche? „Ich bin doch auch noch da“, sagt mein Freund. Ich frage meinen Psychiater und meine Frauenärztin, ob irgendetwas gegen eine Schwangerschaft spricht. Beide sagen Nein. Zwei Wochen später bin ich schwanger und setze alle Medikamente ab. „Die meisten depressiven Frauen kommen super ohne Psychopharmaka durch Schwangerschaft und Stillzeit“, behauptet meine Gynäkologin, und mein Psychiater glaubt, es gebe ohnehin keine Medikamente, die ich in dieser Zeit nehmen dürfe.

2011 Er ist es auch, der eineinhalb Jahre später von mir verlangt, sofort abzustillen, damit ich meine alten Antidepressiva wieder nehmen kann. Ich trinke literweise Salbeitee, binde meine Brüste ab und pumpe Milch, um sie in den Abfluss zu gießen. Dabei bekomme ich eine schwere Brustentzündung. Ich mache Dir, liebe Magdalena, Pulvermilchfläschchen und heule. Doch die Hormonumstellung durch das abrupte Abstillen macht alles nur noch schlimmer, die Medikamente haben nicht die geringste Chance gegen die Depression. Es geht mir schlechter als jemals zuvor. Der einzige Grund aufzustehen bist Du, Magdalena. Ich kann zwar nichts mehr essen, aber Dir einen Brei zu kochen, kriege ich hin. Ich wechsle Dir auch die Windeln, bade, trage,

schiebe Dich und ich spiele mit Dir – beziehungsweise ich lege mich auf den Boden, während Du spielst. Dabei grüble ich darüber nach, wie ich es nur wagen konnte, Mutter zu werden. Was für eine Hybris! Ich hatte doch vorher gewusst, wie es mir manchmal geht. Ich werfe mir vor, dass ich Dich bekommen habe – und gleichzeitig liebe ich Dich mehr als alles andere auf der Welt. Ein schwer aushaltbares Gefühlskuddelmuddel, für Dich und für mich, aber Du funktionierst trotzdem wie ein kleines Uhrwerk. Das ist ziemlich typisch für Kinder von psychisch kranken Eltern. Wahrscheinlich spürst Du sehr genau, wie viel ich gerade aushalten kann, und 2011 ist das so gut wie gar nichts.

Heute bin ich ziemlich stabil – und Du manchmal schwierig. Du bist fordernd und launisch und lässt deine Gefühle an mir aus. Vielleicht ist das ganz normal für eine Siebenjährige. Vielleicht holst Du Dir hier aber auch noch etwas, das Dir in deinem ersten Lebensjahr gefehlt hat.

Nach der Entlassung aus der Mutter-Kind-Klinik suche ich mir eine neue Psychiaterin, diesmal eine, die sich auskennt mit Schwangerschaft und Stillzeit. Sie ist die Erste, die bezüglich der Medikamente ehrlich zu mir ist. Bisher habe ich nie länger als ein Dreivierteljahr am Stück Tabletten genommen. Sie sagt: „Über das Absetzen sprechen wir frühestens in drei Jahren.“ Ich beweine mein zweites Kind, von dem ich jetzt glaube, dass ich es nie bekommen kann. So schrecklich, wie das alles gelaufen ist, wäre es doch unverantwortlich, noch mal schwanger zu werden? Es gibt Selbsthilfegruppen von Frauen mit postpartalen Depressionen. Ich gehe nur einmal hin, frage aber alle, die da sind, ob ich ein zweites Kind bekommen darf. Sie sagen Ja, raten mir aber zu einem möglichst großen Altersabstand. Als die meisten meiner Mütterfreundinnen also nach eineinhalb Jahren wieder schwanger werden, mache ich nicht mit. Erst als Du drei Jahre alt bist, schon aufs Klo und in den Kindergarten gehst, denken wir über ein zweites Kind nach.

2014 Antidepressiva, die offiziell für Schwangere zugelassen sind, gibt es nicht. Doch seit Jahrzehnten sammeln Ärzte Daten über Schwangerschaften, bei denen die Mütter doch Medikamente genommen haben, weswegen man ganz gut weiß, welche Präparate mehr und welche weniger riskant sind. Es ist eine Abwägung: Alles abzusetzen, ist schließlich auch nicht ganz ungefährlich, das haben wir beide ja erlebt. Meine Psychiaterin entscheidet daher,

dass ich ein altbekanntes, lang erprobtes Antidepressivum nehmen soll, und zwar durch die ganze Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit hindurch. Abgesehen von hochgezogenen Augenbrauen und kritischen Nachfragen, wenn ich mal wieder „100 Milligramm S. täglich“ in irgendeinen Anamnesebogen schreibe – „Aber Sie sind doch schwanger!“ – verläuft alles absolut problemlos.

2018 Deinem kleinen Bruder bleibt der holprige Start, den wir zusammen hatten, erspart. Und manchmal frage ich mich, ob er gerade deswegen relativ entspannt durchs Leben geht, während Du so oft nicht weißt, wohin mit Deinen Gefühlen. Du bist ein explosives Emotionsbündel, das nicht gut mit Trennung oder unvorhergesehenen Ereignissen umgehen kann. Liegt das an unserem ersten Jahr? Oder seid Ihr einfach unterschiedlich – wie eben die meisten Geschwister?

Heute bist Du sieben Jahre alt, Dein kleiner Bruder ist drei, und ich bin 37. Seit fast sieben Jahren nehme ich jetzt durchgehend Medikamente, on-and-off seit 2005. Ich habe elf Jahre Psychotherapie hinter mir. Wenn mir damals jemand gesagt hätte, wie lange das alles dauert, wäre ich vielleicht gleich von der Brücke gesprungen. Damals habe ich in einer Stadt ohne S-Bahn-Gleise gewohnt, dafür aber mit einem großen Fluss und vielen Brücken. Suizidgedanken sind anpassungsfähig.

Inzwischen denke ich nicht mehr oft, dass Sterben besser wäre als Leben. Manchmal schon, und dann tut es weh wie eh und je. Doch ich versuche, das Gefühl wie eine Gewitterwolke vorbeiziehen zu lassen. Es kommt, es geht, und wenn es da ist, sage ich mir mantraartig: Das ist nicht echt. Ich habe eine Krankheit, und die Lebensmüdigkeit ist ein Symptom. Es hat nichts damit zu tun, was ich wirklich will.

Autorin

Barbara Vorsamer

Gekürzter Nachdruck aus dem Magazin
„Süddeutsche Zeitung Familie“ 08/2018

© Süddeutsche Zeitung GmbH, München.
Mit freundlicher Genehmigung von
Süddeutsche Zeitung Content.

Inzwischen denke
ich nicht mehr
oft, dass Sterben
besser wäre
als Leben. Das
Gefühl kommt, es
geht, und wenn es
da ist, sage ich
mir mantraartig:
Das ist nicht
echt. Ich habe
eine Krankheit.

merk-würdig

Psyche im Fokus präsentiert Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben.



Auf den Hund gekommen

Eine familiäre Häufung bei Schizophrenien kann auf genetische Ursachen aber auch auf Umwelteinflüsse zurückgeführt werden. Eine aktuelle Kohortenstudie hat nun einen Zusammenhang zwischen frühem Hundekontakt im Haushalt und dem Schizophrenierisiko festgestellt. Dabei wurden fast 1400 Probanden befragt, von denen knapp 400 an einer Schizophrenie litten. Man fand heraus, dass Personen, die vor dem 13. Lebensjahr Hunde im Haushalt hatten, bis zu 25 Prozent seltener an Schizophrenie erkrankten. Eine vermutete Erklärung ist eine günstigere Gehirnentwicklung aufgrund der Abwesenheit von Allergien. Alternativ könnte der Zusammenhang zwischen Haustierbesitz, besserem sozioökonomischen Status und Naturnähe eine Erklärung darstellen.

Quelle: Yolken R et al. (2019) Exposure to household pet cats and dogs in childhood and risk of subsequent diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder. PLoS ONE 14(12):e0225320



Übertriebener Sportsgeist

Menschen mit Essstörungen treiben häufig exzessiv Sport. Mittels speziell konfigurierter Smartphone-Tagebücher wurden die psychologischen Ursachen für diesen Zusammenhang untersucht. Die Forscher ermittelten, wann die Probanden besonders stark sportlich aktiv waren. Verglichen wurden 30 Frauen mit Essstörungen mit einer ähnlich großen Kontrollgruppe. Die Stimmung bei Patienten mit Essstörungen war vor dem Sport schlecht; Gesunde hingegen trieben Sport eher dann, wenn sie sich besonders gut fühlten. Sport wirkt unmittelbar und lediglich kurzzeitig positiv auf die Stimmung und die Körperwahrnehmung. Dies erklärt den Drang, vermehrt Sport zu treiben, bei gleichzeitigem Fehlen von Alternativen zur Stärkung der Selbstwahrnehmung. Die Erkenntnisse können Impulse für neue Therapieoptionen liefern.

Quelle: Reichert M et al. (2019) Mood and Dysfunctional Cognitions Constitute Within-Subject Antecedents and Consequences of Exercise in Eating Disorders. Psychother Psychosom doi:10.1159/000504061



Licht ins Dunkel gebracht

Menschen mit Alzheimer leiden häufig an Schlafstörungen und nächtlicher Unruhe mit einem verstärkten Bewegungsdrang. Der Schlafmangel kann bestehende Krankheitssymptome verstärken. Eine Ursache für den gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus wird darin gesehen, dass Alzheimerpatienten selten das Haus verlassen und weniger Tageslicht sehen. Hinzu kommt die oft unzureichende Beleuchtung in Pflegeeinrichtungen. In einer Studie wurden mehrere Pflegeheime mit einem speziellen Licht ausgestattet, welches die Produktion des Schlafhormons Melatonin unterdrückte. Bezogen auf Schlafstörungen und depressive Symptome konnten signifikante Verbesserungen festgestellt werden, und auch das Ausmaß der Agitiertheit verringerte sich.

Quelle: Figueiro MG et al. (2019) Effects of a tailored lighting intervention on sleep quality, rest-activity, mood, and behavior in older adults with Alzheimer disease and related dementias: a randomized clinical trial. *J Clin Sleep Med* 15(12):1757–1767



Kein Höhenflug mit Cannabis

Eine aktuelle Metaanalyse relativiert die mit dem Einsatz von Cannabispräparaten verbundenen Erwartungen. Dabei wurden über 80 Studien mit 3000 Personen zur Behandlung von Depressionen, Angst, PTBS und Psychosen eingeschlossen, nur etwa die Hälfte davon entsprachen dem Goldstandard RCT. Die Analyse ergab einen kleinen Nutzen von Cannabis für Patienten mit Angstsymptomen bei nicht krebsbedingten Schmerzen und Multipler Sklerose. Dahingegen fanden sich in vielen Untersuchungen Hinweise auf Schädigungen z. B. hinsichtlich einer Verstärkung von Krankheitssymptomen. Hinzu kommt eine erhöhte Abhängigkeitsgefahr bei dauerhaftem Konsum, insbesondere bei jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen.

Quelle: Black N et al. (2019) Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* Vol. 6(12):995–1010

Unter vier Augen

Jan Reuter wusste schon zu Beginn seines Medizinstudiums, dass er sich in humanitären Projekten engagieren möchte. Mit DGPPN-Präsident Andreas Heinz, der unter anderem ein Projekt in Mali geleitet hat, sprach der vielgereiste Psychiater über seine Arbeit in Simbabwe, die Herausforderungen vor Ort und darüber, wie Zahnbürsten sich auf eine Therapie auswirken.



Anderswo in Afrika

Heinz: Herr Reuter, Sie waren 2014 für *Ärzte ohne Grenzen* in Simbabwe. Wie sind Sie damals auf die Idee gekommen? Was hat Sie an solch einem Einsatz interessiert?

Reuter: Meine Motivation entwickelte sich, als ich Medizinstudent am *UKE* in Hamburg war und die Idee hatte, *Ärzte ohne Grenzen* an die Uni einzuladen, damit sie den Studenten etwas über ihre Arbeit erzählen. Ihre Schilderungen haben uns alle sehr berührt. Die Berichte sind mir bis heute in guter Erinnerung. Da *Ärzte ohne Grenzen* aber für ihre Missionen meistens Fachärzte braucht und keine Anfänger, zählte ich die Jahre bis ich so weit sein würde, um mich dann sofort zu bewerben.

Heinz: Wie kann man sich das praktisch vorstellen? Wird man dann freigestellt?

Reuter: Zunächst muss man sich bewerben und einen Kurs absolvieren. Wird man genommen, ist man in einem Pool und wird dann relativ kurzfristig abberufen. Im besten Falle trägt der Arbeitgeber das mit. In meiner Situation war es hilfreich, dass ich Honorararzt war. Meine Chefin hat mich damals sehr unterstützt. Ich wurde von einem Tag auf den

anderen freigestellt und konnte ins Flugzeug steigen. Diese Erfahrung mache ich aber eigentlich immer. Wenn es um humanitäre Arbeit geht, gibt es viel Unterstützung.

Heinz: Wie war die Arbeit vor Ort? Was können Sie von Ihrer Erfahrung erzählen?

Reuter: Ich habe in Harare in der Forensik gearbeitet. Der Unterschied zu einem herkömmlichen Gefängnis war nicht besonders groß. Dass in Simbabwe damals eine Diktatur und große wirtschaftliche Probleme herrschten, war deutlich zu spüren. Es gab keinen einzigen Arzt für die Inhaftierten. *Ärzte ohne Grenzen* war im Zuge eines Choleraausbruchs ins Land gekommen. Als die Cholera eingedämmt war, fiel auf, dass es im Gefängnis keinen Psychiater gab. Ein Jahr vor meiner Ankunft fing man an, die erste Psychiatriestelle einzurichten. Die Arbeitsbedingungen waren schwierig. Ich war der einzige ärztliche Ansprechpartner. Auch ein Labor hatten wir nicht. Manchmal fehlte auch der Schlüssel zum Medikamentenschrank, dann konnten wir keine Medikamente ausgeben. Wenn man sich vor Augen führt, dass es oft kein Trinkwasser gab, um die Medikamente runterzuschlucken, dann wird klar: Die generelle

Versorgungssituation war schwierig. Hinzu kamen die hygienischen Verhältnisse. Zum Beispiel konnten Flöhe die psychotherapeutische Arbeit massiv erschweren. Ich habe dann eine Mischung aus somatischer Grundversorgung und Psychotherapie gemacht, also Zahnbürsten verschenkt oder Betten abgesprüht, um die Flöhe abzutöten. Es ist nämlich einigermaßen schwierig mit jemandem über ein Trauma zu reden, wenn er gleichzeitig von Juckreiz oder großen Zahnschmerzen geplagt wird. Meine Vorgängerin hatte überhaupt erst einmal Kleidung angeschafft, davor waren die Menschen nackt. Das heißt, bevor wir überhaupt psychotherapeutisch arbeiten konnten, ging es zunächst darum, somatische, hygienische und menschliche Not zu lindern. Das hat nach ein paar Monaten ganz gut geklappt. Ich musste erst einmal ein Gleichgewicht finden.

„Es ist schwierig mit Zahnschmerzen über ein Trauma zu reden.“

Jan Reuter



Heinz: Eine Diktatur ist natürlich mit besonderen Arbeitsbedingungen verbunden ...

Reuter: Ja, und Forensik ist ja auch politisch. Dort wo ich gearbeitet habe, gab es keine politischen Gefangenen, obwohl es die im Land ja durchaus gibt. Trotzdem habe ich leider erleben müssen, dass Häftlinge nebenan geschrien haben, weil ihnen die Fußsohlen gepeitscht wurden. Das war sehr belastend. Eine andere Sache war, dass Regeln ohne „Wenn“ und „Aber“ eingehalten werden mussten. Das bedeutete zum Beispiel, dass die Zellentüren nachts verschlossen blieben. Die Wärter haben auch nicht aufgemacht, wenn

jemand in Not gerufen hat. Während meiner Zeit dort sind nachts zwei Patienten gestorben. Wir haben dann im Team – zwei Psychologen, drei Pflegekräfte und eine Ergotherapeutin – diese Todesfälle mit den Patienten aufgearbeitet. Die Bilder, die die Patienten gemalt haben, habe ich heute noch vor Augen. Es verlangt eine gewisse Robustheit und Anpassungsfähigkeit von einem, als Psychiater und Psychotherapeut sozusagen gegen die „Nebeneffekte“ eines solchen politischen Systems zu arbeiten. Auch wenn es schwierig ist, muss man die Dinge hinnehmen. Aber natürlich gibt es auch Erfolgserlebnisse, selbst wenn es sich manchmal nur um kleine Sachen handelt. Ich glaube, jeder Patient besitzt jetzt zum Beispiel eine Zahnbürste und weiß, wie man Zahnseide benutzt.

Heinz: Psychische Erkrankungen sind ja auch in Afrika oftmals mit einem Stigma behaftet. Wie war es dort um die Akzeptanz Ihrer Arbeit als Psychiater bestellt?

Reuter: Ein guter Punkt. Ich dachte, ich komme an und alle sind dankbar – aber nein. Ich habe in insgesamt drei Institutionen gearbeitet, bis ich im dortigen Mental-Health-Kontext aufgenommen war und die strengen Formalitäten der Ärztekammer in Simbabwe erfüllt hatte. So musste ich beweisen, dass ich tatsächlich approbierter Arzt bin und war dazu in einer Uniklinik, wo ich nicht reden durfte.

Heinz: Sondern?

Reuter: Zuhören. Ich musste hospitieren und durfte nicht negativ auffallen. Dann ging es weiter von der Uniklinik in eine normale Klinik, in die geschlossene Abteilung, die sehr patriarchalisch geführt wurde. In diesem Rahmen gab es das Thema Stigma erst mal gar nicht. Denn in Simbabwe wird vor allem der Ordnungsauftrag an die Psychiatrie betont. Das heißt, dass vor allem manische, psychotische oder sonstige impulsive Störungen im Vordergrund stehen und weniger Depression oder Angststörungen. Im dortigen System geht es darum, Patienten zu reglementieren – zusammen mit ihren Familien, die immer sehr involviert sind.

Heinz: Konnten die Familien im Krankenhaus untergebracht werden oder mussten sie sich woanders einmieten? In Mali habe ich die Erfahrung gemacht, dass Familien dort eine Art Dorf auf dem Klinikgelände einrichteten, was als sehr progressiv galt. Somit waren sie nicht voneinander getrennt, sondern konnten füreinander und den Patienten kochen, sich autonom versorgen und umeinander kümmern.

Es gab einen zentralen, offenen „Meeting-Room“, wo die Familie regelmäßig zusammenkam und mit dem Patienten und dem Arzt diskutierte. Das waren manchmal bis zu 20 Leute. Privatheit gab es gar nicht. War das in Simbabwe auch so?



Reuter: Nein, solche Familienansammlungen auf einem Krankenhausgelände gab es nicht. Harare ist dafür viel zu großstädtisch und die Klinik erstreckte sich über verschiedene Gebäude. In der Forensik, erinnere ich mich, haben wir das Thema, dass viele Familien so weit weg wohnten, dass sie ihre Angehörigen nicht besuchen und entsprechend auch nicht versorgen konnten, oft diskutiert.

Heinz: Da sind wir gleich beim Thema „Unterschiede“. Wie würden Sie diesen Aspekt beurteilen?

Reuter: Ökonomische Bedingungen sind so viel entscheidender, dass das Kulturelle fast untergeht. Wenn es keine Zahnversorgung und kein Wasser gibt, dann ist Kultur fast zweitrangig. Das wird immer evidenter, umso länger man psychotherapeutisch dort tätig ist. Kulturelle Unterschiede spielen oft nur eine Nebenrolle. Zum Teil dauert es sogar eine Weile, bis sie einem auffallen, weil vieles ganz subtil ist. Als Psychiater ist es ja auch ein Stück weit unsere Aufgabe, mit Fremdheit und fremden Welten umzugehen – unabhängig von Nationalitäten und Kulturen. Auch ein deutscher Patient mit einer Psychose wird uns vielleicht erst einmal fremd vorkommen.

Heinz: Ich sehe das ganz ähnlich. Es gibt zum einen natürlich sprachliche Barrieren. Als ich in Mali war, konnte ich vieles nicht verstehen, weil dort Französisch oder Bambara gesprochen wird. Da geht immer etwas verloren. Aber

auch traditionelle Besonderheiten können Einfluss auf das Therapiegespräch nehmen. So erlebte ich in Mali eine marokkanische Patientin, mit der ich – wie immer in größerer Runde – ein Interview führte. Da sagte sie plötzlich: „Ich sehe alles weiß.“ Ich konnte zunächst nicht verstehen, was sie meinte, und bezog es auf mich, da ich der einzige Weiße dort war. Aber dann stellte sich heraus, dass sie alles weiß sah, seit ihr Freund sich von ihr getrennt hatte. Weiß assoziieren die Menschen dort mit dem Tod. In solchen Situationen ist es hilfreich, Menschen an der Seite zu haben, die übersetzen und einen unterstützen, auch wenn es eine Weile dauert, bis man versteht, um was es gerade geht. Das meiste, so mein Eindruck, erschließt sich einem über Nachfragen.

„Es gibt natürlich sprachliche Barrieren. Da geht immer etwas verloren.“

Andreas Heinz

Reuter: Genau, es geht um Sensibilität, um das Sich-Einlassen und um Offenheit. Da hilft es einem sehr, wie ein Kind alles zu erfragen, was man nicht versteht. Mir hat in solchen Situationen der systemische Ansatz sehr geholfen, um Impulse und Energie abzugeben und zum Nachdenken anzuregen. Bei einigen Themen ist es allerdings wichtig, gewisse Kenntnisse zu haben. In Simbabwe gibt es beispielsweise zwei große Völker. Zu wissen, wer zu welchem gehört, erleichtert den Zugang zum Patienten, weil beide schlicht in Spannung zueinanderstehen. Für die Verständigung miteinander ist es im Großen und Ganzen entscheidender, ein gutes Menschengefühl zu haben. Bei genderspezifischen Themen oder wenn es um Sexualität oder häusliche Gewalt geht, haben wir oft auch darauf geachtet, dass Frauen mit Frauen und Männer mit Männern sprechen.

Heinz: Wenn ich Ihren Erzählungen so folge, habe ich den Eindruck, Sie waren nicht nur in der Notfallversorgung tätig, sondern richtig integriert in die Behandlung vor Ort. Meines Wissens sind *Ärzte ohne Grenzen* ja hauptsächlich auf die Notfallversorgung z. B. bei Epidemien oder Naturkatastrophen spezialisiert. Wer hat Sie denn dann ersetzt, als Sie gegangen sind?

Reuter: Das ist eine gute Frage. Mein Beitrag bestand wohl eher in der Notfallversorgung des Systems als einer Notfallversorgung der Patienten (lacht). Wie und wann man

ein Land wieder verlässt und ein Projekt abschließt, ist sehr wichtig. Weil es das erste längerfristige Projekt war, welches sich ausschließlich auf psychische Gesundheit bezogen hat, hieß es, als ich gegangen bin: „Wir wollen dieses Projekt auch deswegen weitermachen.“ Für die kaum existierende psychiatrische Versorgung konnten wir nur exemplarisch einen kleinen Teil beitragen. Die Erfahrungen wurden jedoch beiderseits positiv bewertet und boten eine Grundlage, auf der aufgebaut werden konnte.



Heinz: Wie ist es denn möglich, sich längerfristig in dem Bereich zu engagieren?

Reuter: Ich finde es ganz wichtig, sein Engagement in der Heimat fortzusetzen. Auch hier muss man schauen, was man tun kann. Zum Beispiel, sein Wissen als Supervisor weitergeben. Man muss aber auch ganz vorsichtig mit längerfristigem Engagement sein, sonst ist es keine Hilfe zur Selbsthilfe. Ich bin z. B. über Skype zweimal pro Monat in Kabul und supervidiere. Das ist super!

Heinz: Was bedeutet das für Ihre Arbeit als Psychiater hier in Deutschland? Viele Menschen, die hier ankommen, stammen auch aus afrikanischen Ländern. Helfen Ihnen da Ihre Erfahrungen?

Reuter: Mir helfen meine Erfahrungen sehr. Angefangen beim Händeschütteln, das in vielen afrikanischen Ländern deutlich länger dauert, als wir es kennen. Aber auch für mich ganz persönlich. Ich habe gelernt, zu improvisieren und einfach ohne Scheu eine Aufgabe anzupacken und Lösungen zu finden. Ich glaube, dass mich jede Auslands-erfahrung noch ein bisschen pragmatischer und kreativer gemacht hat.

Heinz: Was denken Sie: Sollte dieses interkulturelle Wissen in die Medizinausbildung, ins Studium oder in die Weiterbildung einfließen?

Reuter: Persönliche, praktische Erfahrungen sind immer bereichernd. Ich habe meine Famulaturen, mein Praktisches Jahr und auch ein Semester in „schwierigen“ Ländern gemacht. Das war für mich wertvoller, als es auf dem Papier zu lernen. Angehende Mediziner sollten schon im Studium stärker gefördert werden, ins Ausland zu gehen. Die „Ethnologische Psychiatrie“ wiederum war für mich persönlich nicht besonders hilfreich. Vieles von dem, was einem dort über angebliche Erkrankungen in anderen Ländern vermittelt wird, ist sehr überholt. Das zumindest war mein Eindruck.

Heinz: Das deckt sich auch mit meiner Erfahrung. Als ich nach Bamako kam, sagte einer der älteren Psychologen in der Klinik zu mir, ich solle ihm bloß nicht mit anthropologischen Differenzen kommen. Sie wären dort Menschen wie wir und sie hätten genau dieselben Erkrankungen! Die Kolonialpsychiatrie war besonders in Westafrika extrem rassistisch. Besonders den älteren Kollegen war es wichtig, diese „pseudorassifizierten“ Unterschiede zurückzuweisen. Was sollten denn, Ihrer Meinung nach, Kolleginnen und Kollegen mitbringen, die sich wie Sie für einen solchen humanitären Einsatz entscheiden? Was sollte man beachten, wonach sollte man schauen? Und an wen kann man sich wenden, wenn man mehr erfahren möchte?

„Ganz wichtig finde ich Demut. Man wird nicht sofort umarmt, wenn man ankommt.“

Jan Reuter

Reuter: Ganz wichtig finde ich Demut. Man wird da nicht sofort umarmt, wenn man ankommt. Die Länder haben ja ihre Geschichte und Gründe, warum die Dinge so sind, wie sie sind. Wenn man da als Besserwisser hinkommt – das ist nicht gut. Mit dem Idealismus muss man ein bisschen schauen. Wichtig ist auch, ehrlich zu sich zu sein. Man muss sich schon fragen, was man überhaupt für einen Beitrag leisten kann, wenn man ein solches System unterstützt, vielleicht auch stabilisiert, das aber ein Unrechtssystem ist. Mir hat es geholfen, zu wissen, dass meine Arbeit den Menschen vor Ort zugutekommt. Sein Handeln immer wie-

der zu hinterfragen, halte ich ebenfalls für wichtig. Welche Dynamik löse ich durch mein Tun aus und kann ich mit der Verantwortung, die sich daraus ergibt, umgehen? Es kann passieren, dass man aus dem Land verwiesen wird, wenn man politisch das Falsche sagt. Der Schaden kann dann riesig sein. Das ist einer Gruppe passiert, als ich dort war. Die 100 Patienten, die sie betreut hatten, standen auf einmal alleine da. Ganz wichtig ist es auch, zu prüfen, was der Auslandseinsatz für die eigene Familie bedeutet, wenn man so lange so weit weg ist und sie einen auch nicht besuchen kommen kann. Zu guter Letzt muss man sich auch bewusst sein, dass man monetär nur gering entlohnt wird. Neben *Ärzte ohne Grenzen* gibt es auch andere Organisationen. Zu nennen wäre das *Mental Health and Psychosocial Programming* (MHPSS) der *International Organization for Migration*. Sie arbeiten sehr niedrigschwellig und bieten auch Summer Schools an. Außerdem gibt es noch die *Global Initiative on Psychiatry* (GIP), die besonders in Osteuropa aktiv ist.

Heinz: Es gibt so viele spannende Projekte und Organisationen – man muss sie nur kennen! Die DGPPN hat deshalb vor kurzem auf www.dgppn.de unter dem Stichwort *Global Mental Health* eine Vernetzungsplattform online gestellt, auf der internationale Projekte zur Zusammenarbeit bekannt gemacht werden können. Denn häufig gibt es viele engagierte Menschen oder Projekte, die aber nichts voneinander wissen. Die Idee ist, dass sich diese Menschen untereinander vernetzen, aber auch interessierte Mitglieder eine Übersicht über laufendes Engagement haben und wissen, an wen sie sich wenden können. Wir hoffen, dass das wie ein Schneeball läuft. Ich danke Ihnen für das Gespräch und dafür, dass Sie uns an Ihren spannenden Erfahrungen Teil haben lassen!



Sprechsaal

heißt der Ort in Berlin-Mitte, an dem die beiden Experten sich zum Gespräch trafen. Dort wird die Ausstellung *gestern heute morgen – die globalen Krisen der Zukunft* gezeigt, die sich den verschiedenen Gesichtern der Krise widmet und nach der Materialität und Vergänglichkeit von menschlichen und natürlichen Ressourcen sowie Technologien fragt. Mehr dazu auf www.sprechsaal.de

Prof. Dr. med. Dr. phil.

Andreas Heinz

ist Psychiater, Neurologe und Philosoph. Er studierte neben Medizin und Philosophie auch Anthropologie. Er arbeitete wiederholt in Bamako (Mali) und Kabul (Afghanistan) im Rahmen von Forschungs- und Kooperationsprojekten. Einer seiner Schwerpunkte ist die interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Er ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité und seit 2019 DGPPN-Präsident.

Dr. med. Jan Reuter

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld. Er hat sich zum Ziel gesetzt, Best-Practice in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit humanitärer Arbeit im internationalen Kontext zu verbinden. Neben seinem Engagement für *Ärzte ohne Grenzen* und dem *Roten Kreuz* ist er Mitglied bei *Amnesty International*.

Kongress 2020

25.–28. November | CityCube Berlin

2020

**Psychiatrie und
Psychotherapie
in der sozialen
Lebenswelt**

Die Welt der Psychiatrie und Psychotherapie an einem Ort

Psyche, Mensch und Gesellschaft stehen in einer stetigen Wechselbeziehung. Alles ist miteinander verbunden und so findet auch psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit mit ihrer ganzheitlichen Sicht auf den Menschen zwar im geschützten Raum, aber immer auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Megatrends auf der Makro- und der individuellen Lebenssituation des Betroffenen auf der Mesoebene statt. Der diesjährige DGPPN Kongress Ende November in Berlin thematisiert daher eine Reihe von Fragestellungen, die insbesondere neue Strömungen und soziale Faktoren behandeln. Wie kann eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen

ambulanter und stationärer Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfen gelingen? Wie sehen innovative Modelle der Vernetzung für eine personalisierte Somato- und Psychotherapie aus? Welche Chancen bieten digitale Forschungsmöglichkeiten inklusive Apps zur Erfassung von Belastungs- und Resilienzfaktoren, Medikamenten- und Psychotherapiewirkungen im Alltag? Und welche Risiken sind zu bedenken? Zudem thematisieren verschiedene Veranstaltungen auf dem Kongress gesellschaftliche Ausgrenzung und psychische Gesundheit im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit sowie Rassismus.

Renommierte Keynote-Speaker zu Gast

Die Teilnehmer erwartet ein wissenschaftliches Programm der Extraklasse mit nationalen und internationalen Forschern, mit Experten aus der Versorgung sowie namhaften Persönlichkeiten aus Politik und Gesellschaft.

Otto Kernberg, eine der großen Koryphäen auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen, Michael von Cranach, der im letzten Jahr die Wilhelm-Griesinger-Medaille der DGPPN erhielt, Inge Missmahl, Psychoanalytikerin und Gründerin der Organisation „Ipso“, die Flüchtlinge zu psychosozialen Beratern ausbildet, sowie Martin Paulus, der unter anderem an Biomarkern für Suchterkrankungen und Angststörungen forscht. Weitere hochkarätige Keynote-Speaker sind bereits angefragt und werden laufend auf der Kongresswebsite unter dem Menüpunkt „Highlights“ veröffentlicht.

Auch 2020 bereitet die DGPPN in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Generation PSY einen eigenen attraktiven Programmschwerpunkt mit Meet-the-Expert-Sessions und speziell auf den Nachwuchs zugeschnittenen Workshops, Lectures und Symposien vor. Die DGPPN vergibt in diesem Jahr wieder Stipendien, so dass insgesamt 250 Studierende der Medizin und anderer Fachrichtungen kostenlos Kongressluft schnuppern können. Die ideale Gelegenheit, um Fragen los zu werden, bietet das Kongress-Speeddating. An zahlreichen Themen-Tischen stehen Experten zur DFG-Förderung, Niederlassung, Ethik, Facharztweiterbildung und weiteren Aspekten in lockerer Atmosphäre Rede und Antwort.

Der DGPPN Kongress vernetzt nicht nur die Generationen miteinander, sondern steht auch für interdisziplinären Austausch. Daher sind zahlreiche Veranstaltungen für Pflegefachkräfte und Gesundheitsfachberufe ins Programm integriert. Ein eigenes Workshop-Programm garantiert besonders praxisorientierten Wissenstransfer in kleinen Gruppen. Insgesamt umfasst das Fort- und Weiterbildungsprogramm auf dem Kongress rund 80 ein- und zweitägige Workshops. Eine Zertifizierung durch die Ärztekammer Berlin wird beantragt.

■ Vier Tage – ein Kongress der Extraklasse

- 25.–28. November 2020
- Rund 9000 Teilnehmer
- Über 650 Einzelveranstaltungen
- CME-Zertifizierung beantragt
- Fort- und Weiterbildungsakademie mit rund 80 Workshops
- Schwerpunkte für Pflege- und Gesundheitsfachberufe und den Nachwuchs

Achtung

Aufgrund der Corona-Pandemie wird die Einreichungsfrist für Symposien bis zum 11.05.2020 verlängert.

Aktuelle Informationen zum Kongress und zu den Fristen werden auf der Kongresswebsite www.dgppnkongress.de veröffentlicht.

Aus neu wird bewährt

Im letzten Jahr hat die DGPPN auf dem Kongress einige Neuerungen eingeführt, die von den Teilnehmern sehr positiv aufgenommen wurden. Beispielsweise wird die *Networking Reception* auch 2020 wieder in Halle B stattfinden, so dass der Weg zum Marshall-Haus, in dem das *Get-together* in den Vorjahren immer stattfand, entfällt. Auch die Investition in Nachhaltigkeit in Form der wiederbefüllbaren Trinkflaschen für die Wasserspender wird natürlich fortgeführt. Zudem ist eine weitere Reduktion der gedruckten Programmbücher vorgesehen.

Neben diesen organisatorischen Details, zu denen u.a. die kostenfreie Garderobe zählt, werden auch die anderen, größeren Neuerungen beibehalten. Dazu zählt vor

allem der Overflow-Bereich, in den kurzfristig der Ton und die Präsentation aus ausgewählten A-Sälen und M-Räumen übertragen werden kann, sollten diese zu voll werden. Die NGO-Stände und Ausstellungen werden wie im Vorjahr gemeinsam mit der Autoren lounge als ansprechendes Gesamtkonzept aufgebaut, das zum Verweilen einlädt.

Die wichtigste Veränderung betrifft das Sammeln der CME-Punkte: Durch Scannen des Barcodes auf dem Teilnehmerausweis wird die Anwesenheit mindestens zweimal täglich vor Ort (morgens und nachmittags) elektronisch erfasst. Dies hat den Vorteil, dass die Vergabe der CME-Punkte vollautomatisch über das Kongresssystem abgewickelt werden kann.

Jetzt Frühbucherrabatt sichern

DGPPN-Mitglieder profitieren von Spezialtarifen für die Kongressgebühr und die Workshops.

Bis 30.09. kommt zusätzlich der Frühbucherrabatt zum Tragen. Neumitglieder der DGPPN nehmen im ersten Jahr der Mitgliedschaft kostenlos teil. Alle Gebühren auf www.dgppnkongress.de

	Anmeldung und Zahlung bis 30.09.2020	Anmeldung und Zahlung ab 01.10.2020
Ärzte, Psychologen, Wissenschaftler u. a. Mitglieder der DGPPN, DGKJP, ÖGPP, ÖGKJP, SGPP, SGKJPP	300 Euro	350 Euro
Ärzte in Weiterbildung Mitglieder der DGPPN, DGKJP, ÖGPP, ÖGKJP, SGPP, SGKJPP	230 Euro	280 Euro
Studierende der Humanmedizin und anderer Fachrichtungen	50 Euro	75 Euro
1-Tages-Workshop nur in Verbindung mit Kongressgebühr	110 Euro	130 Euro
2-Tage-Workshop nur in Verbindung mit Kongressgebühr	160 Euro	180 Euro

Vielseitige Frühlingslektüre

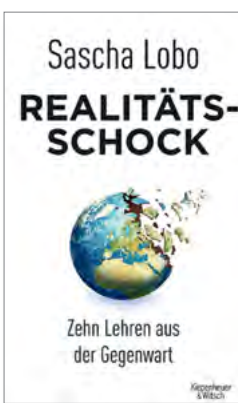
Auf der Suche nach neuen Seiten?
Psyche im Fokus hat eine kleine Auswahl zusammengestellt,
die von Gestern ins Heute führt.



Geschichtsträchtig

Der Historiker Steffen Dörre hat im Rahmen eines Forschungsauftrags der DGPPN die Geschichte der psychiatrischen Fachgesellschaften in der Bundesrepublik und der DDR aufgearbeitet. Ausgehend von einer umfangreichen Quellenbasis widmet er sich den Nachwirkungen des Nationalsozialismus in der organisierten deutschen Psychiatrie. Die Studie lädt zur innerfachlichen Debatte ein und bietet eine fundierte Grundlage, um informiert Stellung zu beziehen. Sie regt zur Diskussion über moralische Normen in der Psychiatrie an – eine lehrreiche und spannende Lektüre.

Steffen Dörre
Zwischen NS-„Euthanasie“ und
Reformaufbruch
Springer-Verlag, 2020



Überzeugend

Die meisten Menschen haben in den letzten Jahren einen Realitätsschock erlitten – das Bild der Welt hat sich oft als kollektive Illusion entpuppt. Wer hätte damit gerechnet, dass Trump die Wahl gewinnt und die Briten für den Brexit stimmen? Dass Hunderttausende nach Europa flüchten und Zehntausende dabei sterben? Dass so viele Demokratien nach rechts kippen? Dass über Nacht eine weltweite Klima-Jugendbewegung entsteht? Sascha Lobo erklärt, warum die Welt plötzlich aus den Fugen geraten zu sein scheint. Er untersucht, woher diese Veränderungen kommen und was wir daraus lernen können und müssen.

Sascha Lobo
Realitätsschock
Kiepenheuer & Witsch, 2019



Unwissend

Wir sind immer bestens informiert und wissen doch so wenig. Warum? Nachrichtensender und Social-Media-Kanäle überfluten uns täglich mit Info-Happen. Dieses Pseudowissen ohne Kontext suggeriert, dass wir am Weltgeschehen und Schicksal anderer Menschen teilhaben. Scheinbar. Autor Rolf Dobelli plädiert für einen radikalen Nachrichtenverzicht. Die zitierten Studien und wissenschaftlichen Erkenntnisse ermutigen, den fast-food-artigen Informationskonsum zu hinterfragen bzw. die Aufmerksamkeit wieder stärker auf solche Quellen zu richten, die kontextuelles Wissen vermitteln.

Rolf Dobelli
Die Kunst des digitalen Lebens
Piper, 2019

Plattform- Modell



Individuell, bedarfsgerecht, flexibel

Das von der DGPPN und anderen Fachverbänden entwickelte Modell für eine neue, bedarfsorientierte Personalbemessung in der Psychiatrie könnte zukunftsweisend werden. Es liefert die beste verfügbare Evidenz für eine leitliniengerechte Personalausstattung. Die DGPPN und alle beteiligten Fachverbände plädieren deshalb bei den Beratungen zur Weiterentwicklung der G-BA-Richtlinie für eine Berücksichtigung des Modells und der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie.

Im Februar 2020 hat die DGPPN zusammen mit neunzehn Fachverbänden und -gesellschaften der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Öffentlichkeit ein neues Modell zur Personalbemessung in der stationären psychiatrischen Versorgung vorgestellt. Es ist das Ergebnis einer gemeinsamen Verantwortung und des unbedingten Willens aller Beteiligten, für die bisher geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die fast dreißig Jahre alt ist und die historisch gewachsenen Strukturen der psychiatrischen Fächer Ende der 1980er Jahre abbildet, eine adäquate Nachfolgeregelung zu finden. Seitdem hat sich einiges getan.

Inzwischen haben sich Behandlungskonzepte grundlegend verändert, Leitlinien und Evidenz sind maßgebliche Richtungsweiser, stationäre Verweildauern haben sich verkürzt, es sind Berufsgruppen hinzugekommen und die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich wurde ausgeweitet. Nicht zuletzt, so die Überzeugung aller, muss ein zeitgemäßes Personalbemessungsinstrument auch gesellschaftlich sowie politisch veränderte Anforderungen an die psychiatrische Versorgung mit in Rechnung ziehen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist der G-BA vor drei Jahren beauftragt worden, verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken festzulegen.

Die nun vorliegende Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) lieferte jedoch nicht, wie erwartet, ein Personalbemessungssystem, sondern schreibt die PsychPV als Mindestvorgaben fast unverändert fort. Statt Anreize zu setzen, hat sie Sanktionen zur Folge. Eine schwerwiegende betrifft die mögliche Schließung von Abteilungen. Ein Paradoxon: Denn Mindestvorgaben – eigentlich gedacht, um ausreichend Personal zu garantieren – könnten so zu einer Reduzierung des psychiatrischen Versorgungsangebots führen. Damit würde das Gegenteil des eigentlichen Zwecks der Richtlinie erreicht.

Im gesetzlichen Auftrag an den G-BA wurden folgende Voraussetzungen für die Personalbesetzung formuliert: geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität, Indikatoren zur Beurteilung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Darüber hinaus sollte die Personalausstattung möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Dies wird mit der aktuellen PPP-RL nicht erfüllt.

Das Individuum als Ausgangspunkt

Ausgehend von dem Bedarf des Patienten unterscheidet das neue Personalbemessungssystem genau drei Dimensionen, diese sind: „psychiatrisch-psychotherapeutisch“, „somatisch“

sowie „psychosozial“. Dabei wird jeweils zwischen Regelbedarf und erhöhtem Behandlungsbedarf in einer, zwei oder allen drei Dimensionen differenziert. Es entstehen acht Behandlungscluster, dargestellt in Abb. 1.

Um die jeweiligen Bedarfscluster zu konkretisieren, wurden bei der Entwicklung des Modells pro Cluster drei bis fünf Musterfälle aus dem klinischen Alltag (Fallvignetten) definiert, auf deren Basis die Patienten von den Behandlern entsprechend zugeordnet werden können.

Weiterhin wurden entsprechend aktueller Leitlinienempfehlungen neue bedarfsorientierte Tätigkeitsprofile für alle Berufsfelder entwickelt. Beispielfähig seien die „Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung“, die „Herstellung von Umweltbezug und die Einbeziehung des Umfeldes“, die „Förderung von Gesundheitsproblemlösungen, Inklusion und Ressourcen“ sowie Maßnahmen zur Sicherheit und zur Förderung von Qualität genannt. Größere Bedeutung kommt dabei auch der personenbezogenen störungsspezifischen Intervention zu, deren wesentlicher Bestandteil die Psychotherapie ist.

Abschließend wurde das Plattform-Modell einer aufwändigen Machbarkeitsstudie, durchgeführt von rund 120 Experten, unterzogen. Ausgehend von den Fallvignetten und Tätigkeitsprofilen wurde über eine Delphi-Studie der Zeitaufwand für die jeweiligen Bedarfscluster geschätzt und davon ableitend der erforderliche Nettopersonalbedarf ermittelt.

Plattform-Modell versus Psych-PV

Ein Vergleich zwischen der Psychiatrie-Personalversorgung (Psych-PV) aus 1991 und dem Plattform-Modell (siehe Abb. 2) verdeutlicht die Unterschiede. Sah die Psych-PV eine interne Sektorisierung nach Allgemein-, Sucht- und Gerontopsychiatrie vor, definiert das Plattform-Modell die drei Bedarfsdimensionen „psychiatrisch/psychotherapeutisch“, „somatisch“ und „psychosozial“. In der Psych-PV war die Einordnung auf zwei Behandlungssettings ausgerichtet (voll und teilstationär), das Plattform-Modell ist grundsätzlich nicht auf bestimmte Settings beschränkt. Insgesamt handelt es sich um ein dynamisches System, das ausreichend flexibel ist, um sich auch zukünftigen Anforderungen anzupassen.

Erfolgreicher erster Belastungstest

Das Ergebnis der Machbarkeitsstudie, die im Zeitraum März bis Dezember 2019 durchgeführt wurde, zeigt, dass die Ansätze, die die Konzeptentwickler des Plattform-Modells verfolgten, einer adäquaten, zukunftsorientierten psychiatrischen Versorgung gerecht werden:

- Die entwickelten Fallvignetten eignen sich zur Zuordnung von Patienten in die jeweiligen Bedarfscluster.
- Die neuen Tätigkeitskataloge berücksichtigen zeitgemäße, anforderungsgerechte Aufgabenprofile, sie sind leitliniengerecht oder orientieren sich an einem Expertenkonsens.
- Das Plattform-Modell spiegelt den Bedarf der Patienten unabhängig von Diagnose und Setting wider. In allen Settings bzw. Patientengruppen – ob teilstationär oder gerontopsychiatrisch – wird ein sehr differenzierter Mix der Patientenbedarfe deutlich. So ist bspw. im teilstationären Setting nachweisbar, dass ca. 43 Prozent der Patienten erhöhten Behandlungsbedarf in einer der drei Bedarfsdimensionen aufweist. Gleichzeitig wird bspw. bei Patienten der Psych-PV-Kategorie G2 (Gerontopsychiatrie) sichtbar, dass fast alle Patienten in dieser Psych-PV-Kategorie erhöhten Behandlungsbedarf in jeweils einer der Dimensionen bzw. in mehreren Dimensionen haben, was insbesondere für den erhöhten somatischen Bedarf gilt. Dies zeigt das Säulendiagramm der Machbarkeitsstudie (Abb. 3).
- Die geschätzten Zeitwerte berücksichtigen – abhängig vom Bedarf – unterschiedliche Schwerpunkte des Behandlungsaufwandes.
- Aus den Behandlungsbedarfen ist ein nach Berufsgruppen differenzierter Personalbedarf ableitbar.

Vom Konzept zur Realität?

Bei der Vorstellung am 13. Februar 2020 erntete das Plattform-Modell ausgesprochen positive Resonanz von Verbänden und Politik. Diskutiert wurde, wie sich das Modell konkret in die Versorgung implementieren ließe und dass es bei der Weiterentwicklung der PPP-RL zu berücksichtigen sei. Es wurde noch einmal sehr deutlich, dass die Festlegung von Personal-Mindestbedarf nicht zielführend sein kann, solange der Bedarf der Patienten bzw. der Betroffenen nicht zentraler Ausgangspunkt der Personalbemessung ist.

Die acht Bedarfscluster des Plattform-Modells (Abb. 1)

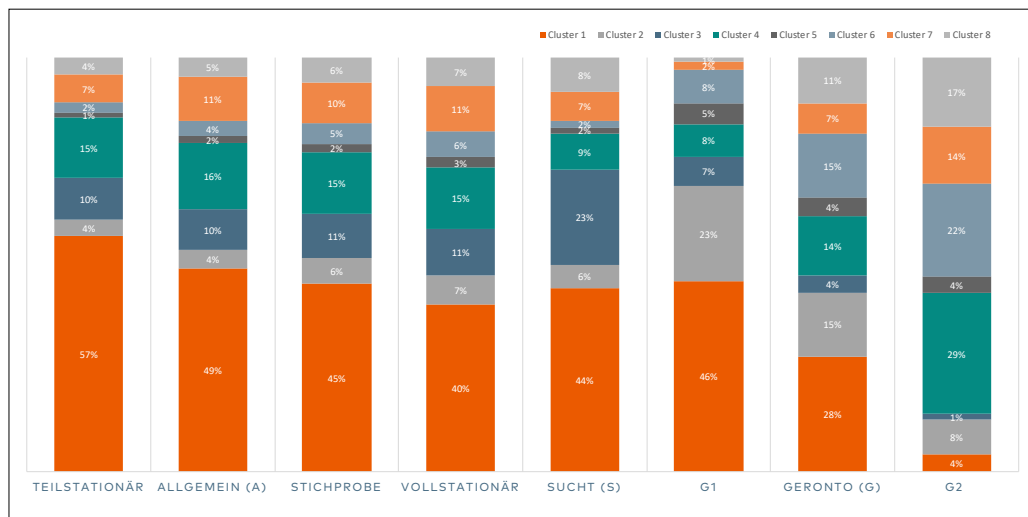
	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	
Regelbedarf	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 1
Erhöhter Bedarf in einer Dimension	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 2
	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 3
	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 4
Erhöhter Bedarf in zwei Dimensionen	Psychiatrischer Regelbedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 5
	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Psychosozialer Regelbedarf (SOZ)	Cluster 6
	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Somatischer Regelbedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 7
Erhöhter Bedarf in allen Dimensionen	Erhöhter psychiatrischer Bedarf (PSY)	Erhöhter somatischer Bedarf (SOM)	Erhöhter psychosozialer Bedarf (SOZ)	Cluster 8

Regelbedarf Erhöhter Bedarf

Vergleich von Psych-PV und Plattform-Modell (Abb. 2)

PSYCH-PV (1991)	PLATTFORM-MODELL (2020)
Interne „Sektorisierung“ (Allgemein, Sucht, Geronto)	3 Bedarfsdimensionen (psychiatrisch-psychotherapeutisch, somatisch, psychosozial)
25 Behandlungsbereiche	8 Bedarfscluster für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie / 3 Behandlungscluster für Psychosomatik
Beschränkung auf 2 Behandlungssettings (voll- und teilstationär)	Keine Beschränkung auf bestimmte Settings
Berufsbilder und Tätigkeitsprofile der 1980er Jahre	Aktuelle Berufsbilder und Tätigkeitsprofile
Beschränkung auf den Regeldienst	Grundsätzlich keine Beschränkung auf den Regeldienst
Statischer Ansatz	Dynamischer Ansatz

Verteilung der Bedarfscluster aus dem Plattform-Modell nach den Settings und Patientengruppen der Psych-PV (Machbarkeitsstudie) (Abb. 3)



Generation
PSY



**Agoraphobie
ist nicht
kuschelweich.**

Keinangsthase

Nein, es geht jetzt nicht um die Neuauflage einer Romantikkomödie von und mit Til Schweiger. Keine Angst. Obwohl, doch. Jede Menge sogar. Denn unser Keinangsthase legt uns ein großes und ernstes Thema ins Nest: Angststörungen. Sie sind verschieden und doch immer gleich: Herzrasen, Schweißausbrüche, Atemnot – nichts geht mehr, Anspannung pur. In über 300 Formen betrifft sie mehr als 61 Millionen Menschen allein in Europa. Dabei machen die Spezifischen Phobien den Großteil aller Angsterkrankungen aus. Die neue Kampagne der Generation PSY wirft einen genauen Blick auf das Thema.

Angst rettet uns ständig das Leben, wenn wir über die Straße gehen, uns im Auto anschnallen, uns am Treppengeländer festhalten, bei Sturm lieber drinnen oder beim Baden in Ufernähe bleiben. Ohne dass es uns immer bewusst ist, führt uns Angst durch die Gefahren des Lebens. Das sogenannte primitive Angstsystem, das wir im Gehirn haben, gehört zur menschlichen Grundausstattung. Angst zu haben, ist also erstmal eine gesunde Reaktion. Bei einigen Menschen ist jedoch die Angst so stark ausgeprägt, dass sie mächtig daran zu knabbern haben.

Wie es ist, wenn man seit dem zwölften Lebensjahr unter einer Angststörung leidet, erzählt Franziska Seyboldt. Sie ist vor ein paar Jahren damit an die Öffentlichkeit gegangen. Jetzt hat sie ihre Geschichte in einem sehr berührenden Buch verarbeitet. Darin beschreibt die 35-Jährige ihren ganz eigenen Weg im Umgang mit der Angst. Im Experteninterview erklärt die Top-Forscherin Katharina Domschke die andere Seite: Was genau hat es eigentlich mit der Angst auf sich? Welche Therapie schlägt an und welche verblüffenden Forschungsergebnisse gibt es?

Das neue Themenspecial auf www.generation-psy.de lässt keine Fragen offen. Belastbares Material in Form von Zahlen und Fakten liefert der Lexikoneintrag. Der Keinangsthase macht sich – wie alle sieben vorherigen Kampagnenmotive auch – von der DGPPN-Geschäftsstelle aus auf den Weg in Richtung zahlreicher Kliniken und Universitäten in Deutschland und stellt klar: Agoraphobie ist nicht kuschelweich. Das Ziel: junge Menschen für den Psychiaterberuf zu begeistern, denn Nachwuchsmangel zeichnet sich bereits ab.

SUMMER SCHOOL

Wer als Psychiater in einer Klinik arbeitet, muss seine psychotherapeutischen Kompetenzen in den unterschiedlichsten Situationen abrufen können: zum Beispiel in der Akutaufnahme, wenn Patienten in existenziellen Krisen schnelle Hilfe benötigen. Hier kommt die Summer School 2020 ins Spiel. An zwei Tagen tauchen die Experten tief ein in Themen wie Beziehungsgestaltung, Gruppenpsychotherapie, mentalisierungsbasierte Kurzinterventionen und vieles mehr. Fest steht: Am Ende haben die Teilnehmer wertvolles Handwerkszeug für den Berufsalltag im Gepäck.

Was: Summer School Psychotherapie

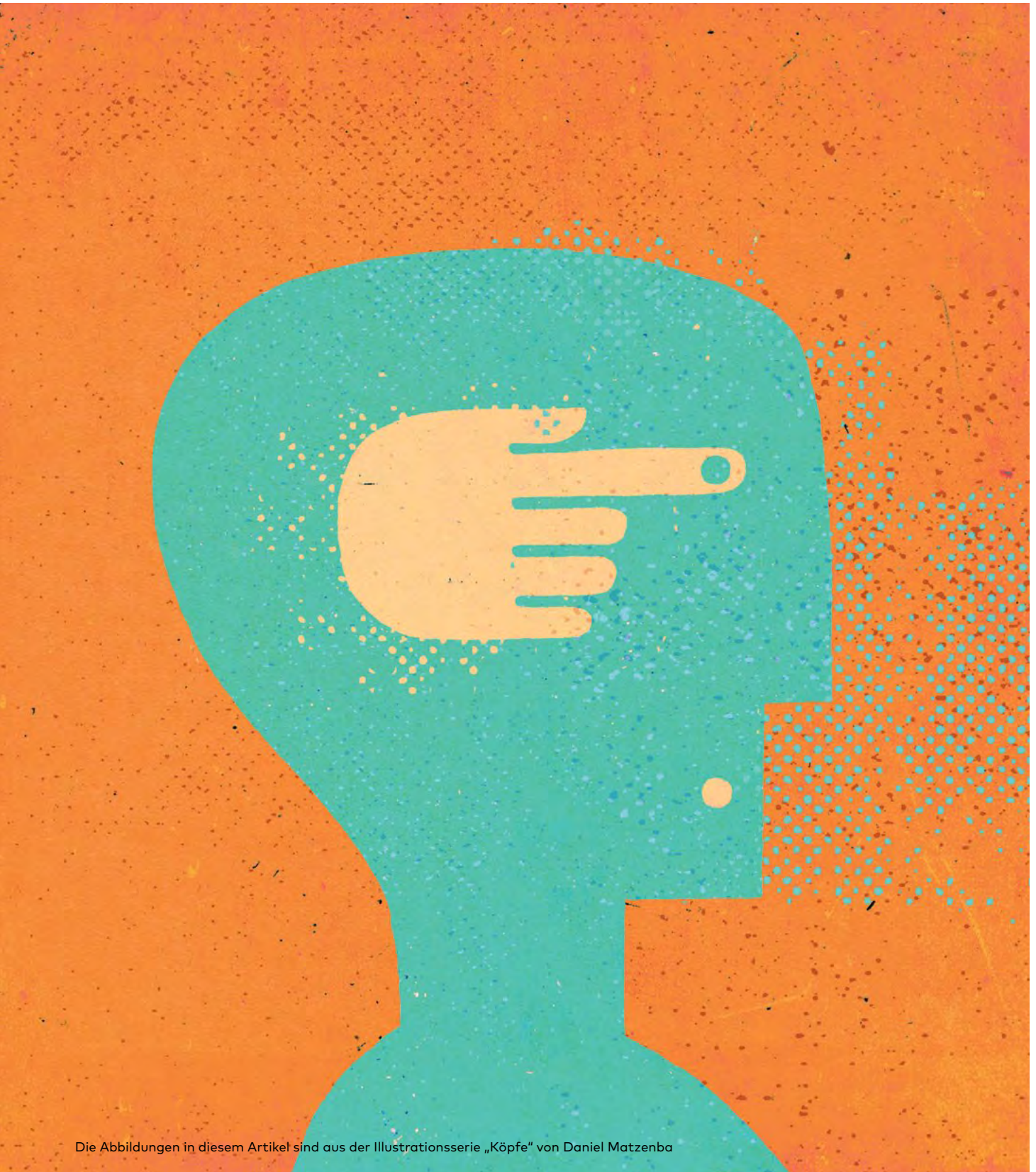
Wann: 26. und 27. Juni 2020

Wo: Berlin-Mitte | Claire-Waldoff-Str. 7

Mehr Infos und Anmeldung auf www.generation-psy.de



Philosophie



Die Abbildungen in diesem Artikel sind aus der Illustrationsserie „Köpfe“ von Daniel Matzenba

Zur Identität der Psychiatrie

Wie keine andere medizinische Disziplin umfasst das Fach Psychiatrie und Psychotherapie eine Vielfalt von Forschungsfeldern, Paradigmen und Herangehensweisen in der Erkennung, Erforschung und Behandlung von psychischen Störungen. Mit dieser Methodenvielfalt ist die Psychiatrie fest in den Natur- und Humanwissenschaften verankert.

Die Entwicklung der Psychiatrie war gleichermaßen bestimmt von medizinischen Fortschritten wie von gesellschaftlichen Veränderungen. Neue Erkenntnisse ermöglichen immer passgenauere Therapien und differenziertere Behandlungsansätze. So verfügt die Psychiatrie heute über viele Perspektiven und Methoden, mit der sie der Komplexität des Menschen gerecht zu werden sucht. Gleichzeitig aber lässt die Spannweite die Grenzen des Fachs verschwimmen. Aus diesem Grund hat sich eine Task-Force der DGPPN grundlegenden Fragestellungen gewidmet: Was eint die Psychiatrie, was hält sie zusammen? Was verleiht ihr das besondere Profil? Entstanden ist dabei ein Positionspapier, das die wesentlichen Aspekte zur Identität der Psychiatrie im 21. Jahrhundert zusammenfasst.

Sie ist ein medizinisches Fach

Die Psychiatrie ist ein historisch gewachsenes wissenschaftsbasiertes Fach der Medizin. Ihr Ziel ist es in erster

Linie, den Patienten von seinen belastenden Symptomen zu befreien und ihm wieder zu einer selbstständigen, sozial integrierten, zufriedenen und entwicklungsfähigen Lebensführung zu verhelfen. Die Besonderheit der Psychiatrie innerhalb der medizinischen Fachrichtungen liegt darin, dass bei psychischen Störungen gleichermaßen sowohl die somatischen, psychischen, als auch die sozialen Entstehungsbedingungen in Betracht zu ziehen sind. Erst dieser dreidimensionale Blick auf den Menschen erlaubt es, ihn ganzheitlich wahrzunehmen.

Sie erfasst die Beziehung zwischen Psyche und Gehirn

Die Psyche beziehungsweise das Psychische beinhaltet Erleben, Gefühle, Denken, Willen, Motivation sowie kognitive Leistungen wie Aufmerksamkeit oder Gedächtnis. Solche psychischen Phänomene gehen mit spezifischen Funktionszuständen des Gehirns einher. Die neuen Erkenntnisse der

Neurowissenschaften zeigen in einer besonderen Weise die Beziehungen zwischen Gehirn und Psyche. Der fortlaufende Strom von Erleben und Verhalten führt ständig zu einer neuroplastischen Veränderung. Bis ins hohe Alter können sich an umschriebenen Stellen im Gehirn neue Nervenzellen und Verbindungen zwischen den Hirnarealen bilden.

Sie macht sich ein umfassendes Bild vom Patienten

In der Psychiatrie spielt das subjektive Erleben des Patienten eine entscheidende Rolle. Wie belastend empfindet er sein Leid? Das ist von Mensch zu Mensch ganz verschieden. Aus diesem Grund spielt der individuelle Leidensdruck eine wichtige Rolle. Anders als der Bluthochdruck ist er aber keine messbare Größe, sondern lässt sich nur im Gespräch, in der Beziehung mit dem Patienten erfahren. Das ist ein wesentliches Merkmal des psychiatrischen Fachgebietes. Es gibt keine klare Grenze zwischen krank und gesund, vielmehr sind die Übergänge fließend. Deswegen wird in den international gängigen Klassifikationen generell von psychischen Störungen und nicht von Krankheiten gesprochen.

Die komplexe Natur psychischer Störungen führt dazu, dass die diagnostische Einordnung mehrdimensional erfolgen muss. Die von der Sozialpsychiatrie entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) berücksichtigt vorhandene Fähigkeiten, Ressourcen und soziale Faktoren. Von herausragender Bedeutung ist die biografische Perspektive. Sie bezieht zum Beispiel auch die Situation hinsichtlich Familie und Partnerschaft sowie Wohnen und Arbeit mit ein. Hinzu kommt die Analyse der lebensgeschichtlich gewachsenen Persönlichkeit mit ihren dimensional zu beschreibenden Eigenschaften. Dieses umfassende Bild vom Patienten ergibt seinen wirklichen Hilfebedarf und wird zur personalen Grundlage der individuell abgestimmten Behandlung in der Psychiatrie.

Zudem müssen viele Abweichungen von der Norm nicht unbedingt „krankhaft“ sein. Die psychiatrische Arbeit muss neben der Identifizierung der vorliegenden psychischen Störung der einzigartigen Persönlichkeit des Patienten und seiner Lebenssituation Rechnung tragen. Zumeist kann eine diagnostische Kategorie alleine nicht den Verstehenshintergrund für die Entwicklung des Patienten und seiner Erkrankung liefern. Darüber hinaus ist häufig auch das Zusammenwirken mit körperlichen Erkrankungen von Bedeutung. Zusammenfassend gesagt: Grundlage für ein gezieltes therapeutisches Vorgehen ist eine umfassende Diagnostik sowohl auf psychopathologischer, körperlicher und sozialer Ebene.

Sie behandelt den Menschen ganzheitlich

So wie die Psychiatrie den Patienten aus natur-, geistes- und sozialwissenschaftlicher Perspektive betrachtet, muss auch die Behandlung mehrdimensional erfolgen. Mit einer breiten Palette von Methoden ist auf die Vielschichtigkeit des Menschen einzugehen. Grundlage dafür sind fundierte medizinische, neurowissenschaftliche, psychopharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Kompetenzen, um alle Möglichkeiten einer ganzheitlichen, evidenzbasierten Behandlung auszuschöpfen.

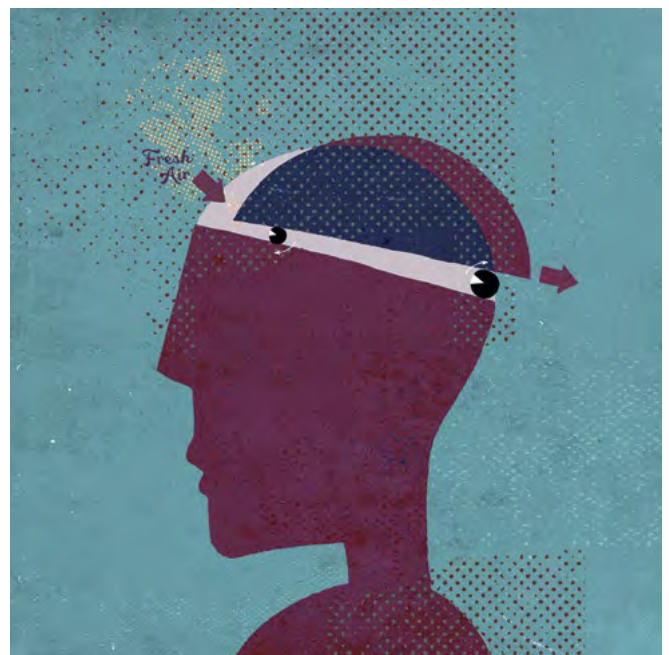
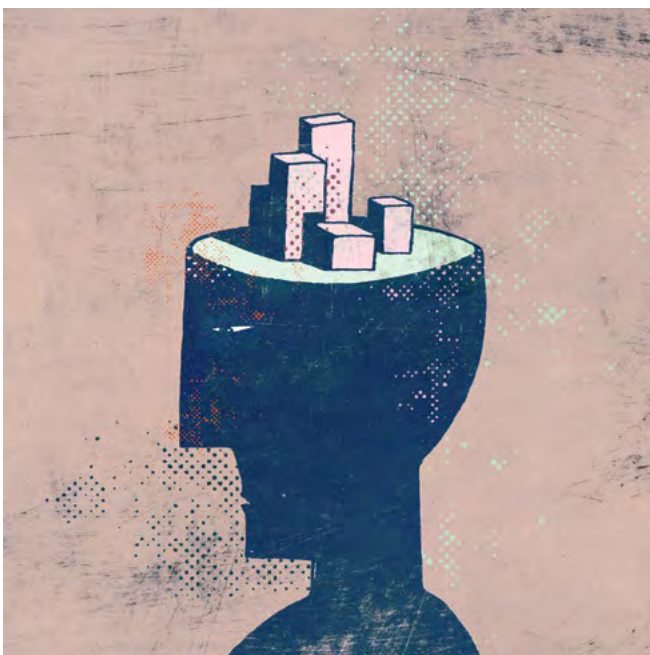
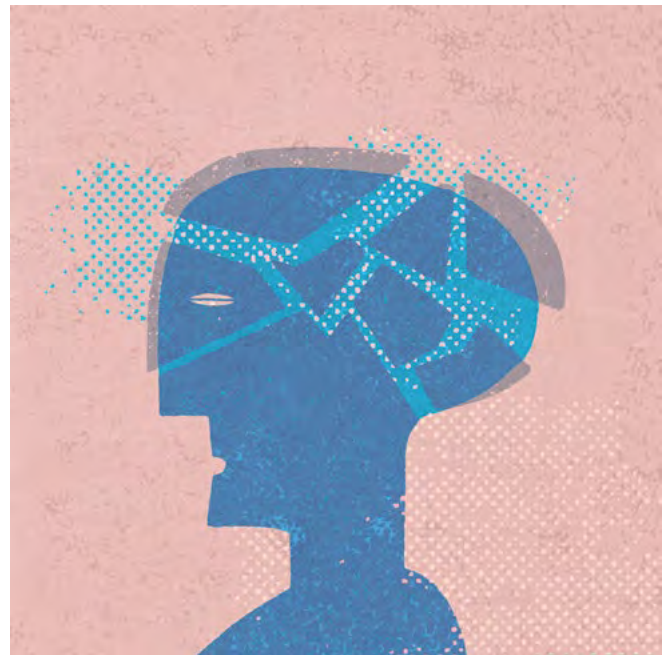
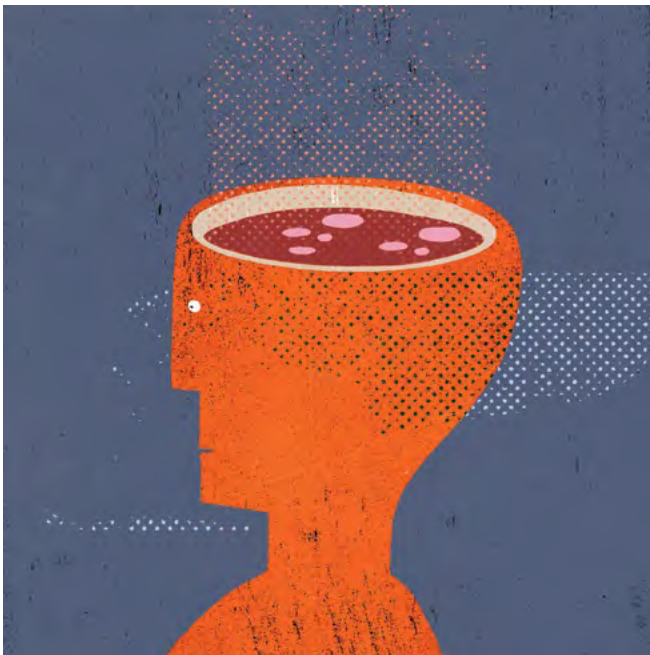
Um alle Facetten des Patienten erfassen zu können, arbeiten Psychiater in multiprofessionellen Teams. Sie reichen von Neurologen über psychologische Psychotherapeuten, Fachärzten für psychosomatische Medizin, Allgemeinmedizinern bis hin zu Pflegekräften, Sozialarbeitern, Kunst- und Sporttherapeuten, um nur einige Beispiele zu nennen. Sie arbeiten Hand in Hand, ob in lokalen Behandlungsnetzen von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, Tageskliniken oder Krankenhäusern.

Sie hat Genesung zum Ziel

Wie überall sonst in der Medizin strebt auch die psychiatrische Behandlung die umfassende Gesundung des Patienten an. Das Wichtigste dabei ist es zunächst, die Symptome zu reduzieren. Dies steht bei der Behandlung immer im Vordergrund. Es gilt, Betroffene in die Therapieplanung einzubeziehen, ihnen dabei zu helfen, die Erkrankung zu akzeptieren und mit ihr zu leben. Ein entscheidender Aspekt ist, dass die Menschen weiterhin am sozialen Leben teilnehmen beziehungsweise dieses wieder aufnehmen können. Dazu gehört zum Beispiel in einer eigenen Wohnung zu leben, zu arbeiten, Freundschaften aufzubauen und zu halten.

Leiden Patienten an schweren und chronischen Störungen – mit psychischen, körperlichen und sozialen Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen – ist eine völlige Genesung oftmals nicht möglich. In diesen Fällen werden gemeinsam mit den Betroffenen konkrete Behandlungsziele vereinbart. Im Sinne des Recovery-Konzeptes geht es bei diesen Patienten ganz besonders darum, ein sinnhaftes und selbstbestimmtes Leben mit der Krankheit zu gestalten. Dass dies für jeden Menschen immer sehr individuell ist, liegt auf der Hand. Eine Schwarz-Weiß-Lösung, das heißt gesund oder krank, existiert nicht. Die Zwischentöne sind entscheidend. Eine wichtige Zielgröße ist daher auch immer das persönliche Wohlbefinden. Der Erfolg zeigt sich

— individuell und auf vielen Ebenen behandeln



aber nicht im therapeutischen Umfeld, sondern erst in der Lebensrealität des Patienten. Darauf ist das Gesundheits- und Versorgungssystem auszurichten.

Sie benötigt Einfühlen, Verstehen und Zeit

Unabdingbar in der Arzt-Patienten-Interaktion ist die Empathie im Sinne des geduldigen Einfühlens, um im therapeutischen Gespräch die Beschwerden des Patienten und sein subjektives Erleben zu verstehen. Dazu muss der Psychiater Vertrauen schaffen und eine Beziehung zum Betroffenen aufbauen, damit dieser sich ihm gegenüber öffnen kann. Deshalb ist die Arzt-Patienten-Beziehung gerade in der Psychiatrie ein entscheidendes Element bei Diagnose und Behandlung. Das erfordert hohe und spezielle fachlich geschulte kommunikative Fähigkeiten, etwa bei der Gesprächsführung, dem Beziehungsaufbau und beim einfühlsamen Umgang mit kognitiv beeinträchtigten oder hochgradig erregten Patienten.

Psychiatrie ist eine Beziehungsmedizin – und zwar in einem umfassenden Sinn. Die Beziehung des Patienten zu Familie, Umwelt und Gesellschaft zählt genauso dazu wie die zu seinem Arzt und dem Behandlungsteam. Es geht darum, gemeinsam mit dem Betroffenen über die geeignete Behandlung und Ziele der Therapie zu entscheiden und dabei Angehörige sowie Bezugspersonen, professionelle Helfer und Therapeuten im Sinne des Dialogs mit einzubeziehen.

Das alles erfordert Geduld und braucht viel Zeit – eine Ressource, der in der Psychiatrie eine besondere Bedeutung zukommt. Zu denken ist an die zeitintensiven Gespräche unter schwierigen Bedingungen, etwa um zu einem gemeinsamen Verständnis der psychischen Störung zu gelangen, aber auch in zugespitzten Situationen, wie Suizidalität, wahnhafter Realitätsverkennung, Drogenrausch und demenzieller Verwirrtheit.

— entstigmatisieren und für Teilhabe sorgen



Sie respektiert die Autonomie des Patienten

Eine wichtige Besonderheit psychischer Erkrankungen liegt darin, dass sie die Fähigkeit zur Selbstbestimmung einschränken oder aufheben können. Maxime des psychiatrischen Handelns bleibt es, die Autonomie des Patienten zu achten und seine Selbstbestimmungsfähigkeit zu unterstützen bzw. wiederherzustellen. Dabei kann es zu einem Konflikt zwischen den freiheitlichen Grundrechten auch des kranken Menschen und den ärztlichen Pflichten zur Verantwortung und Fürsorge kommen. Ethisch geboten ist der Schutz vor Eigen- und Fremdgefährdung, sofern sie Folge psychischer Erkrankung sind. Dies kann bis zu freiheitseinschränken Maßnahmen reichen, die sich stets streng am Patientenwohl zu orientieren haben und richterlicher Kontrolle unterliegen. Erforderlich in diesem gesellschaftlichen Spannungsfeld sind ein geduldiges, verständnisvolles, empathisches Eingehen auf den Patienten und ein ständiges Bemühen, ihm bei der Wiedergewinnung seiner Autonomie zu helfen.

Sie kämpft gegen Stigmatisierung

In sozialen Gemeinschaften gibt es stets Tendenzen zur Ausgrenzung. Dies betrifft auch den Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wenn psychische Störungen zuweilen mit ungewöhnlichem und befremdlichem Verhalten einhergehen, so wird dies leicht verallgemeinert und führt generell zu Abwehr oder Ablehnung. Dagegen helfen Verständnis, Akzeptanz und Toleranz seitens des Umfeldes. Stigmatisierung und Diskriminierung zu verhindern und dafür zu sorgen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilhaben, ist eine der großen Aufgaben der Psychiatrie. Dazu gehört unter anderem, die Betroffenen – im Sinne von Empowerment und Recovery – darin zu stärken, selbst für sich zu sorgen, das heißt, ihre eigenen Interessen durchzusetzen, sich zu entscheiden und ihr Leben selbstbestimmt zu organisieren.

Sie muss sich ständig wandeln

Die Zeit steht nicht still und stellt die Gesellschaft vor immer komplexere Herausforderungen. So bilden sich dauernd neue Risikofaktoren für psychische Erkrankungen heraus, etwa die Digitalisierung der Lebens- und Berufswelt, die Beschleunigung, Flexibilisierung und Ökonomisierung der Arbeitsprozesse, die zunehmende Urbanisierung und die Globalisierung, mit der sich die Menschen auseinandersetzen müssen. Der enorme gesellschaftliche Wandel fordert die Psychiatrie in besonderem Maße und immer mehr

Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen professionelle Hilfe in Anspruch. Dies erfordert ein ständiges Bemühen um die Integration der neuro- und sozialwissenschaftlichen Fortschritte in die Psychiatrie. Sie ist sich ihrer besonderen gesellschaftlichen Stellung bewusst, sie bleibt ständig in Bewegung und am Puls der Zeit. Das macht sie zu einer der spannendsten Disziplinen in der Medizin.

Autoren des Positionspapiers

- Prof. Matthias Bormuth, Oldenburg (Medizin und Kulturwissenschaften)
- Prof. Martin Brüne, Bochum (Ökologischer Ansatz)
- Prof. Arno Deister, Itzehoe (Versorgungssysteme in der Psychiatrie)
- Prof. Thomas Fuchs, Heidelberg (Anthropologische Psychiatrie)
- Prof. Gerhard Gründer, Mannheim (Psychopharmakologie)
- Prof. Alkomiet Hasan, Augsburg (Biologische Psychiatrie)
- Dr. Iris Hauth, Berlin (Versorgungssysteme in der Psychiatrie)
- Prof. Sabine C. Herpertz, Heidelberg (Psychotherapie)
- Prof. Paul Hoff, Zürich (Philosophie und Psychopathologie)
- Prof. Fritz Hohagen, Lübeck (Klinische Psychiatrie, Psychotherapie)
- Dr. Sabine Köhler, Jena (Versorgung im niedergelassenen Bereich)
- Dr. Julia-Maleen Kronsbein, Beelitz (Generation PSY/Nachwuchs)
- Prof. Wolfgang Maier, Bonn (Soziale Neurowissenschaften, Demenzforschung)
- Prof. Andreas Meyer-Lindenberg, Mannheim (Soziale Neurowissenschaften)
- Prof. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig (Public Health)
- Prof. Henning Saß, Aachen (Psychopathologie/Forensik)
- Prof. Thomas Schramme, Hamburg/Liverpool (Philosophie in der Psychiatrie)

Die Langfassung des Identitätspapiers der Task-Force steht auf www.dgppn.de zum Download bereit.

Anti- psychiatrie und 68er- Bewegung

Das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg (SPK) war das utopische und gescheiterte Experiment eines Arztes und seiner Patienten, die glaubten, psychische Krankheiten könnten durch revolutionäre Aktionen geheilt werden. Es ist ein komplexes, dramatisches, erinnerungswürdiges Stück Zeitgeschichte, Psychiatriegeschichte und Geschichte der 68er-Bewegung.



Besetzung der Klinikverwaltung am 27.2.1970,
in der Mitte sitzend mit Barrett: Dr. Wolfgang Huber

Das SPK existierte nur 17 Monate von Ende Februar 1970 bis zu seiner Auflösung Mitte Juli 1971. Es ging aus einer Gruppe von ca. 50 Patienten des Assistenzarztes Dr. Wolfgang Huber an der Psychiatrischen Poliklinik der Universität Heidelberg hervor. Dieser war nach einem länger schwelenden Konflikt mit seinen Vorgesetzten und Kollegen fristlos entlassen worden. Daraufhin besetzten er, seine Patienten und einige Studenten der Projektgruppe Medizin die Klinikverwaltung und forderten seine Wiedereinstellung. Im Rahmen eines Kompromisses der Konfliktparteien stellte der damalige Rektor der Universität Heidelberg, Prof. Rolf Rendtorff, Huber und seinen Gefolgsleuten universitätseigene Räume außerhalb der Klinik zur Fortsetzung der Gruppentherapien zur Verfügung. Nach der Aushandlung dieses Kompromisses, der als Basis für einen geplanten Vertrag zwischen Wolfgang Huber und der Universität Heidelberg gedacht war, bezog die Gruppe Räume in der Rohrbacher Straße 12 in der Heidelberger Weststadt. Das Kollektiv erweiterte sich in den folgenden Monaten ständig, die Angaben zur Größe schwanken zwischen 200 und 500 Personen. Das SPK befand sich während des gesamten Zeitraums seines Bestehens in einem räumlichen, finanziellen und rechtlichen Schwebestadium – bis der Kompromiss scheiterte. Zum Verständnis des Geschehens muss man sich die menschenunwürdigen Verhältnisse in der damaligen Anstaltspsychiatrie vergegenwärtigen.

Vorgeschichte

Die zentrale Figur im SPK, Dr. Wolfgang Huber – er hatte 1964 seine Facharztausbildung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg begonnen – war ursprünglich ein angepasster karriereorientierter Kollege. Die Heidelberger Klinik war damals unter ihrem innovativen Chef Prof. Walter von Baeyer eine Werkstatt der Psychiatriereform, in der die kustodiale Anstaltspsychiatrie schrittweise nach angelsächsischem Vorbild umgestaltet wurde mit der Einführung therapeutischer Gemeinschaften auf den Stationen und dem Aufbau eines sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes. Im Kollegenkreis las man die psychiatriekritischen Schriften von Ronald Laing, Gregory Bateson und anderen. In seinen Lebenserinnerungen schreibt ein Kollege Hubers: „Die Heidelberger Klinik glich einem Pulverfass von Ideen. Ein liberaler Chef sorgte dafür, dass jeder, der es wollte, seine Ideen ausdrücken und mitteilen konnte. Ich habe nirgendwo sonst bei Diskussionen eine solche Atmosphäre von kritischer Zuneigung und Offenheit erlebt. Damals



entstanden die Tages- und Nachtkliniken und jeder jüngere Psychiater kümmerte sich psychotherapeutisch um Schizophrenen, die man früher hatte liegen lassen. Die Zeit, in der psychopathologische Phänomene bloß beobachtet und katalogisiert wurden, schien für immer vorbei zu sein.“* Wolfgang Huber erfuhr hier seine Prägung, war ein engagierter und einfühlsamer Arzt und wurde von Baeyer gefördert. Er befasste sich mit philosophischen Fragen und versuchte erfolglos bei dem Rechtshegelianer Prof. van der Meulen mit einer Arbeit über den Begriff der „Grenze“ bei Hegel zum Dr. phil. zu promovieren.

Ende 1966 wurde Huber wegen Konflikten mit seinen Kollegen in die Psychiatrische Poliklinik versetzt. Dort war er mit einer wachsenden studentischen Klientel konfrontiert und wurde in den folgenden zwei Jahren zu einer Art Geheimtipp unter linken Studenten. Er nahm an Demonstrationen, Teach-Ins und Arbeitskreisen der Kritischen Univer-



Gruppenraum des SPK in der Rohrbacherstr. 12, September/Oktober 1970

sität teil. Hubers Gruppentherapien in der Poliklinik und später im SPK wurden zur Zufluchtsstätte für Orientierung suchende Studenten nach der Spaltung und dem darauffolgenden Zerfall des Heidelberger SDS (Sozialistischer Deutscher Studentenbund). Das SPK knüpfte an die vom SDS für beendet erklärte „antiautoritäre Phase“ an, wandte sich gegen den „subjektfeindlichen Materialismus“ des SDS, gegen die aufkommenden streng dogmatischen, autoritären K-Gruppen und verband politischen Protest mit persönlicher Befreiung – was die enorme Anziehungskraft des SPK und seinen großen Zulauf erklärt.

Krankheitstheorie des SPK

In einem der ersten Flugblätter des Patientenkollektivs vom 9.3.1970 definierte sich das SPK noch ganz pragmatisch als Selbsthilfegruppe mit dem Zweck, „der krankmachenden

Umwelt nicht mehr hilflos ausgeliefert zu sein“ und „durch Gespräche über unsere alltäglichen Schwierigkeiten den Zusammenhalt der Patienten untereinander zu fördern und damit Erziehung, Sexualität, Familie und Arbeitswelt praktisch zu gestalten“. Im Zuge der eskalierenden heftigen Konflikte mit seinen Gegnern entwickelte das Kollektiv eine eigene Krankheitstheorie, nach der die einzig konsequente kausale Bekämpfung der Krankheit in der „Abschaffung der krankmachenden privatwirtschaftlichen, patriarchalischen Gesellschaft“ bestehe. Nach der Parole „Aus der Krankheit eine Waffe machen“ sollte der Kranke sein „bewusstloses Unglück“ in ein „unglückliches Bewusstsein“ verwandeln, über das er die Ursache seines Elends erkennt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausdruck der „Objektrolle“ des Patienten sollte aufgehoben und stattdessen „jeder Patient Therapeut seiner selbst und anderer Patienten werden“. Das Wort „Therapie“ wurde durch „Agitation“ ersetzt. Ein ehemaliger Patient berichtet: „Wir begriffen unsere

Krankheit als Protest und gleichzeitig als Hemmung des Protests, als erstarrten Ausdruck der Unerträglichkeit einer bestimmten Art zu leben. Krankheit als das innere Gefängnis des Einzelnen, d. h. wenn jemand beispielsweise unter Angstzuständen leidet. Wir versuchten, den Protest als die progressive Seite der Krankheit für uns in Anspruch zu nehmen, indem wir uns über gesellschaftliche Zusammenhänge Klarheit verschafften und versuchten, unsere Ängste und Hemmungen zu überwinden.“

Das SPK knüpfte dabei an frühe Strömungen der Studentenbewegung an, die sich in Berlin in den Kommunen 1 und 2 und den WGs der „umherschweifenden Haschrebellen“ sammelten und den „subjektiven Faktor“, sprich: die persönliche Befreiung auf ihre Fahnen schrieben. Der „subjektive Faktor“ wurde zum entscheidenden utopischen Ansatzpunkt der Selbsterschaffung eines „neuen Menschen“.

Der eindimensionale Mensch, wie die breite Volksbasis vollständig in das System integriert werde, daher von ihr kein Widerstand zu erwarten sei und die revolutionäre Opposition der „Großen Weigerung“ allenfalls noch von den Geächteten und Außenseitern der sozialen Randgruppen ausgehen könne. Marcuses „Randgruppentheorie“ fand ihren Niederschlag in der SPK-Theorie der Kranken als revolutionäres Subjekt.

Ebenso populär waren in der 68er-Bewegung die antipsychiatrischen Schriften von Ronald Laing und David Cooper. Sie vertraten die These, dass die „Irrenanstalten“ ein Abladeplatz für die Unterprivilegierten, ein Ort der Ausgrenzung und Zerstörung seien, wo die sozialen Probleme verschleiert werden durch psychiatrische Behandlung und Aufbewahrung. Sie sahen in der Familie als Spiegelbild der Gesellschaft ein Konditionierungssystem, das den Menschen eine falsche Moral und ausbeuterische Ideale aufoktroziert. Die moderne Gesellschaft stülpe jedem Kind eine Zwangsjacke der Konformität über, was zu einem von den eigenen Potentialen entfremdeten Leben führe. Die Schizophrenie sei keine Krankheit, sondern eine Reaktion auf unerträgliche Lebensbedingungen und ein kreativer selbstverwirklichender Protest gegen diese Entfremdung. Deshalb müsse man die Verrücktheit sich frei entfalten lassen im Sinne eines natürlichen Heilungsprozesses ohne aufgezwungene medizinische Behandlung. Auch hier hat Hubers Vorstellung, dass man mit den Patienten die Revolution machen müsse, eine ihrer Wurzeln. Mit der praktischen Umsetzung ihrer Theorien ist die Antipsychiatrie ähnlich wie das SPK gescheitert – so die Patientenkommune Kingsley Hall von Ronald Laing in London, so David Coopers Experiment der befreiten Krankenstation Villa 21 im Shenley Hospital. Asmus Finzen, ein Initiator der Psychiatriereform, sieht in der Antipsychiatrie vorrangig ein Theoriegebäude. Sie habe – so Finzen – Züge intellektueller Verspieltheit ohne Alltagsbezug und sei ein Sammelbecken zahlreicher brillanter Enttäuschter, ungeduldiger Freunde schneller Lösungen gewesen, die den mühsamen Weg der Reform scheuten.

Der Weg in die Gewalt

Wolfgang Huber war ein solcher Enttäuschter, ein Gekränkter, der sich von seinen Vorgesetzten und Kollegen nicht anerkannt fühlte. Er überwarf sich mit allen – auch den wohlwollendsten und fortschrittlichsten – Kollegen.



Die Festnahme Dr. Hubers vor seinem Haus in Wiesebach, RNZ vom 26./27.6.1971

Von dieser Utopie war auch das SPK beseelt, wenn es vom „Sprung in die neue Identität des Menschen“ sprach – in eine Welt, in der man „keine Therapeuten mehr benötigt, weil es keine Patienten mehr gibt“. Das theoretische Rüstzeug zu dieser „Revolution bei sich selbst“ lieferten insbesondere die Schriften der 68er-Ikonen Wilhelm Reich und Herbert Marcuse, die auch in den SPK-Arbeitskreisen gelesen wurden. Marcuse beschrieb in seinem Kultbuch

Er verweigerte sich den für damalige Verhältnisse ausgesprochen großzügigen Angeboten der Klinik zur psychotherapeutischen Weiterbildung, zum Peer-Review, und nahm nicht mehr an Fall- und Teambesprechungen teil. Nachdem er aus Unvermögen mit seiner akademischen Karriere gescheitert war, schlug seine ursprünglich angepasste Haltung um in einen abgrundtiefen Hass auf seine Vorgesetzten und Kollegen. Die Anerkennung, die er in der Klinik nicht fand, suchte er stattdessen bei seinen Patienten, die ihn wie einen Guru verehrten. Er zog sie in seinen Arbeitskonflikt und Rachefeldzug gegen seinen Chef Prof. von Baeyer hinein und missbrauchte einen Teil von ihnen als Kampftruppe für seine Vision von „Aus der Krankheit eine Waffe machen“.

Die Grenzüberschreitungen und Verletzungen des Abstinenzgebots begannen schon vor seiner Entlassung aus der Klinik, als er ein Dutzend ausgewählter Patienten in sein Privathaus einlud: zu philosophischen Gesprächskreisen über die Schriften von Hegel, Marx, Bakunin und Reich. Hieraus entstand später der konspirative Zirkel, der als „Innerer Kreis“ Hubers Visionen von einer Stadtguerilla mit Schießübungen, Herstellung von Sprengstoff, Brandanschlägen etc. in die Tat umsetzte. Das Gros der ca. 300 Patienten wusste nichts von diesen klandestinen Aktivitäten.

Die Gewalt nach außen richtete sich schließlich auch nach innen, indem Huber Abweichler unter den Patienten als Verräter aus der Gruppe verstieß und Patientinnen sexuell ausbeutete. Ein Scharnier für diese Grenzverletzungen war die vermeintliche Aufhebung der Hierarchie zwischen Arzt und Patient im SPK, fußend auf Hubers Behauptung, er sei „Patient unter Patienten“. Zu diesen Grenzverletzungen gehörten auch Hubers wiederholte erpresserische Drohungen mit dem Selbstmord von Patienten, falls seine Kündigung nicht aufgehoben werde. Als eine Patientin des SPK sich im April 1971 suizidierte, machte das SPK die Professoren der Medizinischen Fakultät, den Rektor und den Kultusminister dafür verantwortlich und bezeichnete diese in Flugblättern und Wandparolen als Mörder. Einige von ihnen erhielten Drohbriefe und mussten mit ihren Familien unter Polizeischutz gestellt werden.

Mitte Juli 1971 wurden nach Schüssen auf einen Polizeibeamten in der Nähe von Hubers Privathaus und nachdem Waffen und Sprengstoff bei Huber und anderen gefunden worden waren, die Mitglieder des „inneren Kreises“ verhaftet – und das SPK hörte auf zu existieren.

Die innere und äußere Dynamik dieser Entwicklung des SPK von seinen ursprünglich emanzipativen Selbsthilfefansätzen zur Sekte wird im folgenden Buch anhand der Aussagen von 65 Zeitzeugen und umfangreichem Archivmaterial rekonstruiert.



Christian Pross (unter Mitarbeit von Sonja Schweitzer und Julia Wagner)

Wir wollten ins Verderben rennen

Die Geschichte des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg

Psychiatrie Verlag Köln, 2016

* Sämtliche Zitate und Quellenangaben sind der Originalarbeit zu entnehmen.

Autor

Prof. Dr. med. Christian Pross

ist Mitbegründer und war von 1992–2003 Leiter des Behandlungszentrums für Folteropfer. Er forscht und publiziert über Medizin im Nationalsozialismus, die Verfolgung jüdischer Ärzte sowie über die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Stasi-Verfolgten. Im Jahr 2009 erhielt er das Bundesverdienstkreuz und war von 2010–2013 Mitglied im Unterausschuss der Vereinten Nationen zur Prävention von Folter.

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Prof.Dr.med.Dr.phil.Andreas Heinz
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Dipl.-Psych. Julie Holzhausen (Leitung)
Dr. rer. medic. Gabriel Gerlinger (Leitung)
Isabelle Lork, M. A. (Koordination)
Michaela Peeters, M. A.
Michael Wassiliwizky, M. Sc.
Robert Zeidler, MPH
Dr. phil. Paula Schicktzanz

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

April 2020

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

ABBILDUNGEN

Titelseite: Tim Ellis/Ikon Images/akg-images; S.4: Holger Groß; S.6: Adobe stock/Evrymmnt;
S.8 unplash/marianne-bos; S.9: picture alliance/Uli Deck/dpa; S.20–25: Claudia Burger;
S.30: Stefanos Kokkalis; S.34: Emiliano Vittoriosi/unplash S.35: photocase/cydonna;
S.36–40: picture alliance/Daniel Matzenba; S.43: Ekkehard Helmig; S.44–45: Fotoarchiv Digne
Marcovicz; S.46: Archiv Mannheimer Morgen; S.47: Cover: Psychiatrie Verlag, Köln 2016



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle DGPPN

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

Soziale Fragen und Psychiatrie

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

26. MAI 2020

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppn.de