

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Sie tickt anders – er auch

Transitionspsychiatrie
als Zukunftsaufgabe

→ Seite 16

DGPPN Kongress 2016:
am Puls der Wissen-
schaft

→ Seite 22

Ich ist nicht Gehirn:
Gibt es den freien
Willen?

→ Seite 38

DIE THEMEN DIESER AUSGABE



12

FLÜCHTLINGE IN DEUTSCHLAND: RECHT AUF PSYCHISCHE GESUNDHEIT

16

UNTER VIER AUGEN
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER JÖRG FEGERT IM GESPRÄCH MIT DEM ERWACHSENENPSYCHIATER HARALD FREYBERGER



22

DGPPN KONGRESS 2016: AM PULS DER WISSENSCHAFT



38

ICH IST NICHT GEHIRN: GIBT ES DEN FREIEN WILLEN?

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Neues Psych-Entgeltsystem:	
Grundsätzliche Fragen bleiben offen	2
„NichtmeinGesetz“ – Teilhabe jetzt?	4
Psychiatrische Forschung strukturell fördern	5
„... der Angst entgegen, freier leben!“	6
Positionen zur Reform der Psychotherapeuten-	
ausbildung	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Gendermedizin: Sie tickt anders – er auch	8
Flüchtlinge in Deutschland:	
Recht auf psychische Gesundheit	12

UNTER VIER AUGEN

Ein Gespräch über die Transitionspsychiatrie	
als Zukunftsaufgabe	16

DGPPN KONGRESS

Psyche – Mensch – Gesellschaft	22
--------------------------------	----

ZUKUNFT

Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater	28
--	----

INSIDE DGPPN

Psychopharmaka im Blickpunkt	30
------------------------------	----

PSYCHE IN MEDIEN

Matt Haigs Bestseller:	
ziemlich gute Gründe für eine Lektüre	31
Riskante Berichte verstärken Stigma	32

VON GESTERN FÜR HEUTE

Historische fotografische Konstruktionen	34
--	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Neurodeterminismus und Menschenbild	38
-------------------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

Fax: 030.2404 772-29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsidentin

Dr. med. Iris Hauth

(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin

Charlottenburg

REDAKTION

Jürg Beutler, lic. phil. (Leitung)

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger M. A.

(Leitung)

Isabelle Lork, M. A.

AUFLAGE

9400 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

Juli 2016

LAYOUT UND SATZ

Timm Knoerr, Robert Grund

SCHLUSSKORREKTUR

Heidefrey Lektorat | Berlin

DRUCK

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,

Berlin

ABBILDUNGEN

AKG-IMAGES: S. 39 (R. Magritte, *Le Pèlerin*); CLAUDIA BURGER: S. 3, 7, 16, 18, 19, 20, 21, 26, 27;
FOTOLIA: Titelseite, S. 9 (*euthymia*); ISTOCK: S. 31 (*pixelliebe*), U3 (*Steve Pepple*), U4 (*meyrass*);
PHOTOCASE: S. 33 (*GabiPott*); PICTURE ALLIANCE: S. 4 (*picture-alliance/dpa*), S. 5 (*dpa/Oliver Berg*),
S. 6 (*picture-alliance/Klaus Rose*), S. 13 (*picture-alliance/Jochen Eckel*), S. 15 (*dpa*); SHUTTERSTOCK:
S. 29 (*SvedOliver*); THINKSTOCK: S. 22 (*turtix*), S. 30 (*alice-photo*)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Männer und Frauen leiden unterschiedlich – auch psychisch. Diese Erkenntnis scheint trivial, dennoch setzt sich die Forschung erst seit jüngster Zeit mit gendermedizinischen Aspekten auseinander. Die Medizinjaurnalistin Annegret Hofmann beleuchtet in dieser Ausgabe von *Psyche im Fokus* wichtige Stationen auf dem Weg hin zu einer geschlechtergerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. → [Seite 8](#)

Eine weitere wichtige Zukunftsaufgabe ist das Thema Transitionspsychiatrie. Um den besonderen psychischen Herausforderungen beim Übergang zum Erwachsenenalter adäquat begegnen zu können, arbeitet die DGPPN bereits an Lösungsansätzen und hat aus diesem Grund gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ein Eckpunktepapier verfasst. Die Rubrik „Unter vier Augen“ greift das Thema auf und macht einmal mehr deutlich, dass die bessere Verzahnung der Kinder- und Jugendmit der Erwachsenenpsychiatrie zum Wohle der Patienten erklärtes Ziel beider Disziplinen ist. → [Seite 16](#)

Das Ineinandergreifen verschiedener Perspektiven innerhalb des Fachgebietes können Sie hautnah beim diesjährigen DGPPN Kongress erleben. Ein Großteil des wissenschaftlichen Programms steht bereits fest. Die Highlights finden Sie übersichtlich in einem Artikel aufbereitet. → [Seite 22](#)

Daneben enthält *Psyche im Fokus* viele weitere lesenswerte Artikel:

- Allein in Deutschland haben im vergangenen Jahr über 440.000 Menschen einen Erstantrag auf Asyl gestellt. Viele von ihnen sind psychisch belastet und benötigen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe. Was haben sie erlebt und wie kann ihnen konkret geholfen werden? Die Psychiaterin Meryam Schouler-Ocak beschreibt die gegenwärtige politische Situation und verbindet sie mit anschaulichen Fallbeispielen aus ihrer Klinik. → [Seite 12](#)
- Gibt es den freien Willen? Oder sind unsere Motive und Wünsche, Handlungsgründe und Überzeugungen nur Illusionen? Der Bonner Philosophieprofessor und Bestsellerautor (*Ich ist nicht Gehirn*) Markus Gabriel liefert für *Psyche im Fokus* gute Argumente gegen das bisweilen reduktionistische Menschenbild der Neurowissenschaften. → [Seite 38](#)
- Psychiater haben immer wieder Fotografien von Patienten produziert, die so etwas wie die Natur von Krankheitserscheinungen darstellen sollten. Die Medien- und Kulturwissenschaftlerin Susanne Regener zeigt in ihrem Beitrag, wie sich Vorstellungen vom seelisch kranken Menschen in der Psychiatrie an und mit Bildern entwickelt haben. → [Seite 34](#)

Eine anregende Lektüre der aktuellen Ausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihre

Iris Hauth

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN



NEUES PSYCH-ENTGELTSYSTEM

GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN BLEIBEN OFFEN

Ende Mai hat das Bundesgesundheitsministerium den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgelegt. Auch wenn dieser in die richtige Richtung weist, sind umfassende Änderungen und Erweiterungen notwendig, damit das Gesetz zu keiner Verschlechterung der Versorgungslage führt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen ein Hilfe- und Versorgungssystem, das die besonderen Bedingungen ihrer Erkrankung und ihrer Lebenssituation adäquat berücksichtigt. Das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), dessen verpflichtende Einführung für 2017 vorgesehen war, setzte dafür die falschen gesundheitspolitischen und ökonomischen Anreize und erwies sich als ungeeignet. Deshalb haben die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände aus den Fächern der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – darunter auch die DGPPN – im vergangenen Jahr gemeinsam ein grundlegendes Umdenken in der Finanzierung von Krankenhausleistungen gefordert und ein konkretes Konzept für ein zukünftiges Entgeltsystem vorgelegt.

BEDÜRFNISSE DER BETROFFENEN

Der aktuelle Entwurf des PsychVVG nimmt die wesentlichen Forderungen prinzipiell auf. Doch in der Ausgestaltung bleibt der Referentenentwurf in seiner jetzigen Form insgesamt hinter den Erwartungen der Fachgesellschaften und Verbände zurück. Aus ihrer Sicht gefährden inkonsistente Formulierungen, widersprüchliche Bestimmungen und lückenhafte Regelungen letztlich die Ziele des neuen Vergütungs- und Versorgungssystems. In einer gemeinsamen Stellungnahme identifizieren sie eine Reihe von Problem-bereichen, bei welchen das Bundes-

gesundheitsministerium zwingend nachbessern muss, damit das Gesetz zu keiner Verschlechterung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führt. Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss die wesentliche Grundlage und ein zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems darstellen. Im vorliegenden Referentenentwurf ist dies noch nicht ausreichend der Fall.

TRENNUNG VON BUDGETFINDUNG UND ABRECHNUNG

Der Gesetzentwurf beschreibt das zukünftige Finanzierungssystem als ein Budgetsystem und grenzt es von einem Preissystem ab. Die grundlegende Voraussetzung dafür ist eine durchgängige und eindeutige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung. Diese ist in dem Gesetzentwurf aus Sicht der Fachgesellschaften und Verbände nicht konsistent und widerspruchsfrei umgesetzt. So eignen sich die Regelungen zur Budgetfindung nur bedingt, um den Wechsel von einem Preissystem in ein Budgetsystem sicherzustellen und umzusetzen. Sie stellen in erheblichem Maß auf eine empirische Kalkulation ab, wie sie im Rahmen des PEPP-Systems durchgeführt wurde und die an den Prinzipien eines Preissystems orientiert ist. Doch eine Budgetfindung auf der Basis von Ergebnissen dieser Kalkulation wäre systemwidrig. Die Regelungen zur Budgetfindung müssen einen normativen Aspekt beinhalten.

Deshalb muss das Bundesgesundheitsministerium die Regelungen zur Budgetfindung so ergänzen und überarbeiten, dass alleine der erforderliche Aufwand zur Diagnostik und Behandlung gemäß dem daraus resultierenden quantitativen und qualitativen Personalbedarf sowie die krankenspezifischen individuellen leistungsbezogenen und strukturellen Besonderheiten die entscheidenden Bestandteile des zu vereinbarenden Budgets darstellen.

FINANZIERUNG DER ERFORDERLICHEN PERSONALRESSOURCEN

Die Fachgesellschaften und Verbände begrüßen, dass der Referentenentwurf die Entwicklung von verbindlichen Mindeststandards für die Personalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgibt. Diese sollen ab 2020 vorliegen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung haben jedoch gezeigt, dass eine Ausfinanzierung der Personalkosten durch die Kostenträger auf Basis der tatsächlich anfallenden Personalkosten nur dann umgesetzt wird, wenn dies das Gesetz so auch vorgibt. Der Referentenentwurf enthält jedoch keine eindeutigen Regelungen. Unmissverständliche und für alle Beteiligten verbindliche Vorgaben sind deshalb dringend erforderlich.

KRANKENHAUSVERGLEICH

Grundsätzlich ist ein Krankenhausvergleich als Orientierungsgrundlage geeignet, um den Aufwand und die Konzepte der Leistungserbringung vergleichend



Transparenz und Qualitätssicherung sollten nicht zu einem erhöhten Bürokratieaufwand führen.

zu erfassen und damit Transparenz für den Aufwand und die erbrachten Leistungen herzustellen. Die Fachgesellschaften und Verbände weisen in ihrer Stellungnahme jedoch darauf hin, dass es sich nicht primär um einen Vergleich von Kostendaten (Krankenhaus-Betriebsvergleich) handelt, sondern um den Vergleich von Kennzahlen, die für die krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen einen Orientierungsrahmen bilden können. Insofern wird ein Krankenhausvergleich nicht als eine Grundlage für die Budgetfindung, sondern als Orientierung für die Verhandlungspartner vor Ort gesehen.

NACHWEISVERPFLICHTUNG

Das grundsätzliche Prinzip, dass die im Rahmen der Budgetverhandlung vereinbarten Mittel auch für den vereinbarten Zweck – also die adäquate psychiatrisch-psycho-somatische Versorgung – eingesetzt werden müssen und die Verpflichtung des Krankenhausträgers besteht, dies in geeigneter Weise zu belegen, wird grundsätzlich unterstützt. Allerdings erfordert diese Verpflichtung

unabdingbar die Erfüllung von Voraussetzungen, die im vorliegenden Entwurf weder in inhaltlicher noch in zeitlicher Hinsicht gegeben sind und die durch die jetzt vorgeschlagenen Bestimmungen auch nicht herbeigeführt werden können.

STATIONSÄQUIVALENTE LEISTUNGEN

Die Fachgesellschaften und Verbände stiften die Möglichkeit, dass Krankenhäuser zukünftig stationsäquivalente Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbringen können – wenn dies therapeutisch erforderlich und sinnvoll ist – positiv ein. Aus ihrer Sicht führt dies zu einer Verbesserung im Sinne der Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn diese Leistungen als eine weitere Behandlungsmöglichkeit im Rahmen einer sinnvoll abgestuften Behandlung definiert werden. Dies kann aber nur gelten, wenn dieses Behandlungsinstrument nach Art und Ausgestaltung ausreichend flexibel gestaltet ist. Eine Behandlung im häuslichen Umfeld kann zwar die im Wesentlichen gleiche Komplexität wie eine stationäre Behandlung

aufweisen, wird sich aber trotzdem in Dauer und Intensität davon unterscheiden müssen. Wäre dies nicht der Fall, so wäre ein solches Behandlungsinstrument auch nicht erforderlich.

Die Bestimmungen bzgl. der stationsäquivalenten Leistungen müssen deshalb so gestaltet werden, dass für die Krankenhäuser eine wirtschaftliche Leistungserbringung möglich ist. Das gilt auch für die Bestimmungen bzgl. einer durchgehenden Behandlungsbereitschaft. Anderenfalls wird dies dazu führen, dass die entsprechenden Leistungen nicht erbracht werden können.

Neben diesen grundsätzlichen Problemen sind im Gesetzesentwurf aus Sicht der DGPPN viele weitere Änderungen notwendig. Die Fachgesellschaft hat dem Bundesgesundheitsministerium deshalb eine ergänzende Stellungnahme übergeben, in der sie die einzelnen Gesetzesartikel im Detail kommentiert.

Die Stellungnahmen der DGPPN und der Plattform Entgelt finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Stellungnahmen.

UMSETZUNG DER BEHINDERTENRECHTSKONVENTION

„NICHTMEINGESETZ“ – TEILHABE JETZT?

Menschen mit Behinderung sollen künftig mehr Möglichkeiten erhalten, selbstbestimmt leben zu können. Dies ist das Kernziel des Bundesteilhabegesetzes, welches das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Ende April vorgelegt hat. Die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen sind darin jedoch noch nicht ausreichend berücksichtigt.

Mehr als zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind schwerbehindert. Sie warten seit Jahren auf eine Neuregelung ihrer Rechte. Mit dem sogenannten Bundesteilhabegesetz soll es nun so weit sein. Mehr als 360 Seiten umfasst der Referentenentwurf, den das Bundessozialministerium in diesem Frühling in die Ressortabstimmung sowie zur Länder- und Verbändebeteiligung gegeben hat.

Das Gesetz soll die Behindertenpolitik in Deutschland mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) in Einklang bringen.

protestieren derzeit behinderte und nichtbehinderte Menschen unter dem Motto „NichtmeinGesetz“ massiv gegen den vorliegenden Referentenentwurf.

GESETZESENTWURF GEHT NICHT WEIT GENUG

Aus Sicht der DGPPN orientiert sich der Referentenentwurf des Bundessozialministeriums nicht konkret genug an den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen. Auch sie fordert deshalb in einer Stellungnahme grundlegende Anpassungen und Nachbesserungen –

senschaftlich begleitete Versorgungsmodelle, dass die Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen mit der Unterstützung multiprofessioneller, teambasierter gemeindepsychiatrischer Teams und deren settingübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten in den Quartieren besonders gut gewährleistet werden kann. Das Bundesteilhabegesetz könnte die Voraussetzung schaffen, diese Modelle flächendeckend in die deutsche Versorgungslandschaft zu übertragen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft zu leisten. Leider findet sich im Referentenentwurf an keiner Stelle ein relevanter Hinweis auf Multiprofessionalität, Gemeindenähe oder ähnliche für die chancengerechte Teilhabe wesentliche Aspekte.

Weitere Ergänzungen fordert die Fachgesellschaft zudem bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe. So fehlen jegliche Leistungen zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit, insbesondere die nachgehenden Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen. Gerade Menschen mit psychischen Behinderungen bedürfen dabei spezifischer Unterstützung und Assistenz, die im Gesetzesentwurf prägnanter und konkreter benannt sein müssen, um den Forderungen der UN-BRK zu entsprechen. Die DGPPN adressiert in ihrer Stellungnahme weitere problematische Aspekte, z. B. bei der Gestaltung eines inklusiven Arbeitsmarktes, bei der bundesweiten Teilhabeberichterstattung zur Qualitätssicherung oder bei der Planung und Koordination von Teilhabeprozessen.



Der Gesetzesentwurf orientiert sich nicht konkret genug an den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen.

Gleichzeitig werden Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode umgesetzt. Grundlegende Ziele sind mehr Selbstbestimmung und umfangreichere Teilhabe sowie staatliche Leistungen aus einer Hand. Dem Grundsatz „nichts über uns – ohne uns“ folgend, hatte das Bundesministerium vorab einen umfassenden Beteiligungsprozess in einer „Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz“ durchgeführt. Dennoch

etwa was die Ermittlung des leistungsberechtigten Personenkreises betrifft.

Justierungen sind nach Ansicht der Fachgesellschaft hinsichtlich der gleichberechtigten Teilhabe und Inklusion in die Gemeinschaft notwendig. International existiert solide wissenschaftliche Evidenz für die Effektivität teambasierter gemeindepsychiatrischer Interventionen. Auch in Deutschland zeigen mittlerweile erprobte und wis-

WISSENSCHAFT

PSYCHIATRISCHE FORSCHUNG STRUKTURELL FÖRDERN

Neue Forschungsmethoden haben das Wissen über psychische Erkrankungen enorm bereichert. Daraus eröffnen sich große Potenziale für die Entwicklung neuer präventiver, diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Doch bis die neuen Therapieansätze bei den Patienten ankommen, braucht es Jahre intensiver und kontinuierlicher Forschung. Eine gezielte strukturelle Förderung durch den Bund ist dafür unverzichtbar.

Psychische Erkrankungen stellen Wissenschaftler vor besondere Herausforderungen: Das menschliche Gehirn und die Nervenzellen, aus denen es besteht, waren bisher für die Forschung und Klinik kaum zugänglich. Um den Zusammenhang zwischen Genen und Erkrankungsursachen besser zu verstehen, setzen Wissenschaftler große Hoffnung auf induzierte pluripotente Stammzellen (iPS). Diese werden aus Hautzellen, Haarzellen oder Blutproben psychisch erkrankter Menschen gewonnen und mithilfe genetischer Methoden reprogrammiert. Ziel ist es, anhand dieser von einem individuellen Patienten stammenden Zellen untersuchen zu können, wie sich Krankheitsfaktoren auf die Biologie der Nervenzellen auswirken. In einem nächsten Schritt sollen so Wirkstoffe entwickelt und getestet werden, die dem Erkrankungsprofil optimal entsprechen.

Die iPS-Technologie ist aber nur eine von vielen Ansätzen in der psychiatrischen Grundlagenforschung. Vielversprechend sind z. B. auch die aktuellen Erkenntnisse im Bereich der Biomarker und in der Verwendung sogenannter *Big Data* – das sind in der Routineversorgung anfallende Daten, aus denen sich Rückschlüsse über therapeutische Möglichkeiten gewinnen lassen.

STRUKTURELLE FORSCHUNG NOTWENDIG

Bis eine wissenschaftliche Innovation allerdings in der Praxis ankommt, braucht es Jahre intensiver und kontinuierlicher Forschung. Mit der Einrichtung



Wissenschaftler setzen große Hoffnung auf die Stammzellenforschung.

der Forschungsnetze für psychische Erkrankungen ist 2014 die Projektförderung in diesem Bereich zwar wesentlich gestärkt worden, trotzdem erhalten diese in der öffentlichen Forschungsförderung noch immer nicht den gleichen Stellenwert wie die somatischen Krankheiten.

Mit den Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung (DZG) hat die Bundesregierung ein Instrument geschaffen, das sich zur strukturellen Förderung auch auf dem so wichtigen Bereich der Erforschung der psychischen Gesundheit über die Lebensspanne eignet. Daher sollte nach Ansicht der DGPPN in dieser Initiative auch ein Deutsches Zentrum für psychische Erkrankungen (DZP) eingerichtet werden: Die erfolgreiche Projektförderung des Bundes im Bereich der psychischen Störungen müsste in ein DZP münden, in dem mehrere Partnerstandorte in Deutschland nachhaltig strukturell gefördert werden, um ihre jeweiligen Kompetenzen einzubringen.

Einen Rückschlag haben diese Forderungen indes nun durch die Erklärung der Bundesregierung erfahren, dass sie momentan nicht beabsichtige, ein DZP oder eine andere Form der Strukturförderung einzurichten. Im Anschluss an die derzeit laufende Evaluation der DZG solle zunächst in einer zentrenübergreifenden Betrachtung geprüft werden, welcher Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung des DZG-Konzepts besteht. Gleichzeitig soll der Wissenschaftsrat mit der Erarbeitung von Kriterien zur Vergabe von neuen Themen und neuen Standorten beauftragt werden.

Angesichts der wachsenden gesundheitspolitischen Bedeutung von psychischen Erkrankungen in Deutschland und weltweit ist zu erwarten, dass sie ganz oben auf der Liste potentieller Themen stehen werden. Denn die jährlichen Kosten psychischer Störungen in Europa belaufen sich nach Berechnungen des European Brain Council auf fast 600 Milliarden Euro und allein in Deutschland auf über 152 Milliarden Euro.

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

„... DER ANGST ENTGEGEN, FREIER LEBEN!“

Die öffentlich geförderte Studie „Jena-PARADIES ... der Angst entgegen, freier leben!“ will die hausärztliche Versorgung von Patienten mit Panikstörung erleichtern und optimieren. An dem Projekt des Institutes für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena (UKJ) nahmen 419 Patienten aus 73 Hausarztpraxen teil. Die deutschlandweite Studie wurde im Juni in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt.

Fast zehn Millionen Deutsche leiden an Panik- und Angststörungen. Angesichts langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz befindet sich ein Drittel dieser Patienten ausschließlich in hausärztlicher Behandlung. Nun sollen die Hausärzte stärker dabei unterstützt werden, eine gute Versorgung für ihre leidenden Patienten anbieten zu können. Die 2012 gestartete und jetzt abgeschlossene wissenschaftliche Studie wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Jürgen Margraf von der Ruhr-Universität Bochum entwickelten die Jenaer Allgemeinmediziner um Prof. Dr. Jochen Gensichen ein verhaltenstherapeutisches Kurzprogramm. Dabei führt der Hausarzt den Patienten während vier Sitzungen schrittweise in die therapeutischen Expositionsübungen ein. Die Medizinische Fachangestellte der Hausarztpraxis unterstützt in regelmäßigen

Telefonaten den Patienten bei seinen speziellen Übungen. Dazu wurden Hausärzte und ihre Angestellten vorher besonders geschult.

Im Ergebnis waren die mit diesem Programm behandelten Patienten zwölf Monate nach Abschluss weniger ängstlich, weniger depressiv und mit der ambulanten Behandlung zufriedener als diejenigen, die nicht im Programm waren. Auch die Kosten-Nutzen-Bewertung zeigte ein positives Resultat.

Nun werden die gesundheitspolitischen Implikationen diskutiert. Das gezeigte Vorgehen sollte in die ärztliche Fort- und Weiterbildung, z. B. in die „Psychosomatische Grundversorgung“, integriert werden. Auch sollten die neuen Vertragsformen der GKV, wie die „Hausarztzentrierte Versorgung“ und die „Integrierte Versorgung“ genutzt werden, um diese Studienergebnisse schnell in die Regelversorgung einfließen und so den Patienten zugutekommen zu lassen.



Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen befinden sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung.

Die Autoren der Studie sehen, eine entsprechende Schulung vorausgesetzt, keine Hindernisse, warum ähnliche Behandlungsansätze nicht auch bei anderen psychischen Erkrankungen erfolgreich zum Einsatz kommen sollten.

FORTBILDUNGSANGEBOT DER DGPPN FÜR HAUSÄRZTE

Die besondere Bedeutung der Hausärzte für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat auch die DGPPN erfasst. Sie bietet deshalb seit 2015 eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte, Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten und Weiterbildungsassistenten auf dem DGPPN Kongress an. Auch in diesem Jahr ist der „Schwerpunkt Hausarztpraxis“ wieder fachübergreifend aufgebaut, und renommierte Expertinnen und Experten auf den Gebieten der

psychischen Erkrankungen und der Allgemeinmedizin führen gemeinsam durch die Symposien. Das Themenspektrum ist breit: Neben Depressionen steht z. B. die Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen oder psychisch erkrankten Flüchtlingen im Vordergrund. Weitere Symposien thematisieren etwa die Diagnostik und Therapie von Menschen mit Demenz, psychische Störungen am Arbeitsplatz oder forensische Fragestellungen.

„Schwerpunkt Hausarztpraxis“ auf dem DGPPN Kongress 2016

- 25. und 26. November 2016 im CityCube Berlin
- Zertifizierung beantragt, mit bis zu 12 CME-Punkten
- Mehr als 10 Symposien mit rund 30 Einzelvorträgen
- Teilnahmegebühr 200 Euro

REFORM DER PSYCHOTHERAPEUTENAUSBILDUNG

POSITIONEN ZUR REFORM DER PSYCHOTHERAPEUTENAUSBILDUNG

Die adäquate Versorgung von Menschen aller Altersgruppen mit psychischen Erkrankungen setzt kompetent aus- und weitergebildete Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten voraus. Ende 2013 versprach die Regierung in ihrem Koalitionsvertrag deshalb, „das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung“ zu überarbeiten. Noch vor der Sommerpause wird ein erster Arbeitsentwurf der neuen Gesetzgebung erwartet. DGPPN, DGKJP, DGPs und der Fakultätentag Psychologie stellen nun in einem Positionspapier klar, dass die Reform den Anforderungen in der Patientenversorgung Rechnung tragen muss.

Deshalb fordern die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, dass die zukünftigen Psychotherapeuten des Kinder-, Jugend- und Erwachsenenbereichs im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung sowohl die notwendigen wissenschaftlichen als auch die praktischen Kompetenzen zu einer fachlich notwendigen und verantwortungsvollen Ausübung ihres Berufs erwerben müssen. Dies schließt sowohl die Kenntnis der wesentlichen Krankheitsbilder des Indikationsgebietes als auch die notwendigen diagnostischen Kompetenzen sowie Kompetenzen in der Anwendung wissenschaftlich anerkannter Behandlungsverfahren oder -methoden mit ein. Auch die praktische Erfahrung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung – mit den wesentlichen, für den Indikationsbereich „Psychotherapie“ relevanten Krankheitsbildern, mit unterschiedlichen Schweregraden und in unterschiedlichen Behandlungssettings (stationär und ambulant) – wird betont. Hierbei sei auf das Erreichen einer ausreichenden Qualifikation für die Behandlung von Personen mit schweren psychischen Störungen zu achten.

HOHE QUALITÄTSANFORDERUNGEN

Die Fachgesellschaften setzen sich für die Wahrung der hohen Qualitätsanforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten ein. Ein Studium zur Approbation setze deshalb eine universitäre Ausbildung mit einer Minstdauer von fünf Jahren voraus



Die Aus- und Weiterbildung von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sollte immer auch praktische Erfahrungen mit schweren psychischen Erkrankungen beinhalten.

(Abschluss auf EQR-7). Das Studium solle in ausreichendem Umfang neben den wissenschaftlichen Grundlagen auch die Vermittlung von praktischen Kompetenzen und Erfahrungen im direkten Patientenkontakt beinhalten. Da eine Approbation direkt nach dem Studium keine sozial-rechtliche Zulassung erlaubt, müsse hierfür eine entsprechende Weiterbildung absolviert werden. Eine akademische Ausbildung, die zu den genannten Ausbildungszielen und Kompetenzen führt, könne entsprechend nur an Hochschuleinrichtungen erfolgen, die hohen Ansprüchen an Forschung und Lehre genügen und die strukturellen Voraussetzungen für die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses erfüllen.

Es sollen darüber hinaus in ausreichendem Maße Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen von Assistenzstellen sowohl für den stationären als auch ambulanten Kinder-, Jugendlichen- als auch Erwachsenenbereich geschaffen, finanziert und entsprechend des vorliegenden akademischen Niveaus entlohnt werden.

GEGENSEITIGER RESPEKT

Im Sinne des biopsychosozialen Modells psychischer Erkrankungen seien immer psychologische und medizinische Kompetenzen erforderlich, um eine umfassende Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicher zu stellen. Deshalb respektieren beide Gruppen von Fachvertretern ausdrücklich die Autonomie bezüglich der spezifischen Kompetenzen und notwendigen Regulierungen der jeweiligen Fächer. Zusätzlich sollen Wege einer Kooperation der Fächer mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der Forschung sowie in der Aus- und Weiterbildung gefördert und ermöglicht werden (z. B. Modellprojekte zur Kooperation von Psychologie und Medizin in der Aus- und Weiterbildung).

Die gemeinsamen Positionen von DGPPN, DGKJP, DGPs und FTPs zur Reform des Psychotherapeutengesetzes finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Stellungnahmen.

GENDERMEDIZIN

SIE TICKT ANDERS – ER AUCH

Psychische Erkrankungen werden bei Frauen deutlich häufiger diagnostiziert als bei Männern. Aus der Forderung nach Gleichbehandlung und gleichzeitiger Respektierung von Unterschieden entwickelte sich die Gendermedizin. Dabei kann Geschlechtersensibilität neue Ansätze für Psychiatrie und Psychotherapie eröffnen.

Autorin: Annegret Hofmann

Hysterischer Depressionszustand lautete die Diagnose, mit der das Dienstmädchen Grete K. 1912 in die Landesheilanstalt zu Marburg aufgenommen wurde. Sie sei, wie sie selbst beschrieb, durch die Lektüre eines kurz zuvor erschienenen Romans von Hedwig Courts-Mahler in einen Zustand versetzt worden, der sie ihre Hausarbeit bei zwei älteren Damen in Gelnhausen vernachlässigen lasse, sie sei ohne Appetit und des Schlafs beraubt und in Angstzustände geraten. Die behandelnden Ärzte beachteten Grete K.s zaghaften Hinweise, dass ihr „Kopf so schwer“ sei und ihr das Gehirn „wie zusammengestoßen“ sei, nicht, nahmen dies auch nicht als einen möglichen Zusammenhang zu einer organischen Erkrankung in den „somatischen Status“ der Krankengeschichte auf, wie es durchaus möglich gewesen wäre. Vielmehr sahen sie in der „gefährlichen“ Lektüre schließlich die einzige Ursache für ihren „hysterischen Depressionszustand“. Die Hysterie wurde als „Krankheit der weichen, tiefempfindenden Gemüter“ betrachtet, als „krankhafte Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen verursacht sind“, begriffen. Frauen galten als anfällig für Einflüsterungen aller Art. So schien es logisch, die Lektüre eines „Schundromanes“ als Hauptursache für das Leiden der Grete K. zu akzeptieren.

Die Geschichte der Grete K. mag als launische Reminiszenz an die Vergangenheit der Psychiatrie gelten, die wir nachsichtig ad acta legen könnten. Schließlich sieht Psychiatrie mehr als 100 Jahre später anders aus. Die Hysterie wird heute weder der Gebärmutter zugeschrieben noch der Lektüre rührseliger Literatur, und überhaupt sind dissoziative Störungen, wie wir sie inzwischen definieren, keine Spezialität von Frauen. Die Debatte um eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie – also um Gendermedizin auch hier – wird, permanent um aktuelle Erkenntnisse und Aspekte bereichert, allerdings immer noch und zum Teil sehr lebhaft geführt.

GLEICHBEHANDLUNG UND UNTERSCHIEDE

Wenn es um Gendermedizin geht, denken auch heute viele noch ausschließlich an „Frauenmedizin“. Und es ist in der Tat richtig, dass feministische Gruppen in den beiden letzten Jahr-

zehnten des vergangenen Jahrhunderts die Finger in die Wunde legten: Sie beklagten aus der unbestrittenen gesellschaftlichen Ungleichbehandlung eine medizinische Unter- und Fehlversorgung bei Frauen – und dies auch in der Psychiatrie und Psychotherapie. Aus ihrer Forderung nach Gleichbehandlung und gleichzeitiger Respektierung von Unterschieden entwickelten sich die Ansätze der Gendermedizin.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts schrieb die amerikanische Wissenschaftlerin Marianne Legato, die als eine der Pionierinnen der Gendermedizin gilt, im Vorwort zu ihrem Standardwerk *Eve's Rib*: „Bis vor rund zehn Jahren waren wir Mediziner davon überzeugt, es genüge, Neues am Männerkörper zu erproben und zu erforschen, und es könnten die gewonnenen Erkenntnisse ebenso für Frauen gelten [...]“

Beim 33. Deutschen Evangelischen Kirchentag im Juni 2011 in Dresden benannte Prof. Margarethe Hochleitner, Leiterin des Frauengesundheitszentrums der Medizinischen Universität Innsbruck, die historischen Wurzeln „aus der Frauengesundheitsbewegung, [...] in geringem Maße auch aus der Männergesundheit heraus“ und resümierte: „Gendermedizin hat [...] als Querschnittsmaterie Einzug in die Medizinforschung und -lehre gefunden.“

Es stimmt also z. B., und daran zweifelt inzwischen kaum noch jemand: Frauenherzen schlagen anders. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Kardiologie sind es vor allem, die in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden, als Beispiele einer geschlechtersensiblen Medizin. Andere medizinische Fächer haben inzwischen – in unterschiedlichem Maße – nachgezogen.

SEX UND GENDER

Im Englischen bezeichnet „Sex“ das biologische, „Gender“ das Geschlecht in seiner sozialen, kulturellen und historischen Prägung. Gendermedizin erforscht die Geschlechtsspezifika von Gesundheit und Krankheit – im besten Fall in ihrem bio-psycho-sozialen Kontext. Sie ist deshalb Voraussetzung und unabdingbarer Bestandteil einer individualisierten Medizin.



Gendermedizinische Aspekte werden in der Forschung erst seit relativ kurzer Zeit berücksichtigt.

FRAUEN UND MÄNNER SIND UNTERSCHIEDLICH. STIMMT DAS AUCH BEIM GEHIRN?

Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Gehirn und in der Art des Denkens werden seit Jahren unter verschiedenen Aspekten und oft auch kontrovers diskutiert. Dabei geht es inzwischen nicht mehr um vorhandene Gewichtsunterschiede. Aus der Hirnforschung erreichen uns in immer kürzeren Abständen Erkenntnisse, die jede für sich ganz praktische Auswirkungen auf Psychiatrie und Psychotherapie haben könnten.

Seit 2013 ist die Erkenntnis von US-Wissenschaftlern in der Welt, dass es bei Frauen besonders viele Kontakte zwischen den beiden Hirnhälften gebe, während bei Männern mehr Verknüpfungen innerhalb der Gehirnhälften bestünden. Ihre Untersuchungen zeigten, dass männliche Gehirne offenbar für eine Kommunikation innerhalb der Hirnhälften optimiert sind. So besäßen z. B. einzelne Unterbereiche des Gehirns viele Verknüpfungen mit ihren direkten Nachbarbereichen. Es gebe also mehr lokale Verbindungen mit kurzer Reichweite. Bei Frauen hingegen habe sich eine größere Zahl längerer Nervenverbindungen vor allem zwischen den beiden Gehirnhälften finden lassen. Nur im Kleinhirn sei es genau andersherum gewesen. Hier gebe es bei den Männern viele Verbindungen zwischen den Hemisphären, bei Frauen aber innerhalb der beiden Hemisphären. Darauf aufbauend gilt heute: Männer können dank

ihrer Hirnarchitektur ihre Wahrnehmungen besser in koordinierte Handlungen umsetzen, Frauen hingegen besser analytische und intuitive Informationen miteinander verbinden.

2015 kam Widerspruch von Wissenschaftlern aus Tel Aviv, und auch von Dr. Daniel Margulies vom Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig. Sie werteten Aufnahmen von Kernspintomographien von 1.400 Probanden aus und untersuchten dabei Unterschiede in der grauen und der weißen Substanz des Gehirns sowie in der Stärke der Verknüpfungen zwischen verschiedenen Hirnbereichen. Sie kamen zum Ergebnis, dass die meisten Gehirne Merkmale sowohl aus männlichen wie aus weiblichen Kategorien besitzen. Gehirne mit rein männlichen oder rein weiblichen Kennzeichen sind deutlich in der Minderheit – im Bezug auf die graue Substanz war das nur bei sechs Prozent der Fall.

Von 2016 und damit noch aktueller ist eine internationale Studie, die soeben in „Nature“ veröffentlicht wurde. Neurowissenschaftler aus Magdeburg, Leipzig und Nottingham konnten nachweisen, dass die Gehirne von Männern und Frauen unterschiedlich auf eigene Handlungsfehler reagieren. Diese Unterschiede sind so signifikant, dass sich allein aus den gemessenen Hirnströmen das Geschlecht vorhersagen lässt. Bei den Probanden zeigte sich, dass Männer die gestellten Aufgaben etwas schneller bearbeiten konnten als Frauen. Gleichzeitig reagierten ihre Gehirne stärker auf Handlungsfehler als die der

Frauen: Eine auf der Kopfoberfläche messbare Spannungsänderung, die sogenannte Fehlernegativierung, ist bei Männern größer. Die Frauen hingegen passten ihr Verhalten nach begangenen Fehlern flexibler an und verlangsamten ihre Reaktionen deutlich stärker als Männer.

*DIE ZUSAMMENHÄNGE
ZWISCHEN KÖRPER UND SEELE,
UNTERSCHIEDE UND GEMEIN-
SAMKEITEN ZWISCHEN FRAUEN
UND MÄNNERN ERKENNEN
UND FÜR EINE SINNVOLLE
THERAPIE ZU NUTZEN, DAS
WILL GENDERMEDIZIN. NICHT
MEHR UND NICHT WENIGER.*

Dr. Adrian Fischer vom Lehrstuhl Neuropsychologie der Universität Magdeburg und Erstautor der Studie, sieht darin einen großen Gewinn für die Arbeit der Psychiatrie. „Da die Häufigkeit vieler psychischer Erkrankungen, die zu Fehlhandlungen führen, unterschiedlich auf die Geschlechter verteilt ist, versteht man vielleicht die Geschlechtsunterschiede bei den Patienten auch besser, wenn man die Abweichungen bei Gesunden erklären kann. Die Fähigkeit, auf Fehler zu reagieren, zeigt sich verändert unter anderem bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung oder der Schizophrenie. Daher erscheint es sinnvoll, verstärkt geschlechterspezifische Studien zu Ursachen, Diagnostik und Therapie dieser Störungen vorzunehmen.“

ZAHLEN SIND NICHT ALLES

Bei immer mehr somatischen Erkrankungen – und hier mag wieder das Thema Herz und Kreislauf als beispielhaft gelten – liegen inzwischen zahlreiche Studien und Metaanalysen vor, Grundlage für weitere Forschungen, die zunehmend die praktische Anwendung dieser Erkenntnisse fokussieren.

In der Psychiatrie und den angrenzenden Fächern ist die Datenlage noch nicht ganz so umfassend. In die Datenbank Gendermedizin (gendermeddb.charite.de), einem systematischen Archiv wissenschaftlicher Publikationen zu Geschlechterunterschieden in der Medizin, wurden diese Fächer noch nicht aufgenommen. Epidemiologische Daten, Statistiken, Studien-

erhebungen, Erkrankungshäufigkeiten, die Diagnoseverteilung zwischen Männern und Frauen geben zunehmend zumindest zahlenmäßig Auskunft über die Fakten. Das alles sei eine wichtige Grundlage, aber für eine gezielte Therapie und Versorgungsoptimierung nicht ausreichend, meint Prof. Katarina Stengler. Die Psychiaterin leitet seit kurzem das Projekt „GPmed – Genderperspektiven in der Medizin“ der Leipziger Universität. Für sie ist sicher, dass Zahlen allein die tatsächliche Situation zum Teil verzerren.

Die Psychiatrie und ähnliche Fächer weisen, im Vergleich zu anderen Gebieten der Medizin, bezüglich ihrer Geschlechterspezifität eine Besonderheit auf: Während zumeist, um wieder bei der Kardiologie zu bleiben, der männliche Patient im Fokus der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit stand, dies auch mit Blick auf Diagnostik, Therapien, Medikamentenverordnung oder auch Rehabilitation, ist dies bei den psychischen Erkrankungen oft gerade umgekehrt. Prof. Stengler verweist auf eigene Reviews zu geschlechtsspezifischen Publikationen in der Psychiatrie. Nur 3 von 191 Originalarbeiten aus den Jahren 2009/10 beinhalteten eine geschlechtsspezifische Analyse. Frauenspezifische Fragestellungen wie postpartal auftretende psychische Erkrankungen fänden sich häufig; der Blick auf die Männer käme generell zu kurz, sei aber dringend nötig – „erfreulicherweise bewegt sich hier aber etwas“.

Auch Prof. Anne Maria Möller-Leimkühler, München, beklagt, dass entsprechende Programme und Konzepte bisher fast ausschließlich auf Frauen zugeschnitten sind und diese ansprechen. Diese Vernachlässigung gehe, so die Sozialwissenschaftlerin, auf tief verwurzelte gesellschaftliche Konstruktionen von Männlichkeit und Weiblichkeit zurück. „Das Pendant zur hohen Medikalisierung und Psychiatrisierung weiblicher Befindlichkeiten ist bis heute die sehr viel geringere Medikalisierung und Psychologisierung männlicher Beschwerden.“

AKTUELLES BEISPIEL DEPRESSION

Der Gesundheitsreport 2016 der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) widmet sich der Analyse von Arbeitsfähigkeitsdaten unter dem Schwerpunkt Gender und Gesundheit. Auch hier wird statuiert – „Unabhängig von der Art der Erhebung, ist die Depressionsprävalenz bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern“. Warum das so ist, erklärt der Report zum einen bezüglich der Erkrankungszahlen der Frauen mit biologischen und speziell hormonellen Ursachen, zum anderen verweist er aber auch auf „methodische Artefakte“. Symptome der Depression äußern sich bei Frauen und Männern unterschiedlich, Aggressivität, asoziales Verhalten und Sucht können – nach Möller-Leimkühler – auf Seiten der Männer Symptome der Depression sein, auf der der Frauen sind es bekanntermaßen, Unruhe, Klagsamkeit, Verstimmung. Zeit also, stereotype Rollenzuweisungen nicht nur gesellschaftlich zu diskutieren, sondern auch durch die Therapeuten zu überprüfen

fen, fordert deshalb Psychiaterin Stengler. Was für die Depression gilt, muss auch bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern hinterfragt werden. Die Forderung, mehr entsprechende Forschung anzustoßen und die geschlechtsspezifische Auswertung bindend einzufordern, ist deshalb mehr als berechtigt. Nicht zuletzt trifft dies auf die Erarbeitung neuer Leitlinien zu.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arzneimittelversorgung werden bei den Psychopharmaka besonders deutlich. Prof. Karen Nieber, Leipzig, berichtet mit Blick auf den Barmer GEK Arzneimittelreport 2012, dass Frauen mit 33,4 verordneten Tagesdosen durchschnittlich 56 % mehr Psychopharmaka erhielten als Männer mit 21,0 Tagesdosen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Medikation führen, so Nieber, auch zu unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen – zum Nachteil der Frauen, wie eine Vielzahl von Studien zeige. Prof. Petra Thürmann, Wuppertal, ausgewiesene Kennerin der geschlechter- wie auch altersspezifischen Pharmakologie, plädiert deshalb dringend dafür, entsprechende vergleichende Untersuchungen nach der Zulassung eines Medikaments zu veranlassen. Sie sieht darin explizit auch eine Aufgabe für die Fachgesellschaften.

GESCHLECHTERGERECHTE PSYCHIATRISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG – WOHIN GEHT DIE REISE?

Gendermedizin in Psychiatrie und Psychotherapie ist, das zeigt die Exkursion auf den vorangegangenen Seiten, ein weites Feld, schon allein bedingt durch die Unterschiedlichkeit der Themen und Problemfelder, die sie berühren. Die Komplexität des Bio-Psycho-Sozialen, die gerade hier ihren Niederschlag findet, stellt die Akteure vor große Herausforderungen. Dabei sind die zweifellos notwendige Forschungsarbeit und die Datensammlung nur eine Seite der Medaille. Prof. Stengler nennt als wichtigsten „Türöffner“ die Sensibilisierung der Behandler, die Entwicklung der Fähigkeit, genauer hinzuschauen – wen haben wir vor uns, wer ist sie, er, es, was konkret sind die Ursachen für die Befindlichkeit, die Erkrankung. Diese Sensibilisierung müsse, so Stengler, sehr früh ansetzen, dort, „wo die Menschen ins System der Gesundheitsversorgung gehen“. Diese notwendige Sensibilisierung kann erlernt werden – und darauf sollten sich Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischer Berufe, allen voran des ärztlichen, richten.

Dr. Astrid Bühren, niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Murnau/Oberbayern und Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, plädiert in diesem Zusammenhang vor allem für die Aufwertung der sprechenden Medizin, die, im Vergleich zu den modernen differenzialdiagnostischen Methoden und bildgebenden Verfahren, eine zu geringe Rolle spiele. Sie verweist dabei auch auf „Untersuchungen, die zeigen, dass Ärztinnen mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten aufwenden als ihre männlichen

Kollegen. Andere belegen eine höhere Compliance der Patienten, die von Ärztinnen behandelt werden.“ Dies sei, zumal bei der wachsenden Zahl von Ärztinnen in unserem Gesundheitssystem, auch eine Chance für die gesundheitliche Versorgung. „Durch wen auch immer – eine kompetente Gesprächsführung durch Frauen und Männer, die die Geschlechtsspezifika der Patientinnen und Patienten berücksichtigt, muss stärker in den Fokus ärztlicher Tätigkeit und aller Beteiligten im Behandlungsprozess gerückt werden.“

In weiten Feldern der Psychiatrie und der Psychotherapie stehen umfassende Erkenntnisse zur Geschlechterspezifik noch aus bzw. befinden sich im Prozess der Diskussion. Wie in der betrieblichen Gesundheitsförderung, wo die stabil hohe Zahl psychischer Erkrankungen dringend der Lösung bedarf: Auch hier sind geschlechterdifferente Lösungen möglich, wie z. B. die Arbeit von Prof. Harald Gündel zeigt. Der Ulmer Psychosomatiker konnte beim Männergesundheitskongress der BZgA und des Bundesgesundheitsministeriums 2015 über erfolgversprechende gemeinsame Projekte mit Unternehmen berichten. Dort würden im Arbeitsumfeld Beratungen speziell für Männer angeboten, die diese gut annehmen. Niederschwellige Angebote, die Frauen und Männer in ihrem Lebens- und Arbeitsumfeld erreichen – über solche Versorgungsformen wird weiter nachgedacht. Was ist sinnvoll, machbar, was bringt der Patientin, dem Patienten den gewünschten Benefit? Geschlechterspezifische Sprechstunden, gemeinsame Psychiatristationen oder in bestimmten Fällen nach Geschlechtern getrennt, Frauen-, Männer- oder gemischte Therapiegruppen z. B. in der Reha? Was ist wirklich somatisch, was ist der Psyche zuzuschreiben, wie viel von beidem steckt in der Erkrankung?

Viel Stoff für die Forschung, vor allem viele Ansätze zum Neudenken, für neue Kooperationen mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fächer. Die Zusammenhänge zwischen Körper und Seele, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern erkennen und für eine sinnvolle Therapie zu nutzen, das will Gendermedizin. Nicht mehr und nicht weniger.

ANNEGRET HOFMANN

Medizinjournalistin, Sprecherin des Netzwerks „Gendermedizin & Öffentlichkeit“, gegründet 2011, www.gendermed.info

LITERATUR

Kautzky-Willer A, Tschachler E (2012) *Gesundheit. Eine Frage des Geschlechts*. Orac, Wien

Gadebusch Bondio M, Katsari E (Hrsg) (2014) „Gender-Medizin“ *Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin*. transcript, Bielefeld

Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) (2015) *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. Hogrefe, Bern

Rebscher H (Hrsg) *DAK-Gesundheitsreport 2016*. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

FLÜCHTLINGE IN DEUTSCHLAND

RECHT AUF PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Die Zahlen sind dramatisch: Zurzeit befinden sich weltweit nahezu 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Allein in Deutschland haben im vergangenen Jahr über 440.000 Menschen einen Erstantrag auf Asyl gestellt. Viele von ihnen sind psychisch angeschlagen und benötigen psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe. Wer sind sie? Was haben sie erlebt und wie kann ihnen konkret geholfen werden?

Autorin: Meryam Schouler-Ocak

Die Syrerin Fara M., 45 Jahre alt, lebt seit knapp einem Jahr in Deutschland und sucht eine psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulanz in Berlin auf. Dabei hat sie ihren 13-jährigen Sohn. Er komme zur Übersetzung mit, weil er in der Schule Sprachunterricht habe und schon Deutsch spreche. Als ihr ein kurzfristiger Termin mit einem qualifizierten Sprach- und Kulturdolmetscher vorgeschlagen wird, bricht Fara M. in Tränen aus. Ihr Sohn schildert, dass seine Mutter kaum noch schlafen könne und viele schlechte Träume habe.

Im vergangenen Jahr haben in Deutschland über 440.000 Menschen einen Erstantrag auf Asyl gestellt – deutlich mehr als im Vorjahr. Das System zur Erstverteilung der Asylbegehrenden (EASY) hat 2015 sogar mehr als eine Million Asylsuchende registriert. Was diese Menschen oftmals vor der Flucht erleben mussten, ist unvorstellbar. Doch in der aktuellen Asyldebatte spielt dieser Leidensdruck oft nur eine untergeordnete Rolle. Dabei ist klar: Menschen, die aus ihrer Heimat flüchten, müssen starke Ressourcen mitbringen, um in dieser Konstellation gesund zu bleiben.

TRAUMA UND FLUCHT

In dolmetschergemittelten Gesprächen ist von Fara M. zu erfahren, dass sie unter massiven Schlafstörungen leidet, weil sie die schrecklichen Bilder aus ihrer Heimat, Aleppo in Syrien, nicht mehr aus dem Kopf bekommt. Bilder von Dingen, die sie gesehen und erlebt hat. Schlafstörungen sind nicht das einzige Problem. Fara M. leidet auch unter Alpträumen, Ängsten, Unruhen, Schreckhaftigkeit, Ruhe- und Rastlosigkeit.

Viele geflüchtete Menschen haben vor ihrer Flucht furchtbare Taten erleben und betrachten müssen: der Verlust wichtiger Bezugspersonen, die Ermordung eines Familienmitgliedes oder die Zerstörung von Eigentum und die Unsicherheit der Lebensbedingungen. Hinzu kommen Krieg, Folter, Inhaftierung, Terroranschläge, Misshandlungen und sexualisierte Gewalt. Auf der Flucht waren sie erneut mit furchtbaren Ereignissen konfrontiert. Sie sind Kälte und Hitze schutzlos ausgeliefert, leiden oftmals an Hunger und Durst, haben keinen oder

nur mangelnden Zugang zu medizinischer Versorgung. Überfälle, Diskriminierung und die Trennung von der Familie führen zu weiteren schweren Belastungen.

Fara M. beschreibt Nachhallerinnerungen (Flashbacks). Zudem kann sie sich kaum konzentrieren und schafft es auch nicht mehr, sich um ihre Kinder zu kümmern. Sie finde einfach keinen Frieden mehr, sagt sie, und sei nur noch wegen ihrer Familie am Leben. Die Kinder kämen ohne sie nicht zurecht, daher sei sie in die Behandlung gekommen. Die Sozialarbeiterin der Unterkunft, in der sie mit ihrer Familie in einem Zimmer untergebracht ist, hat sie in die Klinik geschickt. Die Kinder, 9, 10 und 13 Jahre alt, übernachteten in demselben Zimmer wie Fara M. und ihr Mann. In den Gesprächen schildert die Patientin, dass ihr diese engen Wohnverhältnisse sehr zusetzen.

In Deutschland müssen die Flüchtlinge mit komplett neuen Lebensbedingungen auskommen. Sprachliche und kulturelle Hürden erschweren den Alltag, aber auch der unsichere Aufenthaltsstatus und die wirtschaftliche Lage, die Wohnsituation in den Sammelunterkünften, der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten und fehlende Beschäftigung wirken sich belastend aus. Vielen fällt es unter diesen Bedingungen schwer, die in der Heimat und auf der Flucht gemachten Erfahrungen zu verarbeiten. Unter diesen Umständen können viele Menschen ihre Selbstheilungskräfte, Copingstrategien, Ressourcen und Resilienzfaktoren nicht aktivieren und es gelingt ihnen dadurch nicht, die Erlebnisse in die bisherigen Lebenserfahrungen zu integrieren und ihnen so die Belastung und Bedrohung zu nehmen. Im Gegenteil, die Postmigrationsstressfaktoren führen dazu, dass die durchlebten furchtbaren Erlebnisse in Form von Gedanken, Gefühlen, Bildern, Assoziationen, Verhalten, Flashbacks weiter wirken und sich tiefer in die Psyche eingraben. Damit verfestigen sich diese sehr belastenden Inhalte. Studien aus den Niederlanden konnten feststellen, dass die Postmigrationsstressfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Ausbildung von psychischen Folgestörungen spielen. Je länger die geflüchteten Menschen diesen Stressoren ausgeliefert sind, desto stärker ist ihr Einfluss auf die Psyche. Mit der Länge des Asylverfahrens nehmen Depression und Angststörungen sig-



Die neuen, unvertrauten Lebensumstände – z. B. der Alltag in Massenunterkünften – können die psychische Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen.

nifikant, die posttraumatische Belastungsstörung maßgeblich zu. Die Studien weisen sehr deutlich darauf hin, dass die aktuelle Praxis des Asylverfahrens möglicherweise maßgeblich mitentscheidet, ob die Genesungsprozesse bei geflüchteten Menschen, die traumatisierende Ereignisse durchstehen mussten, erfolgreich verlaufen oder nicht.

Die behandelnde Psychiaterin diagnostiziert bei Fara M. eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und leitet eine Behandlung mit regelmäßigen dolmetschergemittelten psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen ein. Mit Unterstützung von Sozialarbeitern kann auch die Wohnsituation verbessert werden. Fara M. kann mit ihrer Familie umziehen, Eltern und Kinder schlafen nun in getrennten Zimmern. Durch die Behandlung und die Entlastung durch den Umzug bessert sich die Symptomatik zunehmend.

Aus der Forschung über Traumafolgestörungen ist bekannt, dass soziale Unterstützung, Akzeptanz, wertschätzender und respektvoller Umgang wesentliche protektive Faktoren bilden. Wenn es gelingt, durch ein frühzeitiges Screening jene Flüchtlinge zu identifizieren, die bei ihrer Ankunft bereits an einer Traumafolgestörung leiden, die besonderen Belastungen ausgesetzt waren oder die bisherige Erlebnisse einigermaßen gesund überstehen konnten, können Betroffene gezielt den speziellen Behandlungssettings zugeleitet und ressourcen- und resilienzstärkende Maßnahmen ergriffen werden. Gesunde Menschen können Integrationsleistungen besser und einfacher erbringen, während z. B. Menschen mit Traumafolgestörungen in ihrer Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit beeinträchtigt sind.

RETRAUMATISIERUNG IM GASTLAND

Karim B., 37 Jahre und ebenfalls aus Syrien, hat bei einer Feier im Freien durch einen Bombenanschlag seinen ältesten Sohn und einen Bruder verloren. Seine Tochter, seine Ehefrau und er haben verletzt überlebt. Nach der medizinischen Notversorgung mussten sie ihre Heimat innerhalb kürzester Zeit verlassen, zu gefährlich war die aktuelle Lage, weil die Kämpfe immer weiter um sich griffen. Die Familie konnte sich nicht von ihrem getöteten Sohn verabschieden, sie musste aufbrechen, ohne ihn den Traditionen entsprechend beerdigen zu können. Auf ihrer Flucht haben sie es nach Deutschland geschafft.

In Deutschland konnten bestehende Lücken in der medizinischen Versorgung vielerorts durch das große ehrenamtliche Engagement in der Bevölkerung geschlossen werden. In manchen Teilen der Öffentlichkeit hat sich die Stimmung inzwischen jedoch geändert. In einigen Regionen finden Proteste gegen geflüchtete Menschen statt, die Anzahl politisch motivierter Gewalttaten ist sprunghaft angestiegen.

Karim B. und seine Familie leiden darunter, ihren Sohn einfach so zurückgelassen zu haben. Der Vater gibt sich die Schuld am Tod des Sohnes, weil er ihn zu der Feier überredet hatte. Er wirkt depressiv, antriebsgemindert, kaum affektiv schwingungsfähig und ist latent suizidal. In den Gesprächen mit seinem Psychiater weint er sehr viel.

Rassistische und rechtsextremistische Übergriffe, Brandanschläge oder fremdenfeindliche Aufmärsche lassen bei den geflüchteten Menschen die Erinnerung an die traumatisierenden Erlebnisse in der Heimat und auf der Flucht wieder wach

werden. Die Erlebnisse mit all den dazu gehörenden Gedanken, Gefühlen und Eindrücken können die Betroffenen wieder und wieder überfluten, bis sie sich nicht mehr aus diesem Bann befreien können. Dies führt dazu, dass sich die traumatisierenden Ereignisse bei ihnen noch tiefer eingraben.

Bei Karim B. wird eine schwere depressive Störung diagnostiziert. Der behandelnde Arzt leitet sofort eine dolmetschergemittelte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ein, in welcher der Patient nach und nach lernt, sich von seinem verstorbenen Sohn zu verabschieden. Zudem erhält er antidepressive Medikation. Nach wenigen Wochen geht es Karim B. zunehmend besser und er kann sich auf den notwendigen Trauerprozess einlassen.

Das psychosoziale Versorgungssystem ist in Deutschland mit der hohen Zahl an Zuwanderern überfordert. Flüchtlinge und Asylbewerber benötigen nicht nur eine regelhafte medizinische Versorgung, die sich vielerorts offenbar nur durch ehrenamtlich organisierte Ärzte und Pflegekräfte gewährleisten lässt, sondern auch psychosoziale Begleitung und juristische Beratung. Der Versorgungsbedarf dieser psychisch sehr belasteten Menschen ist nicht unmittelbar nach ihrer Ankunft in Deutschland am größten, da sie zunächst mit den äußeren Rahmenbedingungen wie Unterkunft, Spracherwerb, Beschäftigung befasst sind. Nach gängigen Stressmodellen folgt auf diese Phase die der Dekompensation. Im Durchschnitt nehmen Migranten das Gesundheitssystem deshalb erst nach

sechs bis acht Jahren nach ihrer Einreise nach Deutschland in Anspruch. Wissenschaftler vermuten jedoch, dass Flüchtlinge und Asylbewerber heute früher in die Phase der Dekompensation kommen und damit auch früher das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen werden.

RECHT AUF GESUNDHEIT

Amal C., 27 Jahre, geht es schlecht. Sie zeigt Anzeichen einer schweren psychischen Erkrankung, will weder essen noch trinken. Die Sozialarbeiterin ihrer Notunterkunft vermittelt sie deshalb an die Klinik. Amal C. berichtet, dass sie in ihrer Heimat in der Nähe von Damaskus bereits seit Jahren wegen einer Depression Medikamente eingenommen habe. Zunehmende politische Unruhen haben sie und ihre Familie zur Flucht gezwungen. Unterwegs hat sie furchtbare Taten mitbekommen, Hunger und Durst erleiden müssen. Die Flucht hat mehrere Wochen gedauert, so dass auch ihre Tabletten ausgingen.

Nicht jeder geflüchtete Mensch, der traumatisierende Ereignisse durchlebt hat, bildet in der Folge eine Traumafolgestörung aus und benötigt eine Psychotherapie. Individuelle, subjektive und objektive Risikofaktoren sowie insbesondere die bereits erwähnten Postmigrationsstressfaktoren tragen offenbar maßgeblich dazu bei, ob jemand eine Traumafolgestörung entwickelt oder nicht. Die Entwicklung der Traumafolgestörungen lässt sich demnach durch die Reduktion der Stres-

PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN VERBESSERN

Die medizinische Versorgung in Deutschland, insbesondere auch der Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, steht angesichts der vielen geflüchteten Menschen vor großen Aufgaben. In einem umfassenden Positionspapier hat die DGPPN die aktuelle Versorgungssituation dargestellt und die Konsequenzen für das Gesundheitswesen diskutiert. Die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen auf einen Blick:

- Die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das bis zu 10-fache erhöht. In einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern wurden 2012 bei 63,6 % der Asylbewerber eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt.
- Je länger ein Asylverfahren dauert, desto höher ist die Prävalenz für psychische Störungen sowie körperliche Gesundheitsprobleme. Männliche wie weibliche Asylsuchende begehen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Suizidversuche, wobei sich Männer häufiger suizidieren.
- Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen sollten für die psychosoziale Situation der Asylsuchenden sensibilisiert, über mögliche Gesundheitsprobleme aufgeklärt und in kultursensitiven Screening-Instrumenten geschult werden.
- Im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist auch die psychische Gesundheit zu untersuchen.
- Akut behandlungsbedürftige Erkrankungen machen ein zeitnahes Erstgespräch bei einem Facharzt notwendig, in dem nach diagnostischer Abklärung je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und die Weiterleitung der Patienten in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können.
- Der Einsatz professionell qualifizierter Kultur- und Sprachmittler im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen ist zu gewährleisten.

Die vollständige Stellungnahme finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Stellungnahmen.



Der Einsatz qualifizierter Kultur- und Sprachmittler ist bei Flüchtlingen mit psychischen Erkrankungen unverzichtbar.

soren beeinflussen. Insgesamt wird die Zahl der behandlungsbedürftigen Flüchtlinge und Asylbewerber nicht so hoch sein, wie vielerorts vermutet wurde. Trotzdem ist das Versorgungssystem aktuell nicht in der Lage, die Betroffenen mit einer psychischen Störung adäquat zu versorgen. Ohne den Ausbau und eine Erweiterung der Strukturen werden sich die Versorgungslücken jedoch weiter vergrößern. Die fehlende interkulturelle Kompetenz der im psychosozialen Versorgungssystem Tätigen kommt verstärkend hinzu. Damit ist der Erwerb von Fähigkeiten und Kompetenzen, mit Patienten aus anderen kulturellen Kontexten arbeiten zu können, gemeint. Hierzu zählt auch die Fähigkeit, mit qualifizierten Dolmetschern, Sprach- und Kulturmittlern arbeiten zu können.

Amal C. hat ständig Angst, dass ihr und ihrer Familie etwas passieren könnte. Sie hört Stimmen, die ihr sagen, dass ihre Mahlzeiten und Getränke sie vergiften. In ihrer Angst versucht sie zu verhindern, dass ihre Eltern essen und trinken. Als es deshalb zu Handgreiflichkeiten kommt, wird die Sozialarbeiterin aktiv.

Eine weitere Barriere für die Inanspruchnahme von psychosozialen wie auch psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen stellt die fehlende Kostenübernahme für Dolmetscherleistungen dar. Psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen können dadurch kaum stattfinden. Auch wenn auf verschiedenen Ebenen an Lösungsstrategien und Finanzierungsmodellen gearbeitet wird und regional gute Wege eingeschlagen werden – wie z. B. in München, wo öffentliche Einrichtungen Dolmetscherleistungen kostenlos in Anspruch nehmen können – ließen sich bislang bundesweit keine flächendeckenden Regelungen finden. Verständigungsprobleme in der Versorgung, die eine schlechte bis unzureichende Behandlung psychisch erkrankter Flüchtlinge und Asylbewerber zur Folge haben, belasten das Gesundheitssystem massiv. Erkrankungen

können chronifizieren und somatische Begleiterkrankungen zur Folge haben. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet dies sehr viel Leid.

Amal C.s Eltern erzählen, dass ihre Tochter in Damaskus wegen einer schizophrenen Erkrankung stationär behandelt wurde. Auf dieser Basis wird eine Verschlimmerung der vorbekannten paranoid-schizophrenen Erkrankung diagnostiziert. Unter neuroleptischer Medikation bilden sich die Symptome weitestgehend zurück.

Die WHO definiert Gesundheit als „einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946). Obwohl dieses Recht auf Gesundheit in vielen Menschenrechtsdokumenten festgeschrieben ist – so auch in Artikel 12 des UN-Sozialpakts – zeigt die Versorgungsrealität in Deutschland ein ganz anderes Bild. Flüchtlinge und Asylbewerber sind von diesen Einschränkungen in besonderem Maße betroffen.

PD DR. MED. MERYAM SCHOULER-OCAK

Leiterin des DGPPN-Referates „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration“

Leitende Oberärztin der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin

NEU: DGPPN-CURRICULUM INTERKULTURELLE KOMPETENZ

Personen mit Migrationshintergrund zählen zu einer vulnerablen Bevölkerungsgruppe, die besonderen gesundheitlichen, psychosozialen und ökonomischen Belastungen ausgesetzt ist. Mit dem neuen interaktiven Fortbildungscurriculum möchte die DGPPN deshalb interessierte Kolleginnen und Kollegen für diese Zielgruppe und ihre spezifischen Bedarfe sensibilisieren und sie darin unterstützen, ihre Kompetenzen und Fähigkeiten auszubauen.

Die erste Veranstaltung findet vom 23.–24. September 2016 in Berlin statt. Weitere Informationen finden Sie auf www.dgppn.de.



Transitionspsychiatrie als Zukunftsaufgabe

Der Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut Professor Jörg Fegert im Gespräch mit Erwachsenenpsychiater und Psychotherapeut Professor Harald Freyberger

„WENN WIR BETRACHTEN, ZU WELCHEN ZEITPUNKTEN MENSCHEN IN SCHWIERIGKEITEN GERATEN KÖNNEN, RÜCKEN RASCH DIE TRANSITIONSPHASEN IN DEN VORDERGRUND.“

JÖRG FEGERT

Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter stellt für jeden Menschen eine große Entwicklungsaufgabe dar, welche in der Regel gelingt, manchmal aber zu scheitern droht – dies betrifft insbesondere auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wie können Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie die Heranwachsenden bei der Lösung damit verbundener Schwierigkeiten unterstützen? Der Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut Professor Jörg Fegert und der Erwachsenenpsychiater und Psychotherapeut Professor Harald Freyberger sprechen über Lösungsansätze, um die Transition von einer adoleszenten- und familienorientierten hin zu einer erwachsenenzentrierten psychiatrischen Versorgung optimal zu gestalten.

Fegert: Bislang hat sich die Entwicklungspsychopathologie primär mit Altersgruppen beschäftigt, z. B. Schulalter, Jugendalter, Erwachsenenalter, und dem Gerontobereich. Wenn wir betrachten, wann die Weichenstellungen erfolgen bzw. zu welchen Zeitpunkten Menschen in Schwierigkeiten geraten können, rücken rasch die Transitionsphasen in den Vordergrund. Denn in diesen Phasen stehen alle Menschen vor großen Entwicklungsaufgaben. Kleinkinder müssen z. B. damit zurechtkommen, dass sie mit dem Beginn der Kindergartenzeit zeitweise von den Eltern getrennt werden. Schulkinder wechseln mit dem Übertritt in weiterführende Schulen Teile ihres sozialen Systems. Jugendliche kommen ins Erwachsenenalter, die Berufswahl und eine zunehmende Eigenverantwortlichkeit werden zum großen Thema. Erwachsene treten aus der aktiven Berufstätigkeit in die Rentenphase und stehen vor der Frage, wie sie das Alter gestalten wollen. In diesen Phasen definiert sich ein Mensch neu. Er steht vor der Aufgabe, eine neue Rolle zu finden. Diese Übergangsphasen sind für jeden Menschen, für seine Angehörigen und seine Familie eine große Herausforderung.

Freyberger: Dabei ist der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter eine besonders anspruchsvolle Phase. Hier werden die Weichen für die weitere berufliche Entwicklung gestellt.

Damit einher geht die Autonomieentwicklung, also die Abgrenzung und Loslösung vom Elternhaus. Gleichzeitig finden die inneren Prozesse der Identitätsbildung statt, die zwischen 17 und 24 Jahren eine ganz radikale Umwandlung erfahren. Die Bildung der Identität, die Dialektik zwischen Abgrenzung und Identifikation, ist eine der wichtigsten psychologischen Leistungen, die Adoleszente bewerkstelligen müssen. Hinzu kommen viele weitere Aspekte: Es finden dramatische neurobiologische Veränderungen statt, die z. B. auch die Wirkung von Medikamenten, etwa Antidepressiva, verändern. Im Alter von 13 bis 15 Jahren gibt es entwicklungspsychologisch gesehen einen Schnittpunkt, an dem der elterliche Einfluss sinkt und der Einfluss der Gleichaltrigen zunimmt. Bestimmte Lernerfahrungen und Entwicklungsprozesse werden also ganz wesentlich über die Peergroup gestaltet. Bei positivem Einfluss der Peergroup kann dies enorme Entwicklungsressourcen freimachen. Gleichzeitig kann aber der Aufenthalt in kritischen, z. B. substanzkonsumierenden Peergroups dazu führen, dass Prozesse anders, viel negativer verlaufen. Auch der zeitliche Horizont der Entwicklungen unterscheidet sich interindividuell stark.

Die Bildung der Identität ist eine der wichtigsten psychologischen Leistungen.

Fegert: Dagegen versuchen Juristen oft, klare Altersregeln zu definieren: Ab 18 Jahren darf eine Person wählen, Autofahren – vorher darf sie, rechtlich gesehen, fast nichts alleine entscheiden. Die Strafmündigkeit ist allerdings auch als Transitionsphase definiert: Erwachsene können nach Jugendstrafrecht verurteilt werden, wenn sie z. B. in ihrer Reife verzögert sind. Auch im Sozialrecht gibt es Übergänge, weil viele Angebote der Jugendhilfe auch für junge Erwachsene die passenderen Hilfen sind. Ein Beispiel: Ein Jugendlicher wird mit 17 Jahren nach einem Suizidversuch in die Klinik eingeliefert. Er steht kurz vor dem Abitur, hat eine depressive Erkrankung und verpasst dadurch ein halbes Schuljahr. In dieser Zeit wird er 18 Jahre alt. Für diesen Patienten ist eine betreute Wohngemeinschaft der Jugendhilfe bestimmt das bessere Setting, um wieder gesund

„IN DIESER PHASE GEHEN VIELE PATIENTEN IN DER OBDACHLOSIGKEIT UND SOZIALEN DESINTEGRATION VERLOREN.“

HARALD FREYBERGER

zu werden, falls die Rückkehr in die Familie problematisch ist. Hier lebt er mit Gleichaltrigen, die ebenfalls zur Schule gehen und auch auf ihren Abschluss hinarbeiten. In einer Einrichtung der Sozialhilfe, in der chronisch kranke Erwachsene leben, wäre er fehl am Platz. Jugendliche Patienten brauchen

hohes Störungsrisiko besteht, aus dem sich eine Suchterkrankung entwickelt. In der Erwachsenenpsychiatrie springen jedoch sofort die Alarmglocken an. Gleiches trifft auf anorektische oder bulimische Symptome zu. Beide Erkrankungen haben eine durchaus kritische Prognose, in der Übergangsphase sind sie aber ein sehr häufiges Phänomen, das zwar genau beobachtet werden muss, aber nicht in jedem Fall eine spätere Störung impliziert.



Professor Jörg Fegert

auch in den komplementären Settings Peergroups, die zu ihnen passen. Zu beachten ist auch, dass Symptome im Altersverlauf eine ganz andere Bedeutung haben. Wenn wir uns z. B. über selbstverletzendes Verhalten unterhalten, setzen Kollegen aus der Erwachsenenpsychiatrie dieses Verhalten in der Regel mit einer Borderline-Störung gleich – was bei Patienten, die über 25 Jahre alt sind, auch fast immer der Fall ist. Bei 15-Jährigen beobachten wir bei 20 bis 25 % selbstverletzendes Verhalten. Und diese Jugendlichen sind nicht alle massiv psychisch krank.

Freyberger: Das zeigt sich auch am Beispiel des Substanzkonsums. Dieser spielt als experimentelles Verhalten oder als Protest bei Jugendlichen eine enorm große Rolle. Substanzkonsum in diesem Alter bedeutet nicht automatisch, dass hier ein

Fegert: Solche Phasen wecken bei den Eltern natürlich große Ängste. Deshalb kommen genaueren psychiatrischen Untersuchungen und exakten Differenzialdiagnosen auch eine so große Bedeutung zu. Das Problem ist, dass Jugendliche in diesem Alter oft keinen Kinder- und Jugendpsychiater aufsuchen wollen. Wir müssen bei ihnen in der Regel Vertrauen und Motivation schaffen, sich abklären zu lassen. Stimmt etwas mit mir nicht – oder übertreiben meine Eltern?

Deshalb kommen genaueren psychiatrischen Untersuchungen eine so große Bedeutung zu.

Freyberger: Entwicklungspsychologisch gilt es, die Dialektik zwischen dem Identifikationspotential von Eltern, Lehrern und Peergroups auf der einen und dem notwendigen Protest, Rebellion, Abgrenzung und Provokation auf der anderen Seite zu verstehen. Hier können wir Erwachsenenpsychiater eine Menge von den Kinder- und Jugendpsychiatern lernen: Denn für diese sind die Entwicklungskonsequenzen genauso wichtig wie die Symptome selbst. Wenn sich ein Jugendlicher z. B. selbst verletzt oder ab und zu unter Protestaspekten illegale Substanzen konsumiert, liegt der Fokus nicht nur auf diesen Symptomen. Es geht auch um die Frage, ob der Jugendliche seine Schulleistungen hält, ob er in seiner Peergroup integriert ist und seinen sozialen Aufgaben nachkommt. Erwachsenenpsychiater tendieren eher dazu, die Symptome und die Prozesshaftigkeit etwas zu hoch zu werten und dabei das Integrationsniveau etwas zu vernachlässigen.

Fegert: In der Erwachsenenpsychiatrie hat man es häufig mit über Jahre chronifizierten Störungsbildern zu tun, während

sich in unserem Bereich eine momentan starke Symptomatik mit erheblicher Teilhabebeeinträchtigung bisweilen mit gezielten Interventionen verändern lässt, so dass anstehende Entwicklungsschritte wieder erfolgreich bewältigt werden können. Natürlich haben wir auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Krankheitsbilder, die von Anfang an chronisch verlaufen. So können etwa Menschen mit Autismus soziale Fertigkeiten nur schwer oder kaum erlernen. Spannend ist auch, wie sich über die Jahre hinweg aus entwicklungspsychologischer Sicht der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter verändert hat. Wenn wir an unsere Jugend zurückdenken, gab es eine Phase, in der Protest und Abgrenzung von den Eltern eine sehr große Rolle spielten. Heute ist diese Phase in der Regel nicht mehr so stark ausgeprägt. Entwicklungspsychologen zeigen anhand von Studien, dass heute ein nicht unerheblicher Teil der Jugendlichen mit 20 oder 25 Jahren gar nicht mehr von zu Hause ausziehen, auch wenn es finanziell möglich wäre. Auch das Alter, in dem man sich bindet und Kinder bekommt, verschiebt sich immer weiter nach hinten.

Freyberger: Es kommt eine weitere Dimension hinzu. Die Diskrepanz bezüglich der Auffassungen sozialer Rollen und Weltanschauungen ist zwischen der heutigen Kinder- und Eltern- generation kleiner geworden. Eltern sind heute viel mehr bereit, ihre Kinder zu verstehen und sie ähneln sich viel stärker was Musikgeschmack, Ausdrucksverhalten und Kleidung betrifft. Das macht es den heutigen Adoleszenten schwer, sich abzugrenzen und zu protestieren und damit auch eine bestimmte affektive Reaktion bei ihren Eltern hervorzurufen. Diese Entwicklungsaufgaben sind heute sehr viel komplizierter geworden.

Fegert: Darum spielen heute in der Behandlung junger Erwachsener auch Eltern eine sehr große Rolle, was früher in diesem Ausmaß nicht der Fall war. Die Fragen nach der Einbindung des familiären Umfelds in die Behandlung ist in der Erwachsenenpsychiatrie aber eher eine neuere Erfahrung.

Freyberger: Damit kommen wir zur Frage des institutionellen Übergangs, d. h. dem Übergang von der Kinder- und Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie. Genau dieser Schritt fällt vielen Adoleszenten enorm schwer, weil sie mit unterschiedlichen Atmosphären und Spielregeln konfrontiert werden. Deshalb sieht die Jugendhilfe bzw. die Krankenhausfinanzierungsgesetzgebung eine lange Übergangsphase vor, die es ermöglicht, junge Menschen bis zum Alter von 23 Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behandeln – und dies kann auch sinnvoll sein. Mit 17 Jahren spricht man zu allererst mit den Gleichaltrigen über seine Probleme, deshalb sind Peergroups auch in der Klinik so wichtig. Die Realität in einer Erwachsenenpsychiatrie sieht aber anders aus: Die meisten Patienten sind deutlich älter, viele davon schon seit vielen Jahren psychisch erkrankt. Der Jugendliche wird hier keine Peers finden. Deshalb müssen

wir uns in der Diskussion über die Transitionspsychiatrie auch mit der Frage beschäftigen, ob wir für diese Personengruppen besondere Settings benötigen. Brauchen wir für hochgefährdete Gruppen, z. B. bei Menschen mit Schizophrenie, bei denen die frühe therapeutische Intervention eine enorme Relevanz hat, spezielle Settings? Modelle gibt es schon, z. B. in Heidelberg, wo die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie gemeinsam eine Schizophrenie-Station führen. Beide Fachrichtungen arbeiten hier Hand in Hand und fusionieren ihre Modelle. Solche Konzepte sind auch an einigen anderen Orten entstanden, z. B. in Hamburg oder in Greifswald/Stralsund. Mittlerweile liegen auch empirische Daten vor, die zeigen, dass 18- bis 23-jährige Patienten auf gemischten Stationen sehr viel schlechter abschneiden, als in spezifischen, altersgerechten Settings.

Die Neugestaltung des Psychiatrieentgeltsystems bietet nun auch die Chance, sich über neue Behandlungsformen Gedanken zu machen.

Fegert: Doch wenn wir den Altersbedürfnissen stärkere Bedeutung beimessen, bringt dies auch die Herausforderung mit sich, dass wir uns in den Kliniken ein Stück weit von der Spezialisierung, z. B. von der reinen Depressionsstation, verabschieden müssen. Die Neugestaltung des Psychiatrieentgeltsystems würde nun auch die Chance bieten, sich über neue Behandlungsformen und deren inhaltliche Gestaltung Gedanken zu machen. Für die jugendliche Altersgruppe braucht es z. B. in einem gewissen Umfang auch pädagogische Angebote. In der



Professor Harald Freyberger

Kinder- und Jugendpsychiatrie haben wir als Standard Klinikbeschulung. Es gibt in dieser Übergangsphase aber auch pädagogische Herausforderungen, die bisher in der Psych-PV nicht abgebildet sind. Deshalb sind die Erfahrungen aus den Modellprojekten so wertvoll: die Idee, die Expertise aus zwei Fachrichtungen zusammenzuführen und neue, fachübergreifende, kollegiale Teams zu gestalten.

Freyberger: Wir arbeiten heute verstärkt mit störungsspezifischen Interventionsverfahren, bräuchten aber in der Transitionspsychiatrie vor allem auch eine Prozessorientierung oder eine Kombination von beidem. Diese würde zum Teil andere Personalstrukturen und einen viel höheren Einsatz im Adoleszenzbereich erfordern – im Hinblick auf Ausbildung, Schule, pädagogische Begleitung, Sozialarbeit. Das bedeutet auch, dass wir neue Konzepte für Aus-, Fort- und Weiterbildung benötigen – z. B. eine Verstärkung der gegenseitigen Rotation in der Weiterbildung, so dass wir Fachärzte in der Lage sind, die Patientengruppe der 18- bis 23-Jährigen unter der Nutzung beider Systeme optimal zu behandeln. Dies ist auch deshalb so wichtig, weil gerade in dieser Phase viele Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in der Obdachlosigkeit und in der sozialen Desintegration verloren gehen. Wir wissen dies aus der sogenannten System-Sprenger-Diskussion, dass wir in dieser Patientengruppe erhöhte Raten an Obdachlosigkeit und Mortalität haben.

Für die Transitionspsychiatrie besonders relevant sind zum einen die Persönlichkeitsstörungen. Wir haben in der Zwischenzeit gute therapeutische Lösungen gefunden, was passive Persönlichkeitsstörungen betrifft. Was die schizoide, paranoide und dissoziale Persönlichkeitsstörung angeht, sind die Behandlungserfolge noch bescheidener. Hier ist der Blick auf die Vorfeldsymptome, auf das, was sich in der Kinder- und Jugendzeit abspielt, enorm wichtig, weil wir nur dann mehr Erfolg haben können, wenn wir neue Modelle entwickeln, denn hier sind die Entwicklungskonsequenzen für das Transitionsalter dramatisch.

Wir benötigen neue Konzepte für Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Fegert: Diese Menschen sind oft in ihrer Entwicklung verzögert, z. B. weil die schulische Entwicklung problematisch war. Sie brauchen länger, bis sie den Schulabschluss erlangen. Jetzt haben wir eine Inklusionsdebatte an den Schulen, man möchte weg von den Spezialeinrichtungen. Unser Feld orientiert sich in diesem Bereich gerade sehr stark in Richtung Hometreatment und aufsuchende Behandlung in der Schule. Abrechnungstechnisch ist dies in Deutschland schwierig, weltweit aber Standard. Eigentlich bräuchten wir auch eine aufsuchende Transitionspsychiatrie. Eine Behandlung im natürlichen Milieu ist für diese Altersgruppe sehr wichtig. Vorstellbar sind nicht nur Modelle mit gemeinsamen Stationen, sondern mit gemeinsamen aufsuchenden Teams. Wir sollten uns verstärkt um die Entwicklung neuer Modelle kümmern, damit wir nicht die Psychiatrie von gestern fortschreiben, sondern die Psychiatrie von morgen gemeinsam entwickeln. Gegenwärtig verfügen wir allerdings weder über Abrechnungsgrundlagen, noch über geeignete Strukturen. Es ist der persönliche Einsatz besonders engagierter Teams, die hier etwas bewegen. Dies zeigt sich auch bei der Zukunftsaufgabe der psychosozialen Versorgung jugendlicher unbegleiteter Flüchtlinge, die zum Teil massiv traumatisiert sind. Sie werden rasch erwachsen und verlieren mit dem 18. Geburtstag den ganzen Schutz der UN-Kinderrechtskonvention, sind dann von Abschiebung bedroht und haben häufig keine Ausbildungsperspektive. Im Asylpaket wird PTBS in einer ungeheuerlichen Weise bagatellisiert. Das ist vielleicht momentan die größte Herausforderung für die Transitionspsychiatrie.



Freyberger: Und doch haben wir schon viel erreicht. Es bleibt zu hoffen, dass unser Thema durch das gemeinsame Buch, das Hauptstadtsymposium und das Positionspapier weiter an Fahrt gewinnt und wir neue Fort- und Weiterbildungsangebote schaffen können.

PROF. DR. MED. JÖRG FEGERT

Jörg Fegert ist Stv. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP). Seit 2001 leitet er als ärztlicher Direktor die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm.

PROF. DR. MED. HARALD FREYBERGER

Harald Freyberger leitet seit 1997 als Direktor die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald im Helios Hansekllinikum Stralsund. Er ist stv. Leiter des DGPPN-Fachreferats für Psychotherapie.



ADOLESCENZ: HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter besonders gefährdet, durch die Maschen des Versorgungssystems zu fallen. Die DGPPN hat deshalb gemeinsam mit der DGKJP ein Eckpunktepapier veröffentlicht, das die drängendsten Fragen bei der Gestaltung passgenauer Versorgungsangebote benennt:

- In der Krankenversorgung braucht es fächerübergreifende ambulante, teilstationäre, stationäre und komplementäre Angebote, die den Besonderheiten der Patientengruppe Rechnung tragen und den zusätzlichen Bedarf an therapeutischen Angeboten berücksichtigen.
- Diese Ansätze sind auf das komplementäre Versorgungssystem zu übertragen. Gleichzeitig sind eigene Einrichtungsansätze zu entwickeln und zu fördern.
- In der Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen transitionspsychiatrische Programme etabliert werden, die den beteiligten Berufsgruppen eine spezifische Expertise zur Verfügung stellen.
- Bei der Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnungen beider Fächer ist die Transitionsphase stärker zu berücksichtigen. Innovative, interdisziplinäre, fächerübergreifende Weiterbildungsangebote und Rotationsmodelle sollten gefördert werden.
- Forschungsbedarf besteht insbesondere in der neurobiologischen Grundlagenforschung, der Versorgungsforschung und der Interventionsforschung. Bisher fehlen systematische Forschungsförderungsprogramme, die Transitionsvorgänge fokussieren.
- Politischer Handlungsbedarf besteht in den Feldern „Versorgungsstrukturen“ (SGB V), „sektorenübergreifende Versorgungsmodelle“ (SGB V), „komplementäre Versorgungsangebote“ (SGB VIII und SGB XII) und „spezifische Forschungsförderung“ (DFG, BMBF, Stiftungen).

Das vollständige Eckpunktepapier finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Stellungnahmen.



23.–26. NOVEMBER 2016 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2016

Vier Tage, 9000 Teilnehmer, 80 Workshops, ein Kongress: Im November ist es wieder soweit – die DGPPN lädt zum europaweit größten Fachkongress der psychischen Gesundheit nach Berlin. Im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Programms stehen wie immer brandaktuelle Themen aus Psychiatrie und Psychotherapie.

Neben aktuellen Entwicklungen in Prävention, Diagnostik und Therapie greift das Kongressprogramm auch aktuelle Fragen aus Politik und Gesellschaft auf. In kaum einer anderen Legislaturperiode hat die Bundesregierung so viele neue gesundheitspolitische Gesetze auf den Weg gebracht wie in der laufenden. Der DGPPN Kongress 2016 bietet den idealen Rahmen zum Austausch darüber, wie sich das neue Präventions-, das Bundesteilhabe-, das Versorgungsstärkungsgesetz oder auch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung (PsychVVG) auf die Versorgung der Patienten und den Alltag der Ärzte auswirken. Angesichts des wachsenden Hilfebedarfs ist die Frage nach der gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen heute akuter denn je. Dies betrifft ganz besonders die langfristige Versorgung chronisch psychisch Kranker und das Bemühen um ihre chancengleiche Teilhabe an allen Bereichen des Lebens. Gleichzeitig brennt die Frage nach geeigneten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für die wachsende Zahl an Flüchtlingen und Migranten. Der DGPPN Kongress 2016 geht auf diese vielschichtigen Themenfelder ein und setzt unter dem Motto „Psyche – Mensch – Gesellschaft“ zu einer umfassenden Standortbestimmung an. Wo steht das Fach Psychiatrie und Psychotherapie? Auf welche Hindernisse stoßen Betroffene heute in der Versorgung? Inwieweit sind psychische Erkrankungen heute gesellschaftlich akzeptiert? Wie steht es um den fachärztlichen Nachwuchs?

AM PULS DER FORSCHUNG

Neue Implikationen für die Versorgung ergeben sich auch durch aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung, von denen psychisch erkrankte Menschen bald schon profitieren könnten. Vielversprechend sind z. B. die Entwicklungen im Bereich der iPS-Technologie, der Biomarker oder in der Verwendung sogenannter *Big data*, aus denen richtungsweisende Impulse für die Behandlung von morgen erwartet werden. Der DGPPN Kongress 2016 rückt deshalb neue Forschungsansätze und -ergebnisse ins Zentrum. In vielen Bereichen der Versorgung hat die Zukunft heute bereits Einzug gehalten. Das Thema E-Mental-Health drängt immer stärker in das Fachgebiet ein. Hochkarätige Forscher aus der ganzen Welt bringen hier die Kongressteilnehmer auf den neuesten Stand.

PSYCHE – MENSCH – GESELLSCHAFT

- Zukunft der Versorgung: patientenzentriert, integriert und vernetzt
- Psychisch erkrankte Flüchtlinge: kultursensible psychosoziale Interventionen und Therapien
- E-Mental-Health: Chancen und Risiken für die Patienten
- Wissenschaft und Forschung: neue Ansätze in der Prävention, Diagnostik und Behandlung
- Verstehen und begleiten: neue Impulse in der Psychotherapie und der Wert der Beziehung

FACHÜBERGREIFENDER AUSTAUSCH

Mit über 600 Einzelveranstaltungen hat sich der DGPPN Kongress zu Europas größter Fachveranstaltung auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen entwickelt. Über 9000 Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten werden erwartet. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem interdisziplinären und praxisorientierten Wissenstransfer: Auch 2016 wartet das Programm mit speziellen Angeboten für Hausärzte, psychiatrische Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe auf. Daneben spricht der DGPPN Kongress auch die breite Öffentlichkeit an: Die beiden Infotage für Schüler, Eltern und Lehrer drehen sich um den richtigen Umgang mit Schulstress und die Gefahren von Internetsucht. Eine weitere öffentliche Veranstaltung widmet sich dem Thema Alkohol- und Tabakkonsum.

Jetzt auf www.dgppn.de zum DGPPN Kongress 2016 anmelden und den Frühbucherrabatt sichern.

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Das Wissenschafts- und Fortbildungsprogramm des DGPPN Kongresses 2016 umfasst über 600 Einzelveranstaltungen aus allen Bereichen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Dabei greift der Kongress mit vielen unterschiedli-

chen Formaten alle relevanten psychischen Störungen auf und beschäftigt sich intensiv mit den aktuellen Entwicklungen in Forschung, Diagnostik, Therapie und Versorgung.

- Flüchtlinge: Was können wir aus Entwicklungshilfe und internationaler Nothilfe für die Krise in Deutschland lernen?
Vorsitz: Malek Bajbouj (Berlin), Frank Schneider (Aachen)
Diskutanten: Gerd Müller (Berlin/Bonn), Volker Westerbarkey (Berlin), Andreas Heinz (Berlin), Thomas Elbert (Konstanz), Samuel Schidem (Berlin)
- Prädiktionsdiagnostik der Alzheimer Demenz: nützlich oder schädlich?
Vorsitz: Joachim Klosterkötter (Köln), Wolfgang Maier (Bonn)
Proponent: Frank Jessen (Köln)
Opponent: Hermann-Josef Gertz (Leipzig)
- Global aspects of mental healthcare – challenges and solutions
Vorsitz: Wolfgang Gaebel (Düsseldorf), Dinesh Bhugra (London, GB)
Referenten: Norman Sartorius (Genf, CH), Dinesh Bhugra (London, GB), Wolfgang Gaebel (Düsseldorf), Silvana Galderisi (Neapel, IT)
- Bundesteilhabegesetz 2017: Was folgt daraus für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?
Vorsitz: Iris Hauth (Berlin), Katarina Stengler (Leipzig)
Referenten: Katarina Stengler (Leipzig), Ingmar Steinhart (Greifswald), Rolf Buschmann-Steinhage (Berlin), Rolf Schmachtenberg (Berlin)
- Psychotropic drug treatment – is the cure worse than the disease?
Vorsitz: Gerhard Gründer (Aachen), Joanna Moncrieff (London, GB)
Referenten: Irving Kirsch (Boston, USA), Joanna Moncrieff (London, GB), Gerhard Gründer (Aachen)
- Geschlecht, Geschlechtshormone und Geschlechtsidentität in den klinischen Neurowissenschaften
Vorsitz: Birgit Derntl (Tübingen), Ute Habel (Aachen)
Referenten: Birgit Derntl (Tübingen), Ute Habel (Aachen), Rupert Lanzenberger (Wien, AT), Sabine C. Herpertz (Heidelberg)
- Lifestyle, Körperkult, Superfoods – der Einfluss gesellschaftlicher Trends auf die psychische Gesundheit
Vorsitz: Ulrich Voderholzer (Prien a. Chiemsee), Manfred Lütz (Köln)
Referenten: Maya Götz (München), Martin Greetfeld (Prien a. Chiemsee), Barbara Mangweth-Matzek (Innsbruck, AT), Andreas Ströhle (Berlin)
- Jugendwahn und Silver Sex – Schönheit und Sexualität in der Lebensspanne
Vorsitz: Michael M. Berner (Karlsruhe), Peer Briken (Hamburg)
Referenten: Frank Muggenthaler (Gutach), Aglaja Stirn (Kiel), Michael M. Berner (Karlsruhe), Arne Dekker (Hamburg)
- Internetpsychotherapie: rechtliche Entwicklung, Stand der Evidenz und Erfahrungen in Deutschland
Vorsitz: Martin Bohus (Mannheim), Ulrich Voderholzer (Prien a. Chiemsee)
Referenten: Iris Hauth (Berlin), Jan Philipp Klein (Lübeck), Christine Knaevelsrud (Berlin)
- Forensische Psychiatrie und ihre Nachbardisziplinen (Jubiläumssymposium FPPK)
Vorsitz: Henning Saß (Aachen), Dieter Dölling (Heidelberg)
Referenten: Hans-Ludwig Kröber (Berlin), Norbert Leygraf (Essen), Dieter Dölling (Heidelberg), Klaus-Peter Dahle (Berlin)
- Neue historische Kommission der DGPPN – Psychiatrie in Deutschland nach 1945
Vorsitz: Iris Hauth (Berlin), Heiner Fangerau (Düsseldorf)
Referenten: Frank Schneider (Aachen), Heiner Fangerau (Düsseldorf), Ralph Jessen (Köln), Maike Rotzoll (Heidelberg), Steffen Dörre (Kiel)
- Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der Germanwings-Katastrophe
Vorsitz: Iris Hauth (Berlin), Harald Dreßing (Mannheim)
Diskutanten: Georg Schomerus (Greifswald), Asmus Finzen (Berlin), Manfred Protze (Oldenburg)

HOCHKARÄTIGE KEYNOTE-SPEAKER

Der DGPPN Kongress ist das zentrale Forum für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Folgende namhafte Experten und Expertinnen haben bereits zugesagt.



Hermann Gröhe (Berlin)
Grußwort zur aktuellen Versorgungslage



Ronald Petersen (Rochester, USA)
Pre-dementia biomarker patterns: implications for the understanding of Alzheimer's disease



Gerhard Andersson (Linköping, SE)
Internet-delivered psychotherapy – as effective as regular therapy?



Hans-Christian Pape (Münster)
Rhythmen der Furcht in Netzwerken der Amygdala – Mechanismen von Furchtdächtnis und Furchtextinktion



Tania Singer (Leipzig)
Affektive und kognitive Routen des sozialen Gehirns in Plastizität und Psychopathologie



Manfred Spitzer (Ulm)
Risiken und Nebenwirkungen digitaler Medien bei Kindern und Jugendlichen



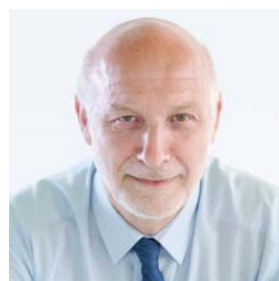
Elisabeth Binder (München)
Epigenetische Einbettung von frühem Stress – Bedeutung für psychiatrische Erkrankungen und deren Therapie



Till Roenneberg (München)
Eine Gesellschaft im Dämmerlicht – Folgen für Schlaf und Gesundheit



Eckart von Hirschhausen (Bonn)
Humor hilft heilen – warum Psychiater und Psychologen zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe Humor ernst nehmen sollten



Peter Fonagy (London, GB)
Psychotherapy in the social context: the role of epistemic trust in the process of change in psycho-social interventions

FORT- UND WEITERBILDUNG AUF HÖCHSTEM NIVEAU

Wichtig für die persönliche Kongressplanung ist das DGPPN-Akademie-Programm, das mit über 80 Workshops fundiertes Wissen und praxisrelevante Fertigkeiten auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse vermittelt. Die Plätze sind begrenzt, da die 1- und 2-Tages-Workshops in kleinen Gruppen mit maximal 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stattfinden, um Fortbildungsinhalte zu Ursachen, Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen so effektiv wie möglich zu vermitteln. Insgesamt sind die Veranstaltungen des DGPPN Kongresses in der Regel mit über 30 CME-Punkten zertifiziert.

AUF EINEN BLICK

- Über 80 Workshops
- Mehr als 30 CME-Punkte möglich
- 1-Tages-Workshop (1 × 4 Stunden)
- 2-Tages-Workshops (2 × 3,75 Stunden)
- Begrenzte Teilnehmerzahl

Sichern Sie sich Ihre Wunsch-Workshops online auf www.dgppn.de.

Auszug aus dem Workshop-Programm 2016

1-Tages-Workshops

Pharmakotherapie | Gerontopsychiatrie | Kurzpsychotherapie | Sexualität | Verhaltenssucht | Psychotherapie und Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch | Psychoonkologie | Demenzdiagnostik | ADHS im Erwachsenenalter | Achtsamkeit | Umgang mit Religiosität und Spiritualität | Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen | Dankbarkeit als Herausforderung und Ressource in Psychiatrie und Psychotherapie | Polypharmazie | Anorexia und Bulimia nervosa | Stalking | Forensik | Habit Reversal Training | Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten | Körperdysmorphie Störung | Borderline-Persönlichkeitsstörung | Somatoforme Störungen | Schizophrenie | Zwangsstörungen | Dissoziative Identitätsstörungen | Update Neuropsychiatrie | Trauerstörung | Internet- und PC-Abhängigkeit | Elektrokonvulsionstherapie

2-Tages-Workshops

Metakognitive Therapie | Methoden und Techniken der kognitiven Umstrukturierung | CBASP zur Behandlung chronischer Depressionen | Neurofeedback | EMDR | Psychodynamische Psychotherapie | Motivierende Gesprächsführung | Schematherapie | Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie | Wissenschaftliches Publizieren | Resilienz | Geschichte der Psychiatrie

FILME UND LITERATUR

Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen bieten viel Stoff für filmische und literarische Werke. Auf dem DGPPN Kongress erhalten sie eine eigene Plattform. In diesem Jahr wird der Film „Zum Glück gescheitert“ in Anwesenheit des Protagonisten Viktor Staudt vorgeführt. Der WDR-Dokumentarfilm zeigt seine Lebensgeschichte bis hin zum gescheiterten Selbstmord. Im Anschluss steht Staudt dem Publikum für Fragen zur Verfügung. Auch an den Film „Wo bist du?“, der von Kindern psychisch erkrankter Eltern handelt, schließt sich eine Diskussion mit den Hauptdarstellern an. Der Lehrfilm „Durch die Erinnerungen – Wege der Traumatherapie“ bietet anschaulich aufbereitete Informationen zu PTBS.

Der Autorentisch wird auf dem DGPPN Kongress 2016 ergänzt durch Lesungen der Schriftsteller. Als Betroffene oder Angehörige haben sie ihre persönlichen Geschichten niedergeschrieben und teilen ihre Erlebnisse, um anderen Betroffenen, Angehörigen und Interessierten wertvolle Einblicke zu geben. Die Themen reichen von Depression und Schizophrenie über Essstörungen bis hin zu Sozialphobie oder dem Leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.



AUSSTELLUNG ZEIGT PSYCHISCH KRANKE IN WESTAFRIKA

Sie werden „Kettenmenschen“ genannt. Die Rede ist von psychisch erkrankten Menschen, die in den Dörfern der Elfenbeinküste und des Benin leben. Sie werden an einen Baum gekettet oder in dunklen Verschlüssen weggeschlossen. In den vor allem auf dem Land nach wie vor naturreligiösen Vorstellungen Westafrikas sind psychisch Kranke von Dämonen befallen. Eine Ausstellung, die in Berlin erstmals auf dem DGPPN Kongress zu sehen sein wird, schildert in persönlichen Berichten und großformatigen Porträts bewegende Einzelschicksale, die stellvertretend für Zehntausende stehen. Bei dem Projekt handelt es sich um eine Kooperation des Freundeskreises St. Camille mit dem Psychiatriemuseum MuSeele in Göppingen. Das Thema wird zusätzlich in einem Begleitsymposium im wissenschaftlichen Programm aufgegriffen.



AUSTAUSCH UND DISKUSSION: DAS TRIALOG-FORUM

Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung lässt sich nur zielgerichtet im aktiven Austausch mit Betroffenen und Angehörigen weiterentwickeln. Daher sind Betroffene und Angehörige mit einem eigenen Format auf dem DGPPN Kongress repräsentiert. Themen wie Aufnahmekultur und Entlassungsmanagement stehen in diesem Jahr im Zentrum des Trialog-Forums, das von der DGPPN gemeinsam mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden veranstaltet wird. Zudem sind Betroffene und Angehörige aktiv an einigen anderen Veranstaltungen als Referenten oder Diskutanten beteiligt.

FÜR DEN NACHWUCHS

Über 20 Workshops, Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen sind speziell für Nachwuchskräfte konzipiert: Erfahrene Experten berichten aus ihrem Arbeitsfeld, schildern konkrete Fälle und zeigen Karrierewege auf. Die meisten Formate sind interaktiv gestaltet. Für Kongressneulinge gibt es am ersten Tag eine Einführung. Das Nachwuchsprogramm auf dem DGPPN Kongress wurde von den Mitgliedern der neuen Nachwuchsinitiative der DGPPN, Generation PSY, zusammengestellt. Mehr über Generation PSY erfahren Sie auf den Seiten 28 und 29.



Highlights aus dem Programm

Besondere Veranstaltung

- Speed-Dating mit (Kongress-) Mentoring: Die Generation PSY stellt sich vor

Lectures

- Narzissmus
- Essstörungen – Krankheiten des 20. Jahrhunderts

Meet-the-Expert

- Krankheitsbegriff – wo verläuft die Grenze zwischen gesund und psychisch krank?
- Integrating research into residency – a privilege of a few

Symposien

- Fallsymposium Forensik
- Ethik in der Psychiatrie?! Einführung in die ethische Falldiskussion
- Im Dschungel der Psychotherapiemethoden

- Frischer Facharzt – was nun? Optionen der Niederlassung und der klinischen Laufbahn
- Fälle zum Knobeln: Kasuistik aus dem Spektrum psychiatrischer Erkrankungen
- Dos and don'ts – was entscheidet über Erfolg in der Wissenschaft?

1-Tages-Workshops (zusätzlich kostenpflichtig)

- Forschungs- und Projektförderung in der Psychiatrie und Psychotherapie
- Das psychiatrische Gutachten: praxisnahe Einführung in die Begutachtung von Patienten mit psychischen Störungen
- Mein erster Dienst: psychiatrische Notfälle für Berufsanfänger

KONGRESSSTIPENDIEN

2016 lobt die DGPPN erneut 500 Stipendien für Medizinstudierende und erstmals 15 Stipendien für Studierende der Pflege- und Gesundheitswissenschaften aus. Das Stipendium ermöglicht die kostenfreie Teilnahme am DGPPN Kongress 2016.

Weitere Informationen auf www.dgppn.de/kongress

NEUE NACHWUCHSINITIATIVE

UNSERE GESELLSCHAFT BRAUCHT JUNGE PSYCHIATER

Aus der Jungen Akademie der DGPPN wird Generation PSY. Nicht nur der Name ist neu – Generation PSY ist ein Gesamtkonzept, welches das Nachwuchsengagement der Fachgesellschaft ausweitet und neu denkt. Es spricht junge Menschen ab sofort mit einer eigenen Internetplattform und Facebookseite an und sorgt mit einer Plakat-kampagne für Aufmerksamkeit.

Mit dem Aufruf „Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater“ wirbt Generation PSY um Nachwuchs, denn es besteht akuter Handlungsbedarf. Psychische Erkrankungen gehören heute zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen in Deutschland, immer mehr Betroffene nehmen medizinisch-therapeutische Hilfe in Anspruch. Doch in bestimmten Regionen, z. B. auf dem Land, zeigen sich bereits Versorgungsengpässe. Gleichzeitig sind über die Hälfte aller Psychiater zwischen 50 und 65 Jahre alt oder älter. Das Fachgebiet braucht dringend Nachwuchs-

kräfte, damit es in Zukunft zu keinen schwerwiegenden Lücken in der Versorgung kommt.

NEUES KOMMT, BEWÄHRTES BLEIBT

Deshalb stellt die DGPPN jetzt wichtige Weichen für die Zukunft. Was bisher unter dem Namen Junge Akademie lief, ist und bleibt ein Erfolgsrezept: Ein motiviertes Team aus Medizinstudierenden, Weiterbildungsassistenten und Fachärzten bringt sich aktiv in die Nachwuchsarbeit der Fachgesellschaft

ein und verbindet so die Generationen miteinander. Die neue Initiative Generation PSY geht über die bisherigen Angebote hinaus und spricht junge Menschen noch früher und viel direkter an. Das ist auch dringend notwendig, denn um den Beruf des Psychiaters ranken sich noch immer viele Vorurteile und Klischees. Generation PSY räumt damit auf und zeigt, dass es sich um eine der spannendsten Disziplinen der Medizin handelt.

Sind Psychiater Seelenklemptner? Wie und wo arbeitet eigentlich ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie?

VON DER IDEE ZUR KAMPAGNE

Damit Generation PSY tatsächlich junge Menschen erreicht und sie für Psychiatrie und Psychotherapie begeistert, hat sich die DGPPN mit der Berliner Marken- und Kommunikationsagentur wenkerottke professionelle Unterstützung geholt. Eva Schekorr und Manfred Blattner haben gemeinsam mit ihrem Team und der DGPPN eine Kommunikationskampagne entwickelt, die mehr ist, als es auf den ersten Blick scheint. Im Interview erklären beide, was dahinter steckt.

Was hat Sie an der Aufgabe herausgefordert?

Blattner: Von Anfang an stand fest, dass wir die Brücke schlagen müssen zwischen einem frischen, jugendlichen Auftritt und fundierten Informationen zum Beruf und Fachgebiet. Bei Generation PSY mussten wir immer wieder genau prüfen, ob wir auch genau den richtigen Zwischenton treffen – wo ein Augenzwinkern auflockert und wo es vielleicht zu viel sein könnte. Deshalb hat sich unser Team auch ständig mit der DGPPN abgestimmt.

Eva Schekorr und
Manfred Blattner



Und was unterscheidet ihn vom Psychologen? Solche und weitere Fragen rund um den Beruf werden auf dem eigens für den Nachwuchs entwickelten Portal www.generation-psy.de beantwortet. Es richtet sich an Schüler, Medizinstudierende sowie an Assistenzärzte und klärt mit lebendiger, bildhafter Sprache über alles Wissenswerte sowie Aktuelles aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie auf. Eine frisches Design, das den Geschmack der jungen Zielgruppe trifft, und abwechslungsreiche Formate schaffen Wiedererkennungswert und machen einfach Spaß. Für noch mehr Input und vor allem Interaktion sorgt die zugehörige Facebookseite. Hier werden neben eigenen Themen auch spannende Fremdinhalte rund um die psychische Gesundheit aufgegriffen. Aber Generation PSY setzt keineswegs nur auf digitale Vernetzung, sondern adaptiert auch die bewährten Angebote der Jungen Akademie wie die Summer Schools, das Mentoringprogramm oder die Facharztintensivkurse.

Eine aufmerksamkeitsstarke Plakatkampagne an Hochschulen und Kliniken mit wechselnden Motiven soll Neugier wecken, Anlass für Gespräche geben

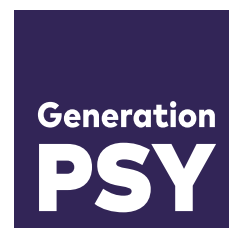


Die neue Kampagne startet mit dem Thema Bipolare Störung.

und gleichzeitig mit einem Augenzwinkern psychiatrische Schlagworte in den Fokus rücken. Die Kampagne startet mit dem Thema Bipolare Störungen, das auf der Webseite anschauliche Vertiefung aus verschiedenen Perspektiven findet. Wie es ist, mit einer Bipolaren Störung zu leben, berichtet Gitarrist Martin Kolbe. Die fachärzt-

liche Sicht gibt Psychiaterin Lieselotte Mahler wieder und erklärt, was den Erkrankten helfen kann. Ergänzt wird das Themenspecial durch leicht verständliche Hintergrundinformationen zu Symptomen und Vorkommen Bipolarer Störungen. Im Herbst widmet sich Generation PSY dem nächsten Schwerpunktthema, das an dieser Stelle noch nicht verraten wird.

Machen Sie sich am besten selbst ein Bild und noch wichtiger: Reden Sie darüber!
www.generation-psy.de



Wofür steht die Marke Generation PSY?

Schekorr: Generation PSY vereint mehrere Bedeutungen in sich. Zum einen steht der Begriff in der Tradition von Bezeichnungen wie Generation X, Y und Z. Wenn man bedenkt, dass psychische Erkrankungen eine immer größere Bedeutung haben, könnte Generation PSY für die Berufsgruppe der Psychiater stehen, die unsere Gesellschaft in den kommenden Jahren zunehmend braucht. Generation PSY vereint damit die Mitglieder der Jungen Akademie der DGPPN, die den jungen Psychiatern eine Stimme geben, und schließt auch diejenigen ein, die wir erreichen wollen: Junge Menschen, die sich erst noch für den Psychiaterberuf entscheiden sollen.

Wie haben Sie die zentralen Botschaften herausgearbeitet?

Blattner: Wir wollen zeigen, dass der Beruf des Psychiaters

anders ist, als sich ihn die meisten vorstellen: Der Mensch steht immer im Mittelpunkt, gleichzeitig entwickeln sich Forschung und Wissenschaft rasant weiter. Diese Kernbotschaften haben sich in den zahlreichen Interviews herauskristallisiert, die wir mit Nachwuchskräften in der Konzeptphase geführt haben.

Welche Ideen stehen hinter dem Design der Kampagne?

Schekorr: Um die junge Zielgruppe zu erreichen, mussten wir lauter und plakativer werden. Dazu haben wir für die DGPPN eine neue, junge Marke entwickelt – mit frischen Farben, einer modernen Schrift, einer ungewöhnlichen Bildsprache und einem eigenständigen Illustrationsstil. Das dunkle Violett des Logos ist ein Mix aus der bisherigen Farbe der Jungen Akademie und dem DGPPN-Blau.

REFERATE AKTUELL

PSYCHOPHARMAKA IM BLICKPUNKT

In der Behandlung von psychischen Erkrankungen kommen Psychopharmaka neben Psychotherapie und psychosozialen Interventionen eine zentrale Rolle zu. Dennoch sind Psychopharmaka umstritten, viele Menschen begegnen ihnen mit Skepsis. Gleichzeitig machen sich auch ein Mangel an innovativen Medikamenten und die Auswirkungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bemerkbar.

Autor: Gerhard Gründer

Vor diesem Hintergrund gründete die DGPPN bereits vor einigen Jahren das Fachreferat „Psychopharmakologie“. Dieses setzt sich intensiv mit den vielschichtigen Themen im Feld der Arzneimitteltherapie psychischer Erkrankungen auseinander.

IM AUSTAUSCH MIT POLITIK UND BEHÖRDEN

Seit Inkrafttreten des AMNOG werden neue Medikamente bei der Markteinführung einer sogenannten frühen Nutzenbewertung unterzogen. Im Rahmen dieser Verfahren, die in den Händen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) liegen, haben die Fachgesellschaften die Möglichkeit zur Stellungnahme. Vier Verfahren für Psychopharmaka hat der G-BA seit 2011 auf den Weg gebracht. Das Referat „Psychopharmakologie“ hat drei davon in enger Abstimmung mit dem Vorstand der DGPPN und anderen Fachreferaten mit Stellungnahmen kom-

mentiert und an den entsprechenden Anhörungen teilgenommen (Lurasidon, Nalmefen, Vortioxetin). Wenn auch der G-BA keinem der neuen Medikamente einen „Zusatznutzen“ zugesprochen hat, so wurde ihm doch durch die intensiven Diskussionen im Rahmen der Verfahren die besondere Problematik bewusst, welche in der Bewertung des Zusatznutzens eines Psychopharmakons im Vergleich zu einer sogenannten „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ liegt.

Durch seine Mitgliedschaft in der Ad-hoc-Kommission „Frühe Nutzenbewertung“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften steht das Referat nicht nur im engen Austausch mit anderen medizinischen Fachgesellschaften, sondern auch mit den Entscheidungsträgern beim G-BA. Zusätzlich besteht ein intensiver Dialog mit der Bundesoberbehörde und mit der pharmazeutischen Industrie – immer mit dem Ziel, die Entwicklung, Zulassung und Bewertung von Arzneimitteln konstruktiv und kreativ voranzutreiben. Gerade dieser Meinungsaustausch steht auch im Zentrum der Symposien und Workshops, die auf dem jährlichen DGPPN Kongress regelmäßig stattfinden.

Die kontinuierliche Diskussion mit Industrie und Behörden verfolgt auch das Ziel, die Psychopharmakotherapie in prinzipiellen Fragen weiterzuentwickeln. Dazu zählen insbesondere die Entwicklung von Substanzen mit neuen

Wirkmechanismen, die Methodik ihrer klinischen Prüfung und die Arzneimittelsicherheit und -vigilanz. Die Mitglieder des – angesichts seiner Bedeutung mit nur sieben Mitgliedern erstaunlich kleinen – Referates sind dazu in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften und Gremien in zum Teil prominenter Position aktiv und gestalten die Zukunft der Psychopharmakotherapie so aktiv mit.

AUFKLÄRUNG UND INFORMATION

Das Referat berät und unterstützt den Vorstand der DGPPN immer wieder zu Fragen der Psychopharmakotherapie, die in der Öffentlichkeit diskutiert werden und teilweise heftige und oftmals kontroverse Reaktionen auslösen. Beispiele sind die Diskussion um die Neben- und Wechselwirkungen bestimmter Medikamententypen. Die sachliche und differenzierte Aufklärung der Öffentlichkeit und die Weiterbildung von Fachkollegen über den Nutzen, aber auch die Risiken, der Psychopharmakotherapie bilden damit eine der zentralen Aufgaben des Referates.

DGPPN-REFERATE

Die rund 30 Referate der DGPPN bilden das gesamte Spektrum des Faches Psychiatrie und Psychotherapie ab. Mitglieder der DGPPN sind herzlich eingeladen, sich aktiv einzubringen.

Mehr Infos auf www.dgppn.de

UNIV.-PROF. DR. MED.

GERHARD GRÜNDER

Leiter des DGPPN-Referates

„Psychopharmakologie“

Stv. Direktor der Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
an der Uniklinik RWTH Aachen

REZENSION

AM LEBEN BLEIBEN

Mit 24 Jahren wird Matt Haig von einer lebensbedrohlichen Krankheit überfallen, von der er bis dahin kaum etwas wusste: einer schweren Depression. Es geschieht auf eine physisch dramatische Art und Weise, die ihn buchstäblich an den Rand des Abgrunds bringt. In seinem Buch *Ziemlich gute Gründe, am Leben zu bleiben* beschreibt er, wie er die zerstörerische Krankheit allmählich überwindet.

Autor: Andreas Küthmann

Matt Haig, der 1975 in Sheffield/UK geboren wurde, hat bereits mehrere Romane und Kinderbücher veröffentlicht, die mit verschiedenen literarischen Preisen ausgezeichnet und in über 20 Sprachen übersetzt wurden. Er lebt heute in New York und London. In Deutschland landete er mit seinem Roman „Ich und die Menschen“ 2015 einen Bestseller.

In seinem neuesten Buch *Ziemlich gute Gründe, am Leben zu bleiben* schildert er in eindrucksvoller Weise, wie er erstmals an einer Depression und Angststörung erkrankt und „die ganze Welt zusammenbricht“. Das Buch, das es fast nicht gegeben hätte, ist Memoire, Ratgeber und Sachbuch zugleich – und es gibt ziemlich viele gute Gründe, es zu lesen.

- Haig stellt in beeindruckender Weise die Individualität des Krankheitserlebens dar und macht deutlich, dass es *die Depression* und *die Angststörung* nicht gibt. Er erklärt uns, warum die Krankheit Depression so schwer zu verstehen ist und zeigt uns in Blitzlichtern auf, was die Krankheit bedeutet.
- Der Autor nimmt uns Leser auf eine Reise in die familiäre und eigene Vorgeschichte mit. Ferngespräche in die Vergangenheit bringen den Unterschied des Erlebens in der Krankheit und die Wahrnehmung danach nahe. Dabei schildert er in prägnanter Klarheit seine Symptome und führt uns vor Augen, was „Leute zu Depressiven sagen, was sie in anderen lebensbedrohlichen Situationen nie sagen würden“.
- Das Buch konfrontiert uns schonungslos damit, dass wir „noch lange nicht am Ende der Wissenschaft sind – ganz gewiss nicht am Ende einer Wissenschaft, die noch in Kinderschuhen steckt, wie die Neurowissenschaft“. Es zeigt, dass wir dazu neigen, Gehirn und Körper getrennt voneinander zu sehen und dabei glauben, „das Gehirn steuere den Rest von uns, wie ein Baggerfahrer seine Maschine“.
- Als Leser erfahren wir in aller Kürze etwas über die Gedanken bei der ersten und bei der tausendsten Panikattacke. Angehörige erhalten hilfreiche Hinweise für den Umgang mit Menschen mit Depression und Angst.

- Absolut nachvollziehbar schildert Haig, wie die Depression allmählich ihre erdrückende Übermacht verliert und erklärt, welche Rolle Liebe, Beziehung und eine tragfähige Partnerschaft dabei spielen.
- Das Buch zeigt, dass Depression jeden treffen kann, und es schildert, welche berühmten Menschen von ihr betroffen waren und sind. Dabei verblüfft es mit einer ebenso einfachen wie wichtigen Botschaft: Wir könnten manches nicht trotz, sondern wegen der psychischen Krankheit tun. „Ich zum Beispiel schreibe wegen meiner Depression“, stellt Haig fest.

Auch wenn in der deutschen Übersetzung in Zusammenhang mit Suizid immer von Selbstmord die Rede ist – was eine moralische Bewertung enthält – und im Zusammenhang zwischen unserer Lebensweise im 21. Jahrhundert und dem Auftreten von Depression und Angst ein wenig zu viel Kulturpesimismus mitschwingt, stellt das Buch eine gelungene Kombination aus Schilderung des eigenen Krankheitserlebens und dessen Bewältigung dar.

DR. MED. ANDREAS KÜTHMANN

DGPPN-Vorstandsmitglied

Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Memmingen



BUCH: Matt Haig: *Ziemlich gute Gründe, am Leben zu bleiben*.
Deutsch von Sophie Zeitz. dtv,
München 2016. 304 Seiten.

STUDIE

RISKANTE BERICHTE VERSTÄRKEN STIGMA

Das Bild, das sich die Öffentlichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen macht, wird stark durch ihre Darstellung in den Medien geprägt. Gerade nach schweren Gewalttaten kommt es immer wieder zu Stigmatisierungen. Besonders deutlich zeigt dies die Berichterstattung über das Germanwings-Unglück im vergangenen Jahr.

Autoren: Steffen Conrad von Heydendorff und Harald Dreßing

Ist es im Zuge der Germanwings-Katastrophe zu einer Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gekommen? Dieser Frage geht eine jüngst publizierte Studie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim nach. Die beiden Autoren, Steffen Conrad von Heydendorff und Harald Dreßing, untersuchten dabei, welche Rolle in den Medien eine mögliche psychische Erkrankung des Kopiloten als Erklärungsansatz für den Absturz gespielt hat. Für ihre Studie werteten sie retrospektiv insgesamt 251 Texte aus zwölf verschiedenen überregionalen Printmedien aus, die sich im Zeitraum vom 24.3. bis 30.6.2015 mit der Frage nach der Absturzursache beschäftigt haben. Neben den Tageszeitungen *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, *Frankfurter Rundschau*, *Süddeutsche Zeitung*, *Die Welt*, *Handelsblatt*, *Der Tagesspiegel*, *BILD* und *die tageszeitung* gehören auch die Wochenzeitungen *Die Zeit*, *Der Spiegel*, *Focus* und *Stern* dazu.

WERDEN BETROFFENE DISKREDITIERT

Die Studienleiter entwickelten hierfür die Rubriken „riskante Berichterstattung“ und „explizite Stigmatisierung“. Unter „expliziter Stigmatisierung“ verstehen sie, dass eine Stigmatisierung in einem Text offensichtlich erkennbar und für den Leser somit eindeutig identifizierbar ist. So wurden die Artikel nach Hinweisen auf „Dramatisierungen“, „Forderungen von Berufsverboten für psychisch erkrankte Menschen“ oder auch „Wertungen“ untersucht, die Betroffene z. B. als „Irre“ oder „Verrückte“ diskreditieren. Ein zweites Augenmerk der Studie lag auf der Analyse, ob es durch eine kausale Verknüpfung zwischen psychischer Krankheit und krimineller Tat (dem mutwillig herbeigeführten Absturz) – ohne begleitende wissenschaftliche Betrachtungsweise – zu einer „riskanten Berichterstattung“ gekommen ist. Steffen Conrad von Heydendorff und Harald Dreßing stellen die These auf, dass neben der für den Leser offensichtlichen „expliziten Stigmatisierung“ vor allem durch die medial häufig hergestellte Kausalität von

psychischer Erkrankung und krimineller Tat die Gefahr einer Stigmatisierung bestehe. Dadurch könne in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, dass psychisch erkrankte Menschen grundsätzlich gefährlich und kriminell seien. Die Studie erfasste außerdem, ob eine konkrete Diagnose in den Artikeln als mögliche Absturzursache genannt wird.

ZURÜCKHALTUNG ERST NACH KRITIK

Die Ergebnisse der Textauswertungen zeigen im Segment „riskante Berichterstattung“ eindrücklich, dass 64,1 % der ausgewerteten Printmedien eine psychische Erkrankung des Kopiloten als mehrheitliche Erklärung für den Absturz der Maschine heranziehen, ohne dass sie auf die wissenschaftlichen Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und Kriminalität eingehen. Knapp 40 % aller Texte nennen sogar die konkrete Diagnose „Depression“ als wahrscheinlichen Absturzgrund. Daneben finden sich noch weitere Verdachtsdiagnosen, die von „Bipolare Erkrankung“, „Narzissmus“ bis zu „Psychose“ reichen. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich vor allem im April 2015 – als bekannt wurde, dass der Kopilot das Flugzeug mutwillig zum Absturz gebracht hatte – eine massive mediale Fokussierung auf eine psychische Erkrankung als Erklärungsansatz des Absturzes (77 % der Texte). In den Monaten Mai und Juni üben einige Printmedien, auch nach massiver Kritik psychiatrischer Experten, mehr Zurückhaltung, so dass noch rund 60 % der Texte eine psychische Erkrankung als Absturzursache nennen.

Merkmale einer „Expliziten Stigmatisierung“ haben die Autoren in insgesamt 79 Texten (31,5 %) entdeckt. Hierbei ist die Kategorie „Metaphorische Sprache / Dramatisierungen“ (23,5 %) führend. Wertungen finden sich in rund 10 % der Texte. Die Forderung nach Berufsverboten für psychisch kranke Menschen erscheint immerhin in 11,5 % der analysierten Artikel. Durch die deutliche mediale Fokussierung auf eine psychische Erkrankung des Kopiloten als Absturzursache ist es nach Einschätzung der Autoren zu einer „riskanten Bericht-



Im Zuge der Germanwings-Katastrophe ist es zu einer stigmatisierenden Berichterstattung über psychisch erkrankte Menschen gekommen.

erstattung“ gekommen, die nicht intendierte Stigmatisierungseffekte für psychisch erkrankte Menschen haben kann. Die möglicherweise stigmatisierenden Effekte der „riskanten Berichterstattung“ werden durch die beträchtliche Anzahl „expliziter Stigmatisierungsmerkmale“ zusätzlich verstärkt.

GLEICHER TENOR EIN JAHR DANACH

Die Frage nach dem „Warum“ dieser katastrophalen Tat ist verständlich und menschlich. Ebenso wenig ist es verwerflich, dass auch psychische Erkrankungen als medialer Erklärungsansatz für eine unfassbare Handlung einer einzelnen Person herangezogen werden. Solche Überlegungen sollten aber immer im Kontext der inzwischen umfassenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema „Psychische Erkrankungen und Delinquenz“ stehen. Ansonsten verstärkt sich in der Öffentlichkeit das Bild des „gefährlichen psychisch Kranken“. Konkret bezogen auf den Absturz des Germanwings-Flugzeugs heißt dies, dass sich die kausale Verknüpfung zwischen einer psychischen (insbesondere depressiven) Erkrankung und der Tat an-

hand der vorliegenden Erkenntnisse im Nachhinein nicht eindeutig belegen lässt und sich auch nach der Veröffentlichung der abschließenden Ermittlungsberichte im spekulativen Bereich bewegt. Angesichts der langen Krankengeschichte des Kopiloten mit vielen Arztbesuchen gehen die Ermittlungsbehörden und zahlreiche Medien aber genau von dieser Kausalität aus. Trotz der Kritik zahlreicher Fachleute an der medialen Aufarbeitung des Unglücks, hat sich am Tenor der Berichterstattung über den Absturz bisher kaum etwas verändert. Dies zeigen die Pressestimmen zum ersten Jahrestag des Unglücks und zur Veröffentlichung des Abschlussberichts der französischen Flugunfallbehörde. Die führenden Printmedien rezipieren die Aussagen der Behörden, ohne diese in einen kritischen Kontext zu setzen. Die Frage, ob eine psychische Erkrankung überhaupt als mögliche Absturzursache in Frage kommt, steht für die meisten Printmedien ein Jahr nach dem Absturz außer Frage. Nun rückt die auch von der französischen Ermittlungsbehörde formulierte Forderung nach einer Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht in den Vordergrund, um derartige Tragödien zukünftig vermeiden zu können.

Prinzipiell wäre es wünschenswert, wenn sich die Medien bei der Recherche und dem Verfassen von Artikeln stärker an den Empfehlungen zur Berichterstattung über psychische Erkrankungen orientieren würden, wie sie etwa das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit herausgegeben hat. Solange die Faktenlage unklar ist, wäre Zurückhaltung in der Berichterstattung wünschenswert. Insbesondere sollte möglichst auf dramatisierende und wertende Sprache verzichtet werden. Für ein differenziertes Bild müssten auch begleitende Informationen über Genese, Charakteristik und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten in die Artikel einfließen. Es steht außer Frage, dass die Medien vor einer schwierigen Aufgabe stehen: Einerseits gilt es, rasch Informationen bereitzustellen und die Aufgabe zu sichern, andererseits darf nicht skandalisierend oder stigmatisierend berichtet werden. Ein verstärkter Dialog zwischen Medien und psychiatrischer Fachexperten könnte aber helfen, dieser Aufgabe zukünftig besser gerecht zu werden und nicht-intendierte Stigmatisierungseffekte zu vermeiden.

STEFFEN CONRAD VON HEYDENDORFF

Assistenzarzt

PROF. DR. MED. HARALD DRESSING

Leiter Forensische Psychiatrie

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

LITERATUR

von Heydendorff SC, Dreßing H (2016) Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katastrophe. *Psychiatrische Praxis* 43:134–140

HISTORISCHE FOTOGRAFISCHE KONSTRUKTIONEN

SEELE IM GESICHT

Psychiater haben in der Vergangenheit jede Menge Bilder produziert, die so etwas wie die Natur von Krankheitserscheinungen darstellen sollten. Verglichen und interpretiert wurden die Ansichten stets vor dem Hintergrund einer normativen Vorstellung von Gesundheit. Die Geschichte der psychiatrischen Abbildungspraxis ist die von visuellen Klassifizierungen, welche das Individuum an einer Norm ausrichten.

Autorin: Susanne Regener

Die Vorstellung, dass das Innere mit dem Äußeren korrespondiert, wurde durch die Fotografie exponiert und knüpfte an populärwissenschaftliche Vorstellungen, namentlich der Charakter- und Menschenkunde und Physiognomik an. Fotografiert wurden die Patienten von engagierten Ärzten. Diese Fotoamateure waren vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Zeit der Psychiatriereformen der 1970er Jahre aktiv. Visualisierung von Krankheit ist auch heute noch eine anerkannte Praxis, etwa bei den neurowissenschaftlichen Methoden des *brain imaging*. Hier werden im Unterschied zu den früheren „realistischen“ Patientenfotografien abstrakte Bilder hergestellt, die ein Spezialwissen für das „Lesen“ der Zeichen erfordern.

Ein Blick in die Geschichte der fotografischen Abbildung von Patienten zeigt, wie sich Vorstellungen vom seelisch kranken Menschen in der Psychiatrie an und mit Bildern entwickelt haben.

HEILENDES SPIEGELBILD

„In seinem Kopf verspürte er ein merkwürdig dumpfes Gefühl. Ein plötzlicher Verdacht, dass man ihm dies vom Gesicht ablesen könne, ließ ihn sich eines anderen besinnen und innehalten, bevor er die Treppe hinaufstieg. Im Speisezimmer hing ein Spiegel. Er ging geradewegs zum Spiegel und baute sich vor ihm auf. Mit atemloser Besorg-

nis studierte er den Ausdruck seines Gesichtes. ‚Sehe ich aus wie ein Irrer?‘, fragte er sich. ‚Sie werden mich nicht zu ihr lassen; sie werden mich fortschicken, wenn ich aussehe wie ein Irrer.‘“ Diese Passage zweifelnder Selbstreflexion stammt aus dem 1880 in London erschienenen und seinerzeit sehr populären Kriminalroman *Jezebel's Daughter* von Wilkie Collins. Thema in diesem Ausschnitt ist die Frage, ob die ärztliche Zuschreibung, die Diagnose, auch am Körper erkennbar ist. Mit dem Blick in den Spiegel überprüft der Protagonist sein Äußeres, weil er, der in der „Irrenanstalt“ untergebracht ist, annimmt, dass man Spuren des Aufenthaltsortes in seinem Gesicht wieder finden könnte. Der Blick in den Spiegel ist nicht einer, der seine Auffassung vom eigenen Gesichtsausdruck bestätigen soll, sondern mit dem Blick in den Spiegel soll der Blick der Außenwelt nachvollzogen werden, d. h. einer normativen Vorstellung über Krankheitsspuren wird nachgegangen.

Die in der Geschichte der Fotografie früh kursierende Vorstellung, die Fotografie sei ein direktes Spiegelbild von etwas, wurde in der Psychiatrie konkret umgesetzt: Im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts nahm der Fotoapparat die Funktion eines Spiegels ein. Daran jedenfalls glaubten die Mediziner, die in Psychiatrien ihre Patienten fotografieren. Der erste Fotograf dieses Genres, der englische Psychiater Hugh Welch Diamond (Surrey County), interagierte

sogar mit solchen „Spiegelbildern“. Er fotografierte seine (überwiegend) weiblichen Patienten bei deren Eintritt in die Klinik und wollte damit den Status der Kranken dokumentieren. Verschiedentlich hielt er über einen längeren Zeitraum verschiedene Krankheitsphasen der Patientinnen fest und machte schließlich zum Ende des Klinikaufenthaltes ein Foto, das den gesunden Zustand der Person repräsentieren sollte.

Eine von Diamonds therapeutischen Maßnahmen war es, dass er seine Patientinnen mit den Fotografien ihrer selbst konfrontierte. Mit diesem Experiment sollte die Patientin eine Einsicht in ihren kritischen Zustand erhalten.

Die Fotografie mit dem Spiegelbild gleichzusetzen, hieß, an ihre unbedingte Wahrheit in der Abbildung zu glauben. Und für Diamond war die Fotografie ein sehendes Medium: „Der Photograph [...] hält mit unfehlbarer Genauigkeit die äußere Erscheinung jeder Gemütsbewegung als wirklich zuverlässiges Anzeichen einer inneren Störung fest und enthüllt so dem Auge die wohlbekanntete Wechselwirkung, die zwischen dem kranken Hirn des Menschen und seinen Körperorganen und Gesichtszügen besteht.“

Nun sind jedoch die Fotografien, die seit Diamond in Psychiatrien von Patienten hergestellt wurden, Zwangsfotografien oder Fotografien-wider-Willen – die Porträtierten hatten keine Wahl. In der Institution wurden Menschen fotografiert, die zumeist aus unteren



Abb. 1:
Hugh W. Diamond,
*Die vier Stadien
der Kindbettmanie,*
1858, Lithographien
nach Fotografien,
in: Burrows A,
Schumacher I (1979).

sozialen Schichten stammten und zuvor kaum ein Fotoatelier besucht hatten. Es traf sie der Blick der Institution und des diagnostizierenden Arztes. Diese Fotografien hatten das Ziel, Krankheit zu dokumentieren und nicht das repräsentative Selbst.

Im Falle von Dr. Diamond trafen eine neue Behandlungsweise (No-Restraint) und ein neues Medium (Fotografie) aufeinander, um in der Synthese ein spezifisches Menschenbild zu generieren. Der Amateurfotograf war in den 1850er Jahren von der Genauigkeit der Fotografie sehr begeistert; sie würde seine Wahrnehmung erweitern. Die Fotografie wurde zur Prothese des Auges.

Mit Vorher-nachher-Fotografien schuf Diamond eine (visuelle) Idee von gesund/krank, normal/anormal. Auf dem Foto, das „akute Manie“ ausdrücken sollte, ist die Frau in Anstaltskleidung mit verschränkten Armen dargestellt. Sie schaut mit weit aufgerissenen

Augen seitlich aus dem Bild heraus, ihre Haare wirken strähnig, ungekämmt. Das Foto, das Diamond nach einer konsultierten Genesung anfertigte, war ganz im Stil einer bürgerlichen repräsentativen Atelierfotografie gestaltet: Die Frau trägt eine Art Sonntagskleid mit einer wohl drapierten Schleife, die Haare sind mit Korkenzieherlocken frisiert und mit einer sitzhaften Haube bedeckt. Sie sitzt in einem wohnzimmerartigen Atelierambiente auf einem gepolsterten Stuhl, ein Arm lehnt an einem Tischchen, auf dem Handarbeitsgarne wie in einem Wohnzimmer ausgebreitet scheinen. Der Kopf ist anmutig zur Seite gelegt, der Blick sanft in die Kamera gerichtet. Auch das Tableau über die „vier Stadien der Kindbettmanie“ – hier nach Fotografien von Diamond als Lithographien wiedergegeben – visualisiert einen Heilungsprozess, an dessen Ende die Frau bildhaft in die Gesellschaft eingegliedert ist: Aus der ungewöhnlichen An-

sicht einer Frau in Anstaltskleidung entstand nach und nach ein Bild, bei dem die Gesichtszüge und die Haare geglättet und die Patientin „ordentlich angezogen“ sei. Für die Darstellung von Normalität benutzte man das Klischee der zeitgenössischen Porträtfotografie, den Sonntagsstaat und Insignien bürgerlichen Status – im Kontrast dazu standen die anderen, die Vorher-Aufnahmen, die es nur in der Anstalt gab und somit dem Raum der Krankheit und Anormalität zugehörten.

Von dem österreichischen Psychiater Richard von Krafft-Ebing stammte 1879 der Leitsatz, es ginge in der psychiatrischen Behandlung um die „Zurückführung der gestörten Funktionen zu ihrer Norm“. Krafft-Ebing selbst hat keine Bildbeispiele verwendet, doch geht es ihm wie allen zeitlich folgenden Psychiatern in der Darstellung der Allgemeinen Pathologie um Vorstellungen genereller Muster.

GESICHTSAUSDRUCK UND MEDIZINISCHER TYPUS

Das Patientenporträt als Spiegelbild für die Heilung zu nutzen, ist einzigartig in der Geschichte der psychiatrischen Fotografie und sicherlich im Zusammenhang mit der frühen Rezeption der Fotografie als Medium der Selbsterkenntnis zu sehen. Aber nicht nur in der Therapie wurden die Fotos eingesetzt, mit ihnen illustrierte man auch wissenschaftliche Fachartikel und Lehrbücher und sie wurden in Fotoausstellungen gezeigt.

Während Diamond und andere No-Restraint-Psychiater (wie John Conolly) medizinisch und fotografisch stark um das Individuum und seinen Gesundheitsprozess bemüht waren, ging es in der Folge um die Visualisierung des Krankheitstypus.

Der Bremer Psychiater Friedrich Scholz hatte um 1900 Patientenfotografien in seinem Lehrbuch abgedruckt (Abb. 3), um exemplarisch, wie er kommentierte, „die physiognomisch so



Abb. 2: Hugh W. Diamond, *Akute Manie und nach Genesung*, ca. 1850, in: Burrows A, Schumacher I (1979).



Abb. 3: „Epileptische Ekstase, dieselbe im mittleren Erregungszustand“, in: Scholz F (1892).

charakteristischen Formen des affektiven Irreseins, der akuten Verworrenheit, der Paralyse und der hallucinatorischen Paranoia“ zu veranschaulichen. Während in anderen Lehrbüchern die Patienten meistens nur so abgebildet waren, dass eine Abweichung, ein kranker Ausdruck vorgeführt wurde, interessierte sich Scholz auch für Veränderungen, wie z. B. die Beruhigung des Krankheitszustandes und den Ausdruck der Genesung. Die illustrierten Falldarstellungen begründeten das Individuum neu: Was wir sehen, wurde durch den Kommentar des Arztes in einen (normativen) Zusammenhang gebracht. Die Frau mit der Diagnose Epilepsie wird mit zwei verschiedenen Porträts vorgestellt. Die ästhetische Inszenierung der Patientin ist so gewählt, dass die Übersetzung der Geste ein eindeutiges Muster erhält. „Ekstatische Verzückung“, „erotische Elemente“, „verzückt lächeln des Gesicht“, so lauteten die Kommentare von Friedrich Scholz. Das Foto sollte die durchschnittliche Ansicht einer epileptischen Ekstase bei Frauen belegen; nicht der konkrete Fall zählte, sondern der verallgemeinerbare Typus. Die Beschreibung des Psychiaters knüpfte an bekannte Muster in der Gesellschaft der Zeit an. Künstlerischer Ausdruckstanz, Hypnose- und Geisterfotografien zeigten ähnliche Gesten und ekstatische Körperverrenkungen. Was also in einem

Bereich als krank bezeichnet wurde, war in einem anderen Ausdruck künstlerischer Kreativität. Hinzu kam, dass mit deutlichen geschlechtsspezifischen Zuschreibungen operiert wurde: Das verführerische Element war weiblich und wurde in den Bereich der Pathologie gedrängt.

Im Nationalsozialismus erhielt die Typifizierung eine Radikalisierung, z. B. durch den Psychiater Max De Crinis, der Menschenkenntnis, Wissenschaft und Kunst in der Diagnose vereint sah.

De Crinis war von 1938 bis 1945 Direktor der Berliner Charité und bezeichnete sich als ein gelehrter Sehender, der mit dem Medium der Fotografie glaubte, ein Beweismittel in Gebrauch zu nehmen. Das Brustporträt des bärtigen Mannes (Abb. 4) sollte laut Max de Crinis das durchschnittliche Krankheitsbild der Schizophrenie veranschaulichen. Der Abgebildete bleibt anonym, hat keinen Namen, keine Geschichte, sein Gesicht wird hier zum Abziehbild einer allgemeinen Diagnose gemacht. In der Fotografie sollte sich der erfahrene Blick verdichten; gesprochen wurde zumeist nicht über den einzelnen konkreten Fall, wie noch bei Diamond, sondern über den Typus. Schließlich wurden auf der Grundlage solch intuitiver Deutungskraft Tausende von Psychiatriepatienten in den 1940er Jahren ermordet.

VERMESSENES GEHIRN UND NORMALISIERTES PORTRÄT

Alles lief, kurz gesagt, darauf hinaus, dass körperliche Zeichen der Abweichung von der Norm nicht nur gesucht, sondern imaginiert und erfunden wurden. Die Psychochirurgie ist trauriger Höhepunkt der physischen Psychiatrie in der Behandlung von sogenannter Anormalität, deren Ursache man im Gehirn vermutete. Im Falle der Lobotomie schnitt man einfach im Hirn herum, entfernte oder verbrannte Teile davon.

Der Amerikaner Walter Freeman hat Anfang der 1940er Jahre fotografische Dokumentationen im Rahmen seiner umfangreichen chirurgischen Eingriffe ins Gehirn von schizophrenen und sogenannten unruhigen Patienten gemacht. Die Lobotomie oder Leukotomie ist eine Operation an der subcorticalen weißen Substanz des Gehirns, im Vorderlappen. 1939 hatte der Portugiese Egas Moniz zum ersten Mal einen Menschenversuch mit der Lobotomie gemacht. Das ganze Ausmaß der Gehirnpsychiatrie wird in diesem, heute immer noch weitgehend unerforschten Kapitel der Medizingeschichte deutlich: Psychische Krankheit, Unruhe, Verstörung wurden als Herde im Gehirn lokalisiert, die man angeblich nur mittels physischem Eingriff beseitigen konnte. Konkret hieß das: Ein Loch wurde in die Schädel-



Abb. 13. Schizophrenie.

Abb. 4: „Schizophrenie“, in: De Crinis M (1942).

decke gebohrt, ein Messer eingeführt, das man blind hin- und herbewegte und damit Verbindungen im Gehirn durchtrennte. Von der Eliminierung entsprechender Teile im Gehirn versprach man sich eine bessere gesellschaftliche Integration der Patienten oder kurz gesagt: die soziale Manipulation.

Walter Freeman war nach dem Zweiten Weltkrieg eine Art Popstar in der Psychochirurgie, er reiste durch die USA, mehrfach auch in Europa, und operierte im Schnellverfahren Psychiatriepatienten. Dazu benutzte er ein langes, löffelartiges Instrument, das Leukotom, mit dem er in die weiße Substanz des Stirnlappens eingriff.

Das Außen würde mit einem Inneren korrespondieren, war die physiognomische Denkweise, die mit der Fotografie zu untermauern war. Die Fotografien einer Patientin vor und nach dem Eingriff sollten Diagnose und Operation, rechtfertigen (Abb. 5). Während die eine Fotografie wie ein zufälliger Schnappschuss wirkt, war die zweite (nach der OP) ein Porträt, das man als normal und durchschnittlich einstufte. Wieder konzentrierte sich die Inszenierung auf die Ordnung der Haare, die Kleidung und die Augenstellung – alles entsprach einer handelsüblichen Porträtaufnahme.

Was als großer Fortschritt gefeiert wurde (Egas Moniz bekam 1949 den Nobelpreis), war nicht nur ethisch ver-

urteilungswürdig, sondern gerade auch medizinisch sehr zweifelhaft in seiner Wirkung. Denn durch einen oder mehrfache Eingriffe mit dem Leukotom wurden die Patienten lediglich anpassungsfähig gemacht. Freeman hatte selbst beschrieben, dass seine Patienten indolent wurden nach der Operation, kindlich lustig und faul, weitgehend ohne depressive Verstimmung und sozial angepasst. Diese biologistische Sichtweise stellte unverhohlen einen Objektstatus der Patientinnen und Patienten heraus: An leidenden, von Ärzten abhängigen Menschen wurde so lange operiert, bis sie diszipliniert für das Krankenhaus oder passend für die Aufgabe in der Familie gemacht waren.

Sollen heute unter dem Begriff der tiefen Hirnstimulation (THS) bei psychiatrischen Erkrankungen Teile des Gehirns durch elektrische Impulse „diszipliniert“ werden, dann steht dahinter die Vorstellung von der machbaren



Abb. 54. Beobachtung 69. Eine 73-jährige Frau mit agitierter Depression vor der präfrontalen Lobotomie.

Abb. 55. Beobachtung 69. Dieselbe Patientin zwei Monate nach dem Eingriff.

Abb. 5: Patientin vor und nach präfrontaler Lobotomie, in: Freeman W (1949).

organischen Lokalisierung psychischer Leiden durch Spezialisten. Die bildgebenden Verfahren der invasiven Medizin geben die Illusion einer (Bild-)Wahrheit. Der vermessende Blick schaut nach einer Entsprechung von Äußerem – d. h. soziales Verhalten, Abweichungen von der gesundheitlichen Norm – und Innerem, den Reaktionen einzelner Gehirnregionen. Die Idee aus den 1960er Jahren, die Psyche über die Neurochirurgie zu zivilisieren, wird in neurobiologischen Verfahren mit *Brain Imaging* in neuem technischen Licht fortgeführt:

Stets ging und geht es den verschiedenen Techniken der Diagnosefindung und Therapie um die Dokumentation eines wissenden, eines normierenden und eines bestätigenden Blicks.

PROF. DR. SUSANNE REGENER

Lehrstuhl Mediengeschichte/
Visuelle Kultur, Universität Siegen

LITERATUR

Diamond HW (1856) Über die Anwendung der Photographie auf die physiognomischen und seelischen Erscheinungen der Geisteskrankheit. Vortrag vor der Royal Society 22.5.1856. In: Burrows A, Schumacher I (Hrsg) (1979) Doktor Diamonds Bildnisse von Geisteskranken. Syndikat, Frankfurt a. M.

Foucault M (2003) Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974–75). Suhrkamp, Frankfurt a. M.

von Krafft-Ebing R (1879) Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart

Scholz F (1892) Lehrbuch der Irrenheilkunde. Für Aerzte und Studierende. E. H. Mayer, Leipzig

De Crinis M (1942) Der menschliche Gesichtsausdruck und seine diagnostische Bedeutung. Georg Thieme Verlag, Leipzig

Weygandt W (1935) Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten. Marhold, Halle a. S.

Freeman W (1949) Psychochirurgie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

Sigusch V (1977) Medizinische Experimente am Menschen. Das Beispiel Psychochirurgie. In: Jahrbuch für Kritische Medizin [= Argument Sonderband 17]. Argument-Verlag, Berlin

Kuhn J et al (2010) Tiefe Hirnstimulation bei psychiatrischen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 107(7):105–113

Regener S (2010) Visuelle Gewalt. Menschenbilder aus der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. transcript Verlag, Bielefeld, Neuauflage 2016 als E-Book: <http://www.transcript-verlag.de/978-3-89942-420-1/visuelle-gewalt>

NEURODETERMINISMUS UND MENSCHENBILD

DAS HARTE PROBLEM DES FREIEN WILLENS

Gibt es den freien Willen? Oder sind unsere Motive und Wünsche, Handlungsgründe und Überzeugungen nur Illusionen? Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften scheinen denjenigen Recht zu geben, die den Menschen gerne auf seine neurobiologischen Voraussetzungen reduzieren würden. Dabei gibt es gute philosophische Argumente, die man diesem Menschenbild entgegensetzen kann.

Autor: Markus Gabriel

Es sieht so aus, als ob der freie Wille und mit ihm die menschliche Freiheit insgesamt durch die erfolgreiche Generalisierung einer bestimmten Erklärungsweise bedroht ist. Diese Erklärungsweise nimmt ihren Ausgangspunkt von der richtigen Annahme, dass alle mentalen Zustände notwendige neurobiologische Voraussetzungen haben. In aller Kürze: Ohne ein in einen Organismus auf eine geeignete Weise eingebettetes Gehirn wäre es nicht möglich, dass wir ein bewusstes Innenleben haben. Kein einziger psychologischer Begriff wäre auf uns anwendbar, da wir schlicht kein Innenleben hätten. Nun besteht auf dieser Basis der folgende Verdacht: Viele biologische Prozesse vollziehen sich ohne unser bewusstes Zutun und selbst wenn wir uns ihrer bewusst werden, ändert dies noch lange nichts daran, dass sie sich vollziehen. Wir wachsen und altern ja nicht etwa deswegen, weil wir uns bewusst zu diesen Umständen verhalten. Man kann nicht sinnvoll die Absicht haben zu altern, sondern allenfalls das Altern mit bestimmten Einstellungsänderungen begleiten. Wie wenn aber alle bewussten Prozesse letztlich kausal impotent wären und sich nur als Epiphänomene nicht-bewusster Prozesse abspielten – so wie die deutschen Untertitel zu einem chinesischen Film, die die Handlungen der Filmfiguren nicht bestimmen und die kein geübter Zuschauer der Filmwelt zuschreibt?

Hierbei genügt es, noch zusätzlich anzunehmen, dass die mentalen Epiphänomene, die prinzipiell nicht-bewusste Vorgänge begleiten, ohne sie beeinflussen zu können, mit den betreffenden Vorgängen nicht nur korrelieren, sondern durch sie hervorgebracht werden, um den Eindruck zu erwecken, dass der freie Wille gehörig unter Druck gerät. Das, was man den freien Willen nennt, nehmen wir nämlich an, weil wir unsere Handlungen auf eine bestimmte Weise erklären wollen. Wenn jemand etwa in einen Bus einsteigt, schreiben wir dieser Person und anderen an diesem Vorgang beteiligten Personen die Absicht zu, in den Bus zu steigen, weil die Person an einen bestimmten Ort gelangen möchte, an dem sie sich noch nicht befindet.

Im Folgenden werde ich zunächst eine Version des von mir sogenannten *harten Problems des freien Willens* zugunsten des Neurodeterminismus formulieren, der annimmt, dass unser gesamtes bewusstes Leben durch nicht-bewusste Prozesse gesteuert wird, die wir nicht durch bewussten Zugriff kontrollieren können. Anschließend werde ich die Grundlinien eines anderen Menschenbildes skizzieren, das ich in Erinnerung an eine große philosophische Tradition, die vom Deutschen Idealismus über Nietzsche und Sartre bis in die gegenwärtige Philosophie reicht, *Neo-Existenzialismus* nenne.

DER NEURODETERMINISMUS UND DAS HARTE PROBLEM DES FREIEN WILLENS

Der *Neurodeterminismus* nimmt an, dass das alltägliche, von Philosophen bisweilen als das „manifeste“ bezeichnete Menschenbild im Grunde genommen falsch ist. Denn das manifeste Menschenbild unterstellt, dass einiges von dem, was sich mit Lebewesen wie uns zuträgt, nur deswegen geschieht, weil wir dies wollen. Unser Wille, so sieht es aus, greift dauernd ins Geschehen ein und ist nicht nur ein mentales Konstrukt, das nebenbei abläuft, ohne zur Sache beizutragen.

Allerdings ist der Neurodeterminismus keine naturwissenschaftlich belegte oder auch nur belegbare Hypothese. Er basiert auf einer empirisch nicht abgedeckten Generalisierung bestimmter Erklärungsmuster. So wissen wir, dass wir mentale Zustände durch Verabreichung von Medikamenten oder durch chirurgische Eingriffe beeinflussen oder hervorrufen können. Damit verbindet sich die Hoffnung, schwere psychische Krankheiten oder durch Läsionen bedingte Einschränkungen behandelbar zu machen. Die beschädigten biologischen Voraussetzungen eines als gesund erfahrenen geistigen Lebens ließen sich vielleicht wieder herstellen, wenn wir entdecken, worin sie bestehen. Dagegen ist nichts einzuwenden.

Doch daraus folgt nicht, dass unser geistiges Leben insgesamt Gegenstand neurowissenschaftlich basierter psychiatri-

scher Forschung ist. Es bleibt vielmehr Kennzeichen eines als gesund erfahrenen geistigen Lebens, dass wir es nicht als pathologischen Fall beschreiben, in dem die biologischen Grundlagen die Regie übernehmen und den freien Willen lädieren oder ausschalten. Die Annahme, unser gesamtes geistiges Leben könnte ein kausal impotenter Beiklang nicht-bewusster Prozesse sein, hat die Form eines bis zur Verschwörungstheorie gesteigerten Verdachts.

Allerdings gibt es philosophisch noch grundlegendere Probleme des Neurodeterminismus und des Menschenbildes, auf dem er aufbaut. An erster Stelle ist hier dasjenige anzuführen, was ich als das *harte Problem des freien Willens* bezeichne. Auf dieses Problem haben bereits die Philosophen Leibniz und Schopenhauer hingewiesen und es liegt in abgeschwächter Form den gegenwärtigen Mutmaßungen eines neuronalen Determinismus zugrunde.

Um das Problem zu formulieren, müssen wir zunächst zwischen *Handlungs-* und *Willensfreiheit* unterscheiden. Handlungsfreiheit liegt vor, wenn eine Person tun kann, was sie will, wenn die Ausführung ihrer Handlungsabsichten also nicht durch Zwang oder unerwünschte Formen der Manipulation usw. verhindert wird. Der Neurodeterminismus bestreitet nicht, dass es Handlungsfreiheit gibt und er behauptet auch nicht, dass diese immer durch neuronale Mechanismen eingeschränkt ist. Allenfalls weist er darauf hin, dass die Handlungen, die wir zur Ausführung bringen wollen, so dass uns die Ausführung im Erfolgsfall als gelungen erscheint, durch Verschaltungen festgelegt werden – so wie die Farbpalette, die mir phänomenal zugänglich ist, letztlich biologisch (phylo- und ontogenetisch nachvollziehbar) zustande kommt. Wenn ich das rote dem grünen Sofa vorziehe, so sicherlich auch, weil mein Roteindruck eine phänomenale Qualität hat (mir gefällt), was damit zusammenhängt, wie mir Licht einer bestimmten Wellenlänge aufgrund meiner physiologischen Ausstattung erscheint.

Im Unterschied zur Handlungsfreiheit besteht die *Willensfreiheit* darin, dass eine Person nicht nur ausführen kann, was sie will, sondern durch bewussten Zugriff die Handlung der Willensbildung zustande bringt. Demnach will ich etwa nicht nur das rote Sofa besitzen, sondern ich habe diesen Willen gebildet (durch Überlegung oder aufgrund schlechter Erfahrung mit grünen Sofas). Ich will also ein rotes Sofa und ich will auch, dass ich das rote und nicht das grüne Sofa will, weil ich mir dies gut überlegt habe. Aber wie steht es mit meinem Willen, das rote Sofa zu wollen? Wenn dieser nicht seinerseits durch eine Willenshandlung zustande gekommen ist, wie kann er dann frei sein?

An irgendeiner Stelle müssen wir annehmen, dass wir irgendetwas einfach nur wollen, ohne uns dafür entschieden zu haben, es zu wollen. Kurzum: Irgendetwas wollen wir einfach nur so. Ein gutes Beispiel dafür ist das Überleben. Wir wollen in der Regel einfach nur so überleben und uns auch ein-



Ein Menschenbild ist immer auch eine Entscheidung darüber, wer wir sein wollen oder sollen. Hier: René Magrittes „Le Pèlerin“ (1966)

fach nur so ernähren. Natürlich hängt dies ab einer bestimmten Ausbildung unserer Fähigkeiten davon ab, wie unsere Einstellungen zum Überleben und zur Ernährung geformt wurden. Doch selbst wenn wir nicht unbedingt überleben wollen (weil wir Soldaten sind oder unter einer schweren Depression leiden) bzw. wenn wir fasten oder eine Essstörung entwickeln, wollen wir irgendetwas anderes ohne weitere Gründe, also einfach so. An diesem Punkt springt die Neurobiologie ein und erklärt uns, warum wir etwas Bestimmtes einfach nur so wollen. Sie kann dies unter Rekurs auf biologische Tatsachen erklären, die demnach allem Anschein nach noch eine Erklärungsebene tiefer reichen.

Das harte Problem des freien Willens lautet schematisch auf den Neurodeterminismus angewendet folgendermaßen:

1. Wir können häufig tun, was wir wollen, verfügen also über Handlungsfreiheit.
2. Was wir wollen, hängt nicht immer davon ab, dass wir beabsichtigen zu wollen, was wir wollen. Wir wollen manches einfach so.
3. Demnach gibt es Grenzen unserer Willensfreiheit, da die Bildung eines für Handlungen relevanten Willens nicht vollständig in unserer Hand ist.
4. Der letzte Punkt aller Handlungsketten besteht darin, dass wir irgendetwas einfach so wollen.

5. Was wir einfach so wollen, erklärt die Neurobiologie unter Rekurs auf deterministische Prozesse, die insbesondere ohne unser bewusstes Zutun ablaufen.

Konklusion: Also haben wir letzten Endes keine Willensfreiheit.

DAS MENSCHENBILD DES NEO-EXISTENZIALISMUS

Man kann mit guten philosophischen Gründen einiges an dieser Argumentation aussetzen. Für meine Überlegungen stellt die Verbindung der Prämissen 4 und 5 die Achillesferse dar. Erstens: Woher will man aus naturwissenschaftlich belegbarer Perspektive wissen, dass *alle* Handlungsketten jeweils einen letzten Punkt aufweisen, der naturwissenschaftlich erklärt werden kann? Zweitens: Wieso sollte man annehmen, dass unser Motivapparat insgesamt gleichsam eine letzte Schicht aufweist, die darin besteht, dass wir irgendetwas einfach so wollen, ohne dass dies durch bewussten Zugriff zustande gekommen sein kann?

Stellen wir dagegen die folgende Überlegung an. Zugespitzt beruht die existenzialistische Tradition auf der Annahme, dass die menschliche Freiheit und mit dieser der freie Wille nicht primär darin besteht, dass wir aus bestimmten gegebenen Optionen nur einige auswählen können. Der Existenzialismus fügt hinzu, dass wir uns zunächst auf eine bestimmte Weise entwerfen müssen, d. h., dass wir uns ein Bild davon machen, wer wir sein wollen, um dann unsere Handlungsoptionen an einem solchen Bild zu messen. Aber was genau hat das mit unserem bewussten Leben und den Fragestellungen zu schaffen, die den Neurodeterminismus auf den Plan rufen?

Hierbei ist ein Beispiel hilfreich. Angenommen, ich habe eine falsche Überzeugung über die Funktion von Phospholipiden in der Biomembran einer Zellart. Dann ändert dies nichts daran, dass die Biomembran aufgrund der Phospholipideigenschaften aufweist, die ich vielleicht kenne, aber wegen meiner falschen Überzeugung nicht richtig verstehe. Die Biomembran ist ohne das bewusste Zutun meiner sei es wahren, sei es falschen Überzeugungen so, wie sie eben ist, ein Stück Natur. Anders verhält es sich, wenn ich der falschen Überzeugung bin, ein talentierter Tangotänzer zu sein und mich ent-

sprechend dieser Überzeugung verhalte. Vielleicht geht dies so weit, dass ich viele meiner anderen Überzeugungen so weitgehend meiner Illusion anpasse, dass mein Lebensweg aus den Fugen gerät. In diesem Fall ändert sich der Gegenstand meiner falschen Überzeugungen (also: ich) dadurch, dass ich diese Überzeugungen habe. Um ein besonders krasses Beispiel für diese Struktur zu wählen: Glaubte ich ernsthaft, eine unsterbliche Seele zu haben, die ins Paradies auffährt, wenn ich mich soundso verhalte, würde ich mein Bestes geben, mich auch so zu verhalten. Glaube ich hingegen (was der Fall ist), dass ich keine solche Seele haben kann, da mein mentales Leben insgesamt notwendige biologische Voraussetzungen hat, versuche ich umgekehrt, diesem einzigen Leben, das ich habe, das Beste abzugewinnen, das mit den Ansprüchen von Moral und Recht kompatibel ist.

Der Neo-Existenzialismus behauptet nun, dass die Beschreibung unserer Motivlage immer davon abhängt, für wen oder was wir uns halten. Die Entscheidung, sich für eine Software zu halten, die auf einem feuchten Biomotor unterhalb unserer Schädeldecke installiert ist, unterscheidet sich von der Entscheidung, sich für ein Lebewesen zu halten, das genuinen moralischen (nicht nur evolutionär bedingten) Ansprüchen Genüge leistet und dessen Handlungen nicht immer letzte biologische Ursachen haben. Ein Menschenbild ist niemals nur eine Abbildung dessen, wer oder was der Mensch ist, sondern immer auch eine Entscheidung darüber, wer wir sein wollen oder sollen. Menschenbilder sind wesentlich *normativ* und nicht nur *deskriptiv*. Dabei bestimmen sie unser Handeln dadurch, dass wir uns im Licht von Menschenbildern entwerfen. Hält man den Neurodeterminismus für plausibel oder gar für wahr, sagt dies demnach auch etwas darüber aus, wer oder was man sein will, was psychologische Fragen eigener Art aufwirft. So kann man etwa der sehr gut begründeten Überzeugung sein, dass der Neurodeterminismus (wie seine historischen Vorläufer in der theologischen Lehre der Gnadenwahl und der Schöpfungstheologie insgesamt) eine Entlastungsphantasie darstellt. Es geht seinen Verfechtern demnach auch darum, sich von den Ansprüchen einer irreduzibel moralischen Vernunft zu entlasten und an deren Stelle anonyme Prozesse zu setzen, die nicht in unserer Hand sind. Damit stellt sich die interessante psychologische Frage, welche Motive jeweils hinter einer solchen Entlastungsphantasie stehen, was auf einem anderen Blatt steht.

VOM AUTOR ERSCIENEN



Markus Gabriel:
*Ich ist nicht Gehirn:
Philosophie des Geistes
für das 21. Jahrhundert.*

Ullstein, Berlin 2016,
352 Seiten.

PROF. DR. PHIL. MARKUS GABRIEL
Lehrstuhl für Erkenntnistheorie,
Philosophie der Neuzeit und Gegenwart
Institut für Philosophie, Universität Bonn



GEMEINSAM FÜR DIE SEELISCHE GESUNDHEIT

Die DGPPN macht sich dafür stark, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland frei von Vorurteilen leben können und jederzeit an jedem Ort die notwendigen Hilfen erhalten.

Helfen Sie mit, die DGPPN noch stärker zu machen und unterstützen Sie uns bei unserem Einsatz für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Als Mitglied gehören Sie nicht nur zu einer der größten medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands, Sie profitieren auch von echten Vorteilen:

- Ermäßigte Teilnahmegebühr für den DGPPN Kongress
- Regelmäßige Fachinformationen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Interessenvertretung gegenüber Gesundheits- und Wissenschaftspolitik
- Kostenlose Abonnements von *Der Nervenarzt* und *Psyche im Fokus*
- Kostengünstige Abonnements von weiteren Fachzeitschriften

Beantragen Sie jetzt auf www.dgppn.de Ihre Mitgliedschaft in der DGPPN.

Als Neumitglied können Sie in diesem Jahr kostenlos am DGPPN Kongress teilnehmen.

www.dgppn.de
mitgliederservice@dgppn.de
Telefon: 030.2404 772-0

*Wir Psychiater –
Fachärzte für die seelische Gesundheit*

DGPPN KONGRESS 2016

23.–26.11.2016 | CITYCUBE BERLIN

Melden Sie sich jetzt für den DGPPN Kongress 2016 an und profitieren Sie vom Frühbucherrabatt.

www.dgppn.de

DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0
FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

