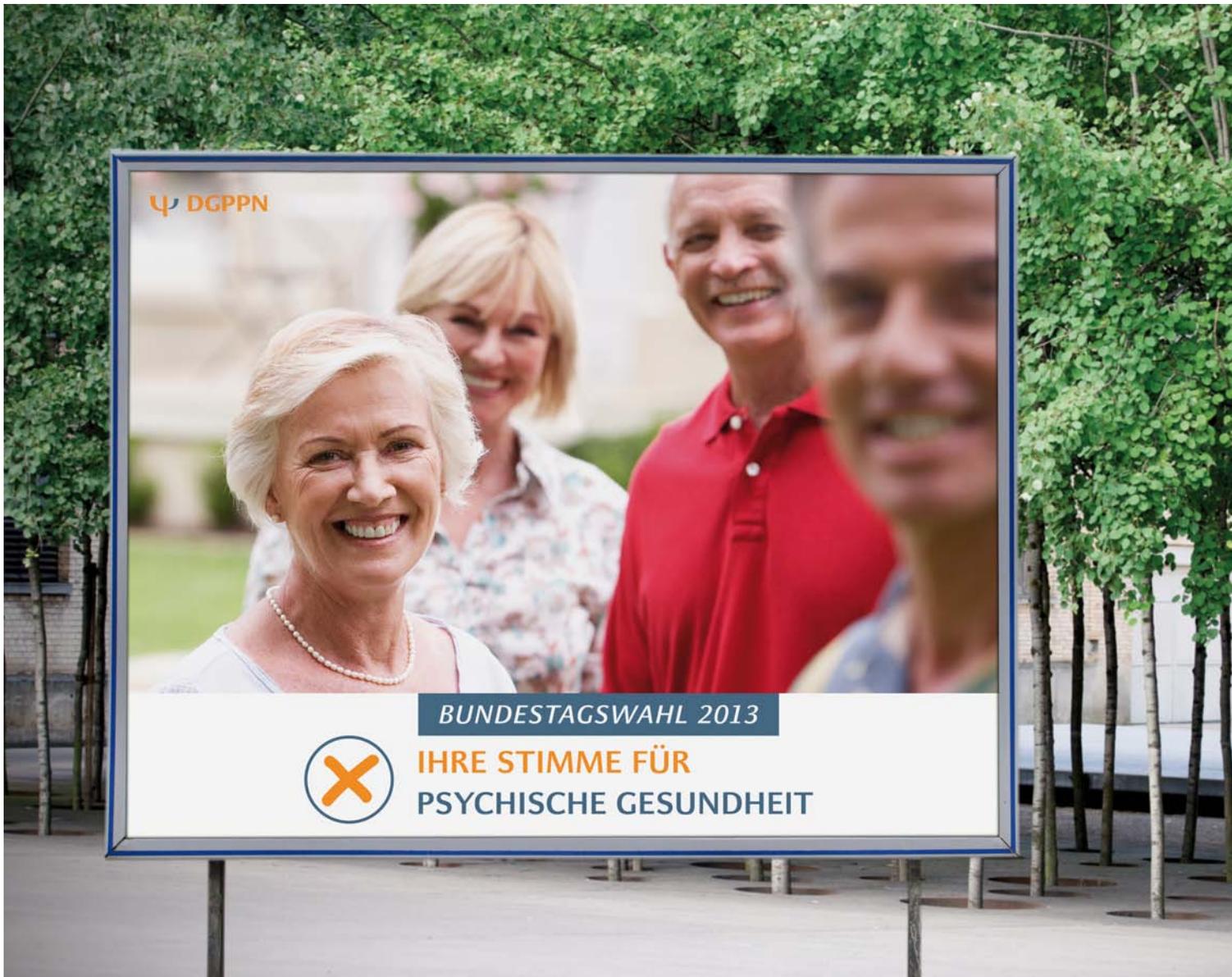


PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

WWW.DGPPN.DE

GESUNDHEITSPOLITIK

Bundestagswahl 2013:
Psyche im Fokus fühlt fünf
Abgeordneten auf den Zahn

UNTER VIER AUGEN

Ärztepräsident Frank Ulrich
Montgomery zu den aktuellen
Herausforderungen im Gesund-
heitswesen

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Nur traurig oder schon de-
pressiv? Der Krankheitsbegriff
in Psychiatrie und Psychothe-
rapie

DIE THEMEN DIESER AUSGABE

2

TITELGESCHICHTE
PSYCHE IM FOKUS FÜHLT FÜNF
ABGEORDNETEN AUF DEN ZAHN

12

DEBATTE UM KRANKHEITSBEGRIFF

18

UNTER VIER AUGEN

38

DAS SOZIALE GEHIRN

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Bundestagswahl 2013	2
Kritik am Maßregelvollzug	6
Patientenautonomie	8
Novellierung der Weiterbildungsordnung	9
Diagnosemanual DSM-5	10
Präventionsgesetz	11

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Revision der Klassifikationssysteme	12
Handlungsfeld Prävention	16

IM GESPRÄCH

Peter Falkai unter vier Augen mit Frank Ulrich Montgomery	18
---	----

HAUPTSTADTSYMPOSIUM

Rückblick Versorgung	23
----------------------	----

DGPPN KONGRESS 2013

Was erwartet Sie?	24
-------------------	----

INSIDE DGPPN

Drei Vorstandsmitglieder im Profil	26
Zertifizierung der Weiterbildung	28
Referate aktuell	31

ZUKUNFT

Junge Akademie der DGPPN	32
--------------------------	----

VON GESTERN FÜR HEUTE

Agoraphobie und traumatische Neurose	34
--------------------------------------	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Das soziale Gehirn	38
--------------------	----

PREISE

Überblick über zwölf DGPPN-Preise	40
-----------------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

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

Reinhardtstraße 27 B
 D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772 0

Fax: 030.2404 772 29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsident

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier (V.i.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin Charlottenburg

REDAKTION:

Dipl.-Biol. J. Amlacher,

J. Beutler, lic. phil.

Dipl.-Psych. G. Gerlinger M.A.

AUFLAGE:

8000 Exemplare

ERSCHEINT:

Vierteljährlich

ABBILDUNGEN:

FOTOLIA: Titelbild DGPPN (Pixel & Création), Seite 9 (contrastwerkstatt), 10 (Robert Kneschke), 16 (Minerva Studio), 23 (Yuri Arcurs), 31 (Marcel Schauer), 32 (shooarts), 41 (patrick); THINKSTOCK: Titelbild DGPPN (iStockphoto, Fuse), Seite 11 (iStockphoto); SHUTTERSTOCK: Seite 25 (BerlinPictures); Bildarchiv, Institut für Geschichte der Medizin, Charité Berlin: Seite 35, gr. Bild; Sara Asnaghi: Kunstwerke und unteres Bild Inhaltsverzeichnis, Seite 38; Wikipedia (Friedrich-Wilhelm-Stadt; Public Domain): Seite 35, kl. Bild; PHOTOCASE: Inhaltsverzeichnis oberes Bild und Seite 13 (Judigrafie); LWL / Langer: Seite 7

LAYOUT UND SATZ:

TIMM KNOERR

DRUCK:

Springer-Verlag Heidelberg

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Am 22. September ist Bundestagswahl, der Wahlkampf der Parteien ist in die heiße Phase eingetreten. Gesundheitspolitik ist für unsere Fachgesellschaft ein zentrales Thema, da sie den Rahmen für die Strukturen von Versorgung und Forschung vorgibt. Die DGPPN leistet in diesem Bereich kontinuierliche Arbeit, indem sie politische Vertreterinnen und Vertreter in Stellungnahmen und im persönlichen Gespräch informiert und auf Handlungsbedarfe hinweist. Wir haben eine klare Vision für die notwendigen Entwicklungen im Fach Psychiatrie und Psychotherapie, um den gegenwärtigen gesellschaftlichen Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit zu begegnen. Ziel ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen inmitten der Gesellschaft unbehelligt von Vorurteilen leben können und die notwendige Unterstützung durch das Gesundheitssystem für ein selbstbestimmtes Leben erhalten.

Im aktuellen Heft haben wir mit dem Thema Gesundheitspolitik einen Schwerpunkt gesetzt und die Regierungsparteien zu ihren gesundheitspolitischen Perspektiven und konkretem Engagement im Bereich der psychischen Gesundheit befragt. Die aus unserer Sicht notwendigen Anforderungen für unser Fach haben wir in Wahlprüfsteinen der DGPPN zusammengebracht. Im Gespräch *Unter vier Augen* mit Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, sind wichtige fachübergreifende Fragen wie Nachwuchsgewinnung und drohende Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen adressiert, welche die Medizin nur gemeinsam erfolgreich angehen kann.

Lesen Sie außerdem in dieser Ausgabe:

- Andreas Heinz sieht vor dem Hintergrund der Debatte zur Aktualisierung des Klassifikationssystems DSM den „Krankheitsbegriff im Spannungsfeld“,
- Henrik Walter wirft einen Blick auf die rasanten Entwicklungen im Bereich der Neurowissenschaften und stellt „Das soziale Gehirn“ vor,
- Volker Hess beleuchtet „Die Geschichte der Psychiatrie als Spiegelbild der Gesellschaft“.

Neben der Bundestagswahl beschäftigt die Fachgesellschaft intern ein weiteres Großereignis – der DGPPN Kongress 2013 findet vom 27. bis 30. November in Berlin zu dem zentralen Thema „Von der Therapie zur Prävention“ statt. Ich möchte Sie an dieser Stelle herzlich einladen, den Kongress mit seinen über 600 Fachveranstaltungen zu besuchen oder die Möglichkeit zu nutzen, im Rahmen der öffentlichen Veranstaltungen Kongressatmosphäre zu schnuppern.

Unabhängig vom Wahlausgang steht bereits fest: Wir als Fachgesellschaft werden mit starkem Engagement, kritischer Aufmerksamkeit und konstruktiven Ideen die neue Regierung durch die Legislaturperiode 2013-2017 begleiten.

Viel Freude mit der zweiten Ausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihr

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Präsident DGPPN



BUNDESTAGSWAHL 2013

GESUNDHEITSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN

Die Bundestagswahl 2013 steht vor der Tür. Die Wählerinnen und Wähler in Deutschland entscheiden am 22. September über die Machtverhältnisse im Deutschen Bundestag und die Richtung der Gesundheitspolitik in Deutschland. Um eine erste Orientierung im Dickicht der Parteiprogramme zu ermöglichen, hat Psyche im Fokus fünf Abgeordnete der Bundestagsfraktionen aufgefordert, ihre Positionen zu dringenden gesundheitspolitischen Fragen darzulegen. Sie alle sind Mitglied im Ausschuss für Gesundheit.



HILDE MATTHEIS, MDB
SPD
Grund- und Hauptschul-
lehrerin



MARIA KLEIN-SCHMEINK, MDB
BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN
Soziologin



DR. MARTINA BUNGE, MDB
DIE LINKE
Sozialwissenschaftlerin



DIETRICH MONSTADT, MDB
CDU
Rechtsanwalt



DR. ERWIN LOTTER, MDB
FDP
Arzt für Allgemeinmedizin,
Psychotherapeut

BUNGE – DIE LINKE

1. Einführung der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung (BBV)
2. Sicherung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung in Stadt und Land durch eine sektorübergreifende, alle Gesundheitsberufe umfassende Bedarfsplanung
3. Sicherung der stationären Versorgung durch eine angemessene Krankenhausfinanzierung und Mindestpersonalbemessung.

MONSTADT – CDU

Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik von CDU/CSU stehen die Patienten und Versicherten. Wir stehen für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, in dem Menschlichkeit, Versorgungssicherheit, Qualität und Innovation keine Gegensätze zu Bezahlbarkeit, Effizienz und Wirtschaftlichkeit sind.

FRAGE 1 WELCHE DREI HAUPTZIELE STEHEN AUF DER GESUNDHEITSPOLITISCHEN AGENDA IHRER PARTEI?

KLEIN-SCHMEINK – DIE GRÜNEN

Die wohnortnahe gesundheitliche Versorgung den Erfordernissen des demografischen Wandels anpassen, Zugangshemmnisse und soziale Benachteiligung abbauen und Prävention und Gesundheitsförderung deutlich stärken. Die Versorgung am Menschen orientieren und die Zusammenarbeit über unterschiedliche Versorgungsebenen verbessern. Eine solidarische Finanzierung des Gesundheitssystems, in die alle Bürgerinnen und Bürger abhängig von ihrer Leistungsfähigkeit einzahlen. Und den ungerechten Zusatzbeitrag wieder abschaffen.

MATTHEIS – SPD

Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle und Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle sind unser Grundprinzip. Unsere Bürgerversicherung garantiert die Finanzierung. Wir wollen, dass die Versorgung in den Regionen und ebenso die Krankenhausfinanzierung sichergestellt ist. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darf nicht weiter privatisiert werden. Außerdem wollen wir die Reform der Pflegeversicherung.

LOTTER – FDP

Hauptziel ist ein freiheitliches Gesundheitssystem, das Solidarität und Eigenverantwortung verbindet. Wir wollen Wahlfreiheit für die Bürger im Hinblick auf Arzt, Krankenversicherung und Krankenhaus. Wir fordern mehr Beitragsautonomie für Krankenkassen statt einer simplen Einheitskasse in Form der Bürgerversicherung. Leistungsgerechte Vergütungen sind besser als eine Politik der Budgettierung, die nur zu Ärztemangel führt. Auch umfangreiche Maßnahmen zur Prävention sind mir als Mediziner besonders wichtig.

KLEIN-SCHMEINK — DIE GRÜNEN

Wir unterstützen alle Behandlungsformen, die die regionale Versorgung insbesondere auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen sicherstellen und die eine enge Zusammenarbeit der Krankenhäuser und ambulanten Angebote vor Ort im Sinne einer gemeindenahen Versorgung weiterentwickeln. Diese ortsnahe Versorgung wollen wir durch entsprechende Vergütungssysteme voranbringen. Dabei muss der individuelle Behandlungs- und Unterstützungsbedarf des Erkrankten im Vordergrund stehen. Gemeindenahen Angebote wollen wir durch eine bessere Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe untereinander und durch mobile Sprechstunden aufrechterhalten.

LOTTER — FDP

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir auf diese Herausforderungen bereits vor zwei Jahren reagiert. Die Residenzpflicht wurde aufgehoben, eine flexiblere Ausgestaltung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ist jetzt möglich. Für die Psychotherapie gelten nicht mehr die Bedarfszahlen von 1999, vielmehr bilden neue Erhebungen den aktuellen Stand der Versorgung ab.

BUNGE — DIE LINKE

Stärkung und Vernetzung der ambulanten Beratungs- und Versorgungsangebote, um Patienten frühzeitig zu erreichen, bevor stationäre Aufenthalte notwendig werden. Dazu muss u.a. die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten den tatsächlichen Bedarf abdecken, statt Zufallszahlen aus 1998 wiederzugeben. Sie muss sektorenübergreifend sein. Psychische Erkrankungen müssen gerade auf dem Land entstigmatisiert werden.

FRAGE 2 VERSORGUNGSLÜCKEN IN DER AMBULANTEN UND STATIÖNÄREN THERAPIE PSYCHISCH ERKRANKTER MENSCHEN SIND HEUTE BEREITS REALITÄT. BESONDERS BETROFFEN SIND LÄNDLICHE REGIONEN. WIE WILL IHRE PARTEI AUF DIESE ENTWICKLUNG REAGIEREN?

MONSTADT — CDU

Rein formal betrachtet, haben wir in den wenigsten Planungsbezirken eine Unterversorgung. Die erlebte Realität und die Wartezeiten vermitteln einen anderen Eindruck. Da mein Wahlkreis in Mecklenburg-Vorpommern sehr stark ländlich geprägt ist, kenne ich das Problem sehr gut. Die Einigung auf ca. 1150 zusätzliche Praxissitze, die extrabudgetär vergütet werden, also nicht bei anderen Facharztgruppen eingespart werden, und speziell den ländlichen Regionen zugute kommen sollen, sind ein positives Signal an die niedergelassenen Psychotherapeuten und vor allem an die Patienten.

MATTHEIS — SPD

Unser Ziel ist die Weiterentwicklung ambulanter Angebote, insbesondere der Erstversorgung, um Betroffenen einen flexiblen und passgenaueren Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung zu ermöglichen. Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung dieser Strukturen sehen wir unter anderem in der Schaffung effektiver Erstversorgungsstrukturen sowie in der besseren Koordinierung, Vernetzung und Transparenz von Hilfe- und Therapieangeboten für Betroffene.

MATTHEIS — SPD

Mit unserer Bürgerversicherung haben wir ein System, das sozial gerecht ist, das alle Menschen in den medizinischen Fortschritt einbezieht und das die Finanzierung unseres Gesundheitssystems auch in Zukunft sicherstellt. Unser Prinzip ist: Alle zahlen ein und alle Einkommensarten werden herangezogen.

BUNGE — DIE LINKE

Wenn mehr Versorgung notwendig ist, müssen die wachsenden Ausgaben durch die Krankenkassen bezahlt werden. Einen erweiterten Finanzierungsrahmen stellt die sol. BBV her. Der weitere Anstieg der psychischen Erkrankungen ist zu stoppen. Dazu brauchen wir eine bessere Gesundheitsförderung und die Minderung psychischer Belastungen bspw. am Arbeitsplatz.

KLEIN-SCHMEINK — DIE GRÜNEN

Steigende Fallzahlen, Personal- und Sachkosten müssen bei der Finanzierung angemessen berücksichtigt werden. Durch eine bessere sektor- und berufsübergreifende Zusammenarbeit können aber auch Kosten reduziert werden, indem z.B. eine Chronifizierung durch eine frühzeitigere und bedarfsgerechte ambulante Behandlung und Krisenbewältigung verhindert wird. Die solidarische Finanzierung erleichtert es, steigende Kosten refinanzieren zu können.

FRAGE 3 IN DEUTSCHLAND NEHMEN IMMER MEHR MENSCHEN PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG IN ANSPRUCH. WER SOLL DIE STEIGENDEN KOSTEN TRAGEN?

LOTTER — FDP

Die Frage ist im 5. Buch des Sozialgesetzbuches klar geregelt. Die Kosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen sind von der Solidargemeinschaft zu tragen. Dementsprechend sind die Krankenkassen aufgefordert, bei der Honorierung der Versorgung die prinzipielle Gleichwertigkeit somatischer und psychischer Krankheiten auch zukünftig in ihren jeweiligen Leistungskatalogen widerzuspiegeln.

MONSTADT — CDU

In Deutschland bekommt jeder die medizinische Versorgung, die er benötigt, die sachgerecht ist und möglichst wohnortnah; dafür stehe ich und die CDU ein. Die Finanzierung erfolgt aus Solidarbeiträgen, weshalb nicht alles Machbare auch immer bezahlbar ist. Deshalb handeln die Ärzte und Kassen innerhalb der Selbstverwaltung den genauen Umfang der Leistungen aus.

LOTTER – FDP

Der Ärztemangel kann bekämpft werden durch die Bereitstellung von mehr Studienplätzen und eine von allen Beteiligten getragene moderne Reform der Ausbildung, die aktuell in der Diskussion ist. Außerdem brauchen wir verbesserte Arbeitsbedingungen – nicht nur eine leistungsgerechte Vergütung, sondern auch den Abbau von bürokratischen Fesseln, damit sich der Arzt mehr dem Patienten als seinen Formularen widmet.

FRAGE 4 IN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE ZEICHNET SICH EIN GRAVIERENDER ÄRZTEMANGEL AB. MIT WELCHEN MASSNAHMEN WILL IHRE PARTEI DAGEGEN ANGEHEN?

MATTHEIS – SPD

Wir wollen das Psychotherapeutengesetz reformieren, um die Ausbildung attraktiver zu machen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung sollen beispielsweise eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis erhalten, die es ermöglicht, ihre Arbeit während der Ausbildung angemessen zu vergüten. Immer weniger junge Menschen entscheiden sich heute für den Beruf des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Eine einheitliche Ausbildung mit entsprechenden Spezialisierungsmöglichkeiten soll daher die beiden Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ersetzen.

BUNGE – DIE LINKE

Ein Grund, warum Ärztinnen und Ärzte sich immer weniger für Psychiatrie, Psychosomatik, Neurologie oder Psychotherapie interessieren, dürfte in der mangelnden Anerkennung dieser Fachgruppen liegen. Als Abbild dessen liegen sie alle am unteren Rand der Vergütungen innerhalb der Ärzteschaft. Derzeit wird in der Nephrologie mit Geriatrie etwa viermal so viel wie in der Psychiatrie verdient. Hier muss sich grundlegend etwas ändern.

KLEIN-SCHMEINK – DIE GRÜNEN

Entscheidend ist es, dass das Berufsfeld als attraktiv empfunden wird und die einzelnen ihre Kompetenzen einbringen und ihrer Motivation als Helfende und Heilende auch gerecht werden können. In der gesundheitlichen Versorgung insgesamt gilt es, die Arbeitsplatzsituation zu verbessern und familienfreundliche Arbeitsorganisation zu befördern. Neue Versorgungsformen ermöglichen mehr Teamarbeit, professionsübergreifende Zusammenarbeit und mehr Patientenorientierung. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann dies dazu beitragen, die Arbeit attraktiver zu machen.

MONSTADT – CDU

Mir ist bekannt, dass in vielen Gebieten die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch hoch sind. Dies ist bedauerlich. Die Bedarfsplanung wird jedoch nicht direkt von der Politik gemacht. Innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Gemeinsamen Bundesausschuss haben die Berufsgruppen Stimmrecht. Als Politiker spreche ich mich jedoch immer für eine Bedarfsplanung anhand empirisch nachvollziehbarer Kriterien aus. Die Festsetzung auf 100% entsprechend des Bestands niedergelassener Kollegen im Jahr 1999 ist unbefriedigend. Die nun zugestanden ca. 1150 zusätzlichen Praxissitze, die extrabudgetär vergütet werden, sind ein deutliches Zeichen, dass wir die Problematik sehr ernst nehmen.

MONSTADT – CDU

„Fallpauschalenähnlich“ ist nicht ganz richtig, da tagesbezogene Entgelte kalkuliert wurden. Für jeden zusätzlichen Tag der Behandlung erhält die Einrichtung daher ein zusätzliches Entgelt. Ich halte das Entgeltsystem für richtig, ebenso wie beispielsweise die bundesweite Dachorganisation der Psychotherapeuten. Mehrmals wurden alle Beteiligten im Gesundheitsministerium angehört. Das neue Entgeltsystem ist außerdem zunächst freiwillig und arbeitet mit einer Gesamtübergangszeit bis 2022. Es hat zum Ziel, Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen herzustellen. Einrichtungen, die aufwendige Leistungen erbringen, sollen diese auch besser vergütet bekommen.

MATTHEIS – SPD

Das PEPP-Entgeltsystem ist mehr oder weniger eine diagnosebezogene Fallpauschale, wie sie in der Somatik verwendet wird. Das ist kein geeignetes Entgeltsystem für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung. Meiner Meinung nach muss die Psychiatrie-Personalverordnung in allen Einrichtungen umgesetzt werden.

KLEIN-SCHMEINK – DIE GRÜNEN

Die Bundesregierung hat das neue Vergütungssystem als reines Sparmodell angelegt und nicht als Instrument zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Strukturen hin zu einer gemeindenahen, patientenzentrierten und sektorübergreifenden Versorgung. Bei der Einführung des neuen Vergütungssystems wurden viele sinnvolle Vorschläge der Verbände ignoriert, stattdessen wurde mit Ersatzvornahmen gearbeitet. Besonders kritisch ist es, dass es keine verbindlichen Personalrelationen mehr geben wird und zugleich nicht sichergestellt ist, dass der Behandlungsbedarf besonders schwer Erkrankter und auch von Kindern und Jugendlichen in den neuen Pauschalen angemessen abgebildet wird. Dem Bundestag muss bis Ende 2015 ein Bericht zu den Daten der Regelhäuser vorgelegt werden. Wir wollen diesen Anlass nutzen, die finanz- und versorgungspolitischen Konsequenzen des PEPP herauszuarbeiten und auf der Grundlage über das weitere Vorgehen entscheiden.

FRAGE 5 DIE BUNDESREGIERUNG HAT GEGEN DEN RAT DER FACHEXPERTEN UND DAS VOTUM VON PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN FÜR DIE PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSER EIN FALLPAUSCHALEN-ÄHNLICHES VERGÜTUNGSSYSTEM ETABLIERT. WIE STEHT IHRE PARTEI DAZU?

BUNGE – DIE LINKE

DIE LINKE hat sich als einzige Fraktion klar gegen die Einführung eines Fallpauschalensystems für psychiatrische Krankenhäuser ausgesprochen. Die Art der Finanzierung beeinflusst enorm die Art der Behandlung. Wir befürchten frühzeitige Entlassungen, Medikalisation und durch den Wegfall der Personalbemessung nach der PsychPV Personalabbau und Versorgungsverschlechterungen. Zudem wird ein sektorenübergreifendes Handeln eher erschwert.

LOTTER – FDP

Das neue Psych-Entgeltsystem ist als lernendes System konzipiert. Es gibt lange Übergangsphasen; die Optionsphase ist budgetneutral. Es wird also genügend Zeit bleiben, um die Erfahrungen der Beteiligten auszuwerten und möglichen Fehlentwicklungen entgegenzutreten. Die Reform hat Stellungnahmen von Experten berücksichtigt und ist nach unserer Überzeugung leistungsgemessen und zukunftsorientiert.

WAHLPRÜFSTEINE DER DGPPN

Die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode kommt nicht länger darum herum, das Thema „psychische Gesundheit“ ernsthaft anzupacken. Die DGPPN formuliert die wichtigsten Anforderungen an die Politik.

Das gesundheitspolitische Engagement der DGPPN ist geprägt von der Vision einer Gesellschaft, in der Menschen mit psychischen Erkrankungen unbehelligt von Vorurteilen leben können und in der sie die ihnen entsprechende Zuwendung und die notwendigen Hilfen erhalten. Für alle Menschen soll jederzeit und an jedem Ort die optimale, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe verfügbar sein. Für effektive und effiziente Therapien psychischer Erkrankungen spielt die Zeit des behandelnden Arztes und anderer Therapeuten für den Patienten die Schlüsselrolle. An dieser Erkenntnis müssen sich Honorierungs- und Entgeltsysteme im ambulanten und stationären Sektor orientieren. Auf dieser Grundlage stellt die DGPPN als wichtige Forderungen für die kommende Legislaturperiode:

VERSORGUNG UND FINANZIERUNG

- Die Honorierung eines Facharztes in der ambulanten Versorgung psychisch erkrankter Menschen muss – ebenso wie in der RL-Psychotherapie – für jedes einzelne Gespräch erfolgen, um die Versorgung in der Breite zu sichern.
- Der vielerorts herrschende Fachärztemangel auf dem Land muss durch konkrete Maßnahmen behoben werden.
- Der Einbezug der fachlichen Expertise in die ambulante Versorgungsplanung ist unabdingbar, um die Bedürfnisse und Notwendigkeiten für eine umfassende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vermitteln.
- Ein „eigenständiges“ Entgeltsystem für die stationäre Versorgung muss die Bedürfnisse von Menschen mit

psychischen Erkrankungen zum Maßstab haben. Dazu gehört insbesondere die Notwendigkeit, den jeweils individuellen Versorgungsbedarf sowohl in psychischer, sozialer sowie somatischer Hinsicht abzubilden und zur Grundlage der Kalkulation von Relativgewichten zu machen.

- Ein „leistungsorientiertes“ Entgeltsystem muss in der Lage sein, zukünftige Veränderungen in der Morbiditätsstruktur sachgerecht abzubilden und die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu beschreiben.
- Die Behandlung von Patienten in der stationären Versorgung darf nicht von Fehlanreizen gesteuert sein, die dazu führen, dass Patienten aus ökonomischen Gründen frühzeitig und vor ihrer Genesung beziehungsweise Stabilisierung entlassen werden.
- Die Kooperation zwischen den an der Versorgung beteiligten komplementären Akteuren wie etwa Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten, Pflegekräften und Krankenhäusern muss verbessert werden.

FORSCHUNG

- Die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen (DZP) ist dringend erforderlich, um der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen der letzten Jahre Rechnung zu tragen. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei zum Beispiel depressiven Erkrankungen, Suchterkrankungen, Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen gelten.
- Zur Erforschung neuer nichtmedikamentöser Therapien sowie innovativer pharmakologischer Be-

handlung ist eine interessenunabhängige, öffentlich geförderte akademische Forschung nötig. Dies kann nur ein langfristig finanziertes Netzwerk aus Universitätskliniken gewährleisten.

- Epidemiologische Forschung bildet die Grundlage für eine rationale Versorgungsplanung in Deutschland. Gerade auf dem Arbeitsmarkt und im Rahmen des demografischen Wandels können die wesentlichen Auswirkungen psychischer Störungen nur mit einer verstärkten öffentlichen Förderung in diesem Bereich wirkungsvoll bearbeitet werden.

PRÄVENTION

- Die im Präventionsgesetz formulierten Gesundheitsziele Umsetzung „Reduktion des Tabakkonsums“, „Depression verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“, „Gesund älter werden“ und „Gesund aufwachsen“ erfordern konkrete praktische Handlungsschritte.
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Nervenheilkunde sind Experten für die Prävention psychischer Erkrankungen und arbeiten multiprofessionell mit anderen Professionen zusammen, die an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt sind. Ihre Einbindung in den Gremien wie der ständigen Präventionskonferenz ist unerlässlich.
- Die DGPPN favorisiert klar ambulante und wohnortnahe Angebote zur Prävention psychischer Erkrankungen. Nachhaltige Prävention psychischer Erkrankungen muss in den sozialen Kontext des Betroffenen integriert werden.

KRITIK AN MASSREGELVOLLZUG

PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Die forensische Psychiatrie und Psychotherapie befasst sich mit der Besserung und Sicherung psychisch kranker Straftäter. Ungeachtet großer Fortschritte in der medizinischen und psychosozialen Therapie sowie der sehr niedrigen Rückfallraten bei Straftaten sieht die Öffentlichkeit die Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug eher skeptisch. Berichte über Entweichungen, angezweifelte Gutachten und seltene Zwischenfälle bestimmen zu Unrecht das Bild in der Öffentlichkeit. Auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der Forensik stehen aktuell vermehrt in der Kritik.

Aktuell wird die Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit der Besserung und Sicherung von psychisch kranken Straftätern verwechselt. Die Psychiatrie und Psychotherapie hat unter den medizinischen Disziplinen eine Sonderstellung: Sie übernimmt neben ihrem Heilauftrag als genuin ärztliche Aufgabe zusätzlich für die Gesellschaft ordnungspolitische Aufgaben. Dazu gehört auch die „Besserung und Sicherung“ im psychiatrischen Maßregelvollzug. Straftäter, die Gerichte aufgrund ihrer psychischen Erkrankung als nicht oder vermindert schuldfähig erklären, werden zur fachgerechten Behandlung in forensisch-psychiatrische Kliniken (psychiatrischer Maßregelvollzug) eingewiesen. Die Voraussetzungen dazu sind im Strafgesetzbuch geregelt. Vollschuldfähige Straftäter verbüßen hingegen ihre Strafe in Justizvollzugsanstalten. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie ist nicht Strafvollzug und ist nicht Sicherungsverwahrung.

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN IN DER FORENSIK

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl der behandelten Menschen in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie stark zugenommen. Dabei ist infolge der gesellschaftlichen Forderung nach mehr Sicherheit die Verweildauer in der Forensik stark gestiegen. Bundesweit werden gegenwärtig rund 10.000 Patienten stationär im psychiatrischen Krankenhaus auf Grundlage des Strafgesetzbuches behandelt. Hinzu kommen mehrere tausend ambulant betreute Patienten in der forensischen Nachsorge. Die ambulante Nachbetreuung in den forensischen Institutsambulanzen ist bundesweit etabliert und arbeitet sehr erfolgreich (weniger als fünf Prozent Rückfälle).

DER FALL MOLLATH

Die derzeitige Berichterstattung über den Fall Mollath unterstellt aus Sicht der DGPPN der forensischen Psychiatrie, dass diese ein rechtloser Raum sei. Es ist die rechtsstaatliche Aufgabe des Gerichts – und nicht die Pflicht der forensischen Psychiatrie – zu prüfen und festzustellen, ob sich die einem Menschen zur Last gelegten Straftaten überhaupt ereignet haben und nicht eventuelle Falschbezeichnungen eine Rolle spielen. Es ist auch alleinige Aufgabe des Gerichts, die Schwere von begangenen Straftaten zu bewerten. Gutachter haben eine diagnostische und prognostische Aufgabe. In Gerichtsverfahren entscheiden nicht sie, ob es eine Straftat überhaupt gegeben haben könnte oder ob der von ihnen untersuchte Proband sie begangen hat, sondern sie arbeiten angeleitet durch das Gericht.

Weiter auf nächster Seite >>>

Reform des Maßregelrechts dringend notwendig

Lesen Sie die vollständige Pressemitteilung der DGPPN auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen.

DIE FORDERUNG DER DGPPN

Das Bundesjustizministerium ist derzeit dabei, dem öffentlichen Druck nachzugeben und eine Reform des Maßregelrechts einzuleiten. Damit greift es endlich die seit 2011 von der DGPPN erhobene Forderung auf. Die Bedeutung einer korrekten Begutachtung in Hinblick auf Diagnose, Behandelbarkeit, Gefähr-

lichkeitsprognose und Risikoabschätzung erfordert zwingend die Beteiligung forensisch-psychiatrischer Experten. Die DGPPN fordert den kommenden Bundestag und die neue Regierung auf, rasch eine Expertenkommission unter Einbezug der Expertise der forensischen Psychiatrie zu berufen.

DGPPN-ZERTIFIKAT „FORENSISCHE PSYCHIATRIE“ UND SUMMER SCHOOL

Im Jahr 2000 übernahm die DGPPN eine Vorreiterrolle mit der Einführung des Zertifikats „Forensische Psychiatrie“. Mit einem umfassenden Ausbildungscurriculum und der Supervision von Gutachten trug sie maßgeblich zur Qualitätsverbesserung forensisch-psychiatrischer Expertise bei. Die Zertifizierung durch die DGPPN wurde 2004 von den Landesärztekammern aufgenommen und die Schwerpunktbezeichnung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie eingeführt.

Mit der ersten Summer School für forensische Psychiatrie erweitert die DGPPN jetzt ihr umfangreiches Angebot zur fachlichen Weiterbildung in forensischer Psychiatrie und Psychotherapie. Damit möchte sie interessierte Studierende sowie Assistenzärzte und -ärztinnen für die forensische Psychiatrie gewinnen, um die fachärztliche Expertise in der Begutachtung von Straftätern auch in Zukunft zu gewährleisten.



Im Maßregelvollzug wird vor allem behandelt.

*Mehr erfahren auf
www.dgppn.de > Junge Akademie >
Was wir bieten > Summer School*

UNABHÄNGIGE EXPERTENKOMMISSION FÜR RECHT UND PSYCHIATRIE DER DGPPN

Zwischen Recht und Psychiatrie gibt es viele Berührungspunkte, etwa wenn für juristische Beurteilungen psychiatrischer Sachverstand unabdingbar ist oder klinische Entscheidungen im Rahmen rechtlicher Vorgaben zu treffen sind. Daraus entsteht häufig ein gesellschaftliches Spannungsfeld – mit zahlreichen Konfliktsituationen. In den Medien und in der gesellschaftlichen Wahrnehmung bestehen zudem oft Unklarheiten über die Aufgaben und Rollen von juristischen Instanzen und der von psychiatrischen Sachverständigen.

Deshalb hat die DGPPN in diesem Sommer eine unabhängige wissen-

schaftliche Expertenkommission für Recht und Psychiatrie eingerichtet. Sie soll zur Beratung und Aufklärung der in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Pressewesen Tätigen zur Verfügung stehen. Als Schlichtungs- und Appellationsinstanz kann sie auch in Streitfällen mit herausragender Bedeutung dienen und bei der Bearbeitung von grundsätzlichen Problemen im Umfeld von Psychiatrie und Recht herangezogen werden.

Zur Expertise der Kommission gehören vornehmlich die forensisch-psychiatrische Begutachtung in allen Rechtsgebieten, der psychiatrische Maßregelvollzug und die zivilrechtliche Unterbrin-

gung. Die Kommission ist zur Wahrung ihrer Überparteilichkeit mit ausgewiesenen Experten interdisziplinär und international besetzt. Sie arbeitet unabhängig von der Fachgesellschaft und ist keinerlei Weisungen unterworfen. Den Vorsitz führt der Forensische Psychiater und ehemalige Präsident der DGPPN Prof. Dr. med. Henning Saß (Aachen).

Mehr erfahren auf www.dgppn.de

PATIENTENAUTONOMIE

WIEWEIT DARF ÄRZTLICHE HILFE GEHEN?

Ärztliche Zwangsmaßnahmen verletzen die Autonomie und Integrität von Menschen. Sie stellen Eingriffe in die Grund- und Menschenrechte dar und bedürfen daher besonderer ethischer und rechtlicher Grundlagen. Nach mehreren höchstrichterlichen Urteilen und einer Anpassung des Betreuungsrechts hat die von der Bundesärztekammer eingesetzte Zentrale Ethikkommission (ZEKO) im Sommer eine Stellungnahme zum Thema Zwangsmaßnahmen vorgelegt.

Was tun, wenn psychisch erkrankte Menschen eine notwendige medizinische Behandlung ablehnen und sich dadurch selbst gefährden? Wie sollen sich Ärztinnen und Ärzte in einer solchen Situation verhalten? Dem Willen der Patienten folgen und zulassen, dass sie sich gesundheitlich schaden? Oder dem ärztlichen Auftrag zur Heilung beziehungsweise Gefahrenabwehr nachkommen und die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung prüfen? Grundlage jedes ärztlichen Handelns ist die „Patientenauto-

nomie“. Das heißt: Niemals darf gegen den frei bestimmten Willen eines einwilligungsfähigen Patienten gehandelt werden, auch nicht gegen den vorsorglich erklärten Willen (Patientenverfügung). Doch psychische Erkrankungen können unsere Fähigkeiten zu verstehen, zu entscheiden und zu handeln beeinträchtigen – auch in Bezug auf die eigene Gesundheit. Wie verfahren, wenn für diese Situation keine gültige Patientenverfügung vorliegt? Psychisch erkrankte Menschen sind manchmal auch nach in-

tensiver Beratung nicht von der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung zu überzeugen. In solchen Situationen können Zwangsmaßnahmen für die nicht einwilligungsfähigen Patienten traumatisierend und lebenslang belastend wirken. Doch sobald sie wieder zustimmungsfähig sind, bedauern manche Patienten im Rückblick ihre Ablehnung. Oft billigen sie nachträglich die Entscheidung zur Zwangsbehandlung.

Zwangsbehandlung durch veränderte Prioritätensetzung verhindern

DIE POSITION DER DGPPN

Die DGPPN begrüßt viele der Vorschläge der ZEKO, sieht aber noch weiteren Handlungsbedarf: Das Verhindern von Zwangsmaßnahmen bei Unterbringungen und Therapie von nicht einwilligungsfähigen Patienten ist nur durch Beziehungs- und Vertrauensaufbau mit dem Patienten durch qualifiziertes Personal möglich. Diese personalintensive Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird jedoch bislang nur unzureichend vom Gesundheitssystem finanziert. Mit dem 2012 in Kraft getretenen Psych-Entgeltgesetz und dem derzeit entwickelten pauschalierten Entgelt-Katalog (PEPP) wird sich die Situation in Zukunft voraussichtlich noch verschärfen. Zu Recht fordert die ZEKO deshalb eine Veränderung in der Prioritätensetzung bei der Mittelverteilung in der Medizin. Dabei stellt sie insbesondere die Belange der chronisch psychisch kranken Patienten heraus. Eine weitere, schwierige Herausforderung stellen Zwangsmaßnahmen

bei psychisch erkrankten Menschen dar, die krankheitsbedingt andere schädigen, verletzen oder bedrohen. Während die Psychiatrie-Kranken-Gesetze (PsychKGs) der Bundesländer Zwangsbehandlungen bei Fremdgefährdung regeln, schließt die ZEKO solche Behandlungen gegen den Patientenwillen auch bei fehlender Einwilligungsfähigkeit aus ethischen Gründen aus. Gleichzeitig schließt die ZEKO aber nicht aus, Patienten zwangsweise in psychiatrischen Kliniken unterzubringen, um Fremdgefährdung aufgrund von psychischen Erkrankungen abzuwenden. Damit werden Kliniken mit kaum lösbaaren Problemen konfrontiert: Patienten und Mitarbeitende können in Gefahr geraten, wenn die Möglichkeit einer Patientenbehandlung bei Fremdgefährdung nicht besteht. Auch hier besteht Bedarf nach einer gesellschaftlichen Diskussion und nach Bereitstellung von personellen und strukturellen Voraussetzungen.

Lesen Sie die vollständige Pressemitteilung der DGPPN auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen.

NOVELLIERUNG DER WEITERBILDUNGSORDNUNG

ENTWICKLUNGEN DES FACHES ADÄQUAT ABBILDEN

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen.

Zum Jahreswechsel rief die Bundesärztekammer daher alle Fachgesellschaften auf, die bisherigen Weiterbildungsordnungen grundlegend zu reformieren. Bis zum 30. April 2013 mussten die Fachgesellschaften gemeinsam mit den Berufsverbänden einen konsentierten Vorschlag unterbreiten. Auf Basis der eingegangenen Vorschläge sowie der Beschlüsse des 116. Deutschen Ärztetages wird der Dialog nun zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer fortgesetzt. Die Fachgesellschaften werden erneut zum Ende des Jahres in den Prozess einbezogen. Ziel ist die Verabschiedung der neuen Weiterbildungsordnung auf dem nächsten Deutschen Ärztetag im Mai 2014. Der Vorstand der DGPPN hat eine Arbeitsgruppe beauftragt, die Anforderungen einer neuen Weiterbildungsordnung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu formulieren. Diese Vorschläge wurden einerseits im DGPPN-Vorstand, andererseits mit den fachverwandten Fachgesellschaften und Verbänden (BVDN, BVDP, DGN, DGGPP und DGPM) diskutiert.

EINMALIGE CHANCE FÜR DAS FACH

Die Novellierung bietet für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie die einmalige Chance, die Weiterbildung für angehende Fachärzte attraktiver zu gestalten und Nachteile gegenüber anderen Fachrichtungen auszuräumen. Handlungsbedarf besteht auf vielen Ebenen: Inhaltlich ist es notwendig, die Schwerpunkte des Faches stärker in der Weiterbildung zu verankern. Die Psychiatrie und Psychotherapie hat sich fortlaufend differenziert und erweitert (unter anderem modulare Psychotherapie, Neuro-

psychologie, Schnittstelle psychische/somatische Störungen, Weiterentwicklung medikamentöser und biologischer Verfahren). Damit wird es zunehmend unrealistisch, das gewachsene Weiterbildungsvolumen in fünf Jahren unterzubringen. Der Vorstand hat sich daher nach ausführlicher Prüfung dazu entschlossen, die Verlängerung der Facharztweiterbildung um ein Jahr auf zukünftig sechs Jahre bei der Bundesärztekammer zu beantragen.

Dies geschah in Übereinstimmung mit der Fachgesellschaft des Nachbarfaches Neurologie (DGN) und den beiden Berufsverbänden BVDN und BVDP. Durch die verlängerte Weiterbildungszeit sollen insbesondere neben der zeitaufwendigen psychotherapeutischen Inhalte die psychopharmakologischen, soziotherapeutischen, geriatrischen und neuropsychologischen Weiterbildungsinhalte in der nun notwendigen Breite vermittelt werden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung müssen vermehrt ältere Menschen mit psychischen Störungen in Kombination mit somatischer Multimorbidität behandelt werden. Geriatrische Kompetenzen sind daher als Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildung zu vermitteln. Gerontopsychiatrische Krankenhausbetten können ohne geriatrische Kompetenz nicht betrieben werden beziehungsweise laufen Gefahr, in den wachsenden geriatrischen Abteilungen aufzugehen. Eine Weiterbildungsermächtigung für die Behandlung dieser Patienten ist daher zwingend notwendig.

Das gegenseitige Pflichtjahr Neurologie und Psychiatrie soll dabei aus Sicht der DGPPN auch weiterhin einen wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psy-

chotherapie wie auch für den Facharzt für Neurologie bleiben.



VERLÄNGERUNG DER WEITERBILDUNGSZEIT SINNVOLL UND NOTWENDIG

Auf dem 116. Deutschen Ärztetag wurde kürzlich ein Antrag auf Beibehaltung der fünfjährigen Weiterbildungszeit von den Delegierten beschlossen. Auch wenn in der Sache verschiedene Positionierungen zu erwarten sind, so ist doch die Begründung des Antragstellers erklärungsbedürftig. Sie impliziert, dass durch eine verlängerte Weiterbildungszeit angestellte Assistenzärztinnen und Assistenzärzte länger kostengünstig beschäftigt und somit Personalmittel gespart werden sollen. Ein solcher Beweggrund spielte bei den Beratungen der DGPPN zur Novellierung der Musterweiterbildungsordnung selbstverständlich keine Rolle. Daher hat die DGPPN der Bundesärztekammer wie auch den Landesärztekammern die tatsächlichen und guten Gründe für eine Verlängerung noch einmal verdeutlicht. Sie wird sich in dem weiteren Prozess der Novellierung der WBO für diesen Weg stark machen und regelmäßig über die Entwicklungen informieren.

DIAGNOSEMANUAL DSM-5

WANN WIRD SEELISCHES LEIDEN ZUR KRANKHEIT?

Ende Mai ist in den USA der neue Diagnosekatalog (DSM-5) für psychische Erkrankungen erschienen.

Die Veröffentlichung hat auch in Deutschland eine breite Debatte über die Diagnostik ausgelöst.

Die Streitfrage lautet: Was ist noch Lebenskrise, wo beginnt die Krankheit?



Die fünfte Edition des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) ist in erster Linie ein nationales Diagnosesystem für die USA und dient als Grundlage der klinischen und epidemiologischen Forschung. Das Regelwerk wird seit 1952 von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft APA herausgegeben. Mit den mehr als 1000 Seiten ist es aber auch für die Patientenversorgung in Deutschland von Bedeutung. Zwar kommt in deutschen Arztpraxen die ICD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation zum Einsatz. Doch auch für sie ist eine Revision (ICD-11) in Vorbereitung, die sich mut-

maßlich am amerikanischen Handbuch orientieren wird.

Für Zündstoff sorgte eine Reihe von Diagnosen für die Versorgung, die neu in den Diagnosekatalog aufgenommen wurden (zum Beispiel Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Minor Neurocognitive Disorder, Hoarding Disorder, Binge Eating Disorder). Experten warnen vor einer regelrechten Diagnoseflut, die auch nach Deutschland schwappen könnte.

*Psychische Erkrankungen:
sorgsame Diagnostik notwendig*

DIE POSITION DER DGPPN

Die DGPPN hat sich im Vorfeld der Veröffentlichung des DSM-5 zur Diagnostik psychischer Erkrankungen geäußert: Krankheitskonzepte sollten nur dann ausgeweitet werden, wenn sich dadurch klinisch relevantes Leiden besser als bisher erkennen lässt. Die Einführung neuer Diagnosen psychischer Störungen und die Ausweitung der Grenzen von bereits bestehenden psychischen Störungen können zu einer Medikalisierung von Problemen unserer Gesellschaft führen.

- Das DSM-5 enthält notwendige Anpassungen im Diagnosesystem, die auf wissenschaftlichen Fortschritten basieren und nicht grundsätzlich abgelehnt werden sollten.
- Die DGPPN begrüßt, dass sich das Manual teilweise gegen den beschriebenen Trend einer Ausweitung psychischer Erkrankungen wendet. Einige Beschwerdebilder

werden nicht in die Diagnoseliste aufgenommen. Dazu gehören vor allem Risikozustände zum Beispiel für Psychosen/Schizophrenie oder das Burnout-Syndrom.

- Kritisch zu beurteilen ist hingegen die Einführung bestimmter neuer Krankheitsdiagnosen und die damit verbundene Verschiebung diagnostischer Grenzen von „gesund“ nach „krank“.
- Einige der im DSM-5 neu geplanten psychischen Beeinträchtigungen besitzen keinen Krankheitswert. Sie bilden natürliche Anpassungs- oder Alterungsprozesse ab. Die aus Ausweitung des diagnostischen Spektrums resultierenden Leistungsansprüche überlasten das medizinische Versorgungssystem und gefährden damit eine gerechte Verteilung der begrenzten und „gedeckelten“ Ressourcen unseres Gesundheitswesens.

Lesen Sie die vollständige Stellungnahme der DGPPN auf www.dgppn.de > Publikationen > Stellungnahmen.

PRÄVENTION

NEUES GESETZ STEHT IM BUNDES RAT AUF DER KIPPE

Ende Juni hat der Bundestag das Präventionsgesetz mit einer Mehrheit von Union und FDP verabschiedet.

Der Opposition gehen die Vorgaben jedoch nicht weit genug. Sie stimmte geschlossen dagegen.

Das Gesetz könnte nun kurz vor der Bundestagswahl im rot-grün-dominierten Bundesrat blockiert werden.

Mit dem Präventionsgesetz will die Bundesregierung die Ausbreitung von Volkskrankheiten eindämmen und die Bevölkerung zu einer gesünderen Lebensweise animieren. Um Krankheiten wie Diabetes und Brustkrebs zurückzudrängen, soll die Vorsorge verstärkt und frühzeitig gegen Risikofaktoren wie Übergewicht und Tabakkonsum vorgegangen werden. Auch die Prävention von Depression sowie die Förderung des gesunden Älterwerdens stehen im Fokus der insgesamt sieben Gesundheitsziele.

Das Gesetz nimmt dabei insbesondere die Krankenkassen stärker in die Pflicht. Statt bisher drei Euro pro Versichertem sollen sie ab 2014 sieben Euro je Versicherten für Prävention ausgeben. Um sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen, sollen Kitas, Schulen, Seniorenhei-

me, Sportvereine oder Betriebe vor Ort besser berücksichtigt werden.

Nach den Plänen der Regierungskoalition kommt auch den niedergelassenen Ärzten eine größere Verantwortung zu. Im Rahmen von primärpräventiven Gesundheitsuntersuchungen soll regelmäßig auf der Grundlage der individuellen gesundheitlichen Risiken eine Beratung erfolgen, an deren Ende eine ärztliche Empfehlung für eine Präventionsmaßnahme stehen kann.

Ob die Neuregelungen aber tatsächlich in Kraft treten, bleibt weiter fraglich. Die Opposition lehnt das Präventionsgesetz ab. Ihr gehen die Vorgaben nicht weit genug. Deshalb könnte das Gesetz im Bundesrat blockiert werden, wo Rot-Grün über eine Mehrheit verfügt. Die Länderkammer wird voraus-



sichtlich am 20. September darüber abstimmen, ob der Vermittlungsausschuss angerufen werden soll. Damit würde das Gesetz – zwei Tage vor Bundestagswahl – sehr wahrscheinlich dem Diskontinuitätsprinzip zum Opfer fallen.

DIE POSITION DER DGPPN

Die DGPPN begrüßt, dass mit dem Präventionsgesetz erstmals Ärzten eine zentrale Verantwortung im Rahmen einer primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung zugewiesen wird. Das stellt einen wichtigen Fortschritt gegenüber früheren, gescheiterten Gesetzesentwürfen dar. Mit den Gesundheitszielen „Depression verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“ sowie „Gesund älter werden“ stehen zwei Kernbereiche für psychische Gesundheit im Mittelpunkt, die erhebliche Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung wie auch für die Gesundheitswirtschaft haben. Jedoch braucht es dazu konkrete Handlungsschritte.

Forderungen der DGPPN:

- Die Gesundheitsziele sind mit kon-

kreten Maßnahmenkatalogen zu versehen, insbesondere auf Landesebene.

- Der Einbezug ärztlicher Expertise in die Erarbeitung und Evaluation der Maßnahmen ist dabei unabdingbar.
- Präventionsangebote müssen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen – unabhängig von Alter, Herkunft, beruflichem Status und Geschlecht. Ambulante und wohnortnahe Angebote zur Prävention sind dabei zu favorisieren.
- Um wirksame Präventionsstrategien für psychische Erkrankungen evidenzbasiert weiterzuentwickeln, ist die Gründung eines Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen dringend notwendig.

Prävention psychischer Störungen – zentrales Element in der Nationalen Präventionsstrategie

Lesen Sie die vollständige Stellungnahme der DGPPN auf www.dgppn.de > Publikationen > Stellungnahmen.

REVISION DER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

DER KRANKHEITSBEGRIFF IM SPANNUNGSFELD

Die aktuelle Debatte um die Überarbeitung der Krankheitsklassifikation der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (DSM-5) verweist auf die Bedeutung, aber auch die Fallstricke jeglicher Krankheitsklassifikationen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

Autor: Andreas Heinz

Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie und Psychotherapie steht heute verstärkt im Spannungsfeld zwischen Versorgungsansprüchen und Pathologisierung. Dies lässt sich gut am Beispiel des Trauerns und seiner Beziehung zu einer krankheitswertigen psychischen Störung, insbesondere einer Depression, erläutern: Einerseits soll vermieden werden, dass alltägliche Leidenszustände wie das Trauern um einen verstorbenen nahen Angehörigen pathologisiert werden, andererseits kann bei schwerer Ausprägung des Leidenszustand mit deutlicher Antriebsstörung, Unfähigkeit zur Freude, Schlafstörungen und Appetitstörungen nur dann Hilfe durch die Solidargemeinschaft der Versicherten erfolgen, wenn eine psychiatrische Störung beziehungsweise Krankheit diagnostiziert wird.

Der Krankheitsbegriff schützt die Betroffenen vor unzumutbaren Anforderungen und gewährt ihnen Unterstützung durch therapeutische Leistungen. Gleichzeitig ist jedoch gerade im Bereich der psychischen Störungen wegen der leider allzu oft auftretenden sozialen Stigmatisierungen und Ausgrenzungen der Betroffenen sowie des Rechts auf individuelle, „eigensinnige“ Lebensgestaltung jeder Krankheitsbegriff nur mit größter Vorsicht zu formulieren. Dies gilt insbesondere im Angesicht der großen Katastrophen, die die europäischen Gesellschaften des letzten Jahrhunderts heimgesucht haben: Zum einen die Zwangssterilisation und die Ermordung psychisch Kranker im Nationalsozialismus, die von einer menschenverachtenden, menschliche Lebensformen hierarchisierenden und abwertenden Ideologie begleitet war, zum anderen der Zwang zur Inklusion in der Sowjetunion, bei dem Dissidenten, die die vermeintliche Fortschrittlichkeit des Systems oder die geforderte soziale Einpassung nicht nachvollziehen wollten, als wahnhaft oder psychotisch diagnostiziert werden konnten (Amnesty International, 1974; Wing 1974). Auch in aktuellen Diskussionen zeigt sich die Sorge weiter Teile der Bevölkerung vor unangemessener „Pathologisierung“ im Sinne der ungerechtfertigten Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung, die der Normierung oder Disziplinierung in der Gesellschaft dienen könnte. Die Notwendigkeit, psychische Krankheiten

kulturübergreifend definieren zu können, verlangt heute einen Krankheitsbegriff, der so klar und kulturüberschreitend wie möglich zu fassen ist und sich gerade deshalb auf Funktionsstörungen beziehen muss, die in verschiedensten menschlichen Lebenssituationen und Gesellschaften als krankheitswertig gelten können, ohne bestimmte Inhalte der Lebensführung gegenüber anderen Ausgestaltungen zu präferieren (Tugendhat, 1984).

KRANKHEIT ALS STÖRUNG ÜBERLEBENSNOTWENDIGER PSYCHISCHER FUNKTIONEN

Im Bereich der somatischen Erkrankungen wird eine Störung wesentlicher Organfunktionen dann als Krankheit gewertet, wenn sie die überlebensnotwendige Funktionsfähigkeit des betroffenen Organs einschränkt. Dies lässt sich am Beispiel von Schluckstörungen erläutern: Wenn die Funktion des Organs Zunge beim Schluckakt eingeschränkt ist, ist dies eine krankheitswertige Beeinträchtigung ihrer Funktionsfähigkeit, die das Überleben der betroffenen Person gefährden kann. Die Unfähigkeit, die Zunge zu rollen, ist dem gegenüber zwar ebenfalls biologisch erklärbar (und in diesem Fall genetisch bedingt), es handelt sich hier aber nicht um eine Krankheit, da sie weder für die Überlebensfähigkeit noch die Lebensqualität des betroffenen Individuums entscheidend ist. In Übertragung des Konzepts der überlebensrelevanten Funktionsstörung hat Boorse (1976) postuliert, dass eine Erkrankung (im Englischen „disease“) dann diagnostiziert werden kann, wenn eine überlebensnotwendige psychische Funktion beeinträchtigt ist – dies ist eine notwendige, aber noch nicht hinreichende Bedingung für die Diagnose einer psychischen Krankheit. Für die Diagnose, ob eine überlebensrelevante Funktionsstörung vorliegt, ist es hilfreich, aber nicht notwendig, dass der zugrunde liegende ätio-pathogenetische Prozess bekannt ist. Gerade angesichts der hohen Variabilität biologischer Lebensprozesse und insbesondere der großen Vielfalt komplexer psychischer Leistungen, auch im Rahmen der kulturellen wie sozialen Diver-

sität, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass die zentralnervösen Korrelate psychischen Erlebens wie der menschlichen Handlungsfähigkeit vielfältig sind. Diesen vielfältigen neurobiologischen Korrelaten kann man eben nicht per se ansehen, ob sie „pathogen“ sind oder nicht – vielmehr ergibt sich die Zuordnung bestimmter neurobiologischer Korrelate zu einem Krankheitsprozess sekundär aus der Feststellung einer lebenswichtigen Funktionsstörung (Heinz 2005).

Boorse (1976) postuliert über die Störung überlebensrelevanter psychischer Funktionen hinaus, dass auch eine verminderte Reproduktionsfähigkeit ein krankheitsrelevanter Hinweis auf eine psychische Störung sein kann. Dies wird aber aus guten Gründen abgelehnt, da hier Krankheit nicht im medizinischen Sinn als Beeinträchtigungen eines Individuums gefasst wird, sondern statt dessen jeder einzelnen gesunden Person zusätzlich aufgebürdet wird, einen bestimmten Beitrag zur biologischen „Arterhaltung“ zu leisten. Es kann aber nicht die Aufgabe eines Krankheitsbegriffs sein, mehr als die individuellen Beeinträchtigungen einzelner Menschen zu erfassen – sonst wird der unangemessenen Pathologisierung sozial gegebenenfalls unerwünschter Verhaltensweisen Tür und Tor geöffnet. Zudem wäre die historisch erst vor kurzem überwundene Pathologisierung menschlicher sexueller Vorlieben erneut möglich, selbst wenn es sich dabei um frei gewählte Interaktionen erwachsener Personen handelt – eine absolut inakzeptable Perspektive. Es empfiehlt sich deswegen, entgegen der Definition von Boorse selbst nur von objektivierbaren Krankheitszeichen und damit im Englischen vom Vorliegen einer „disease“ (Erkrankung) zu sprechen, wenn für das Individuum lebensnotwendige Funktionsfähigkeiten beeinträchtigt sind.

KEINE ERKRANKUNG OHNE INDIVIDUELLEN SCHADEN

Die objektivierbare Beeinträchtigung einer überlebensrelevanten Funktionsfähigkeit ist nur eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Diagnose einer psychischen Erkrankung. Es muss noch ein zweites Kriterium hinzutreten, um sinnvoll von einer psychischen Krankheit sprechen zu können. Denn nicht jede Funktionsbeeinträchtigung wird leidvoll erfahren oder führt im Alltag zu einer deutlichen Beeinträchtigung basaler Möglichkeiten der sozialen Teilhabe (im Sinne der Körperpflege, Nahrungsaufnahme etc.) – ist also für die betroffene Person schädlich. Man denke an Menschen, die gehörlos geboren sind, aber vielfältige andere Fähigkeiten entwickeln, mit ihrem Leben gut zurechtkommen und sich selbst nicht als krank definieren wollen. Hier besteht kein Grund, von einer Erkrankung zu sprechen. Dasselbe gilt für Menschen, die beispielsweise Stimmen hören, diese aber nicht als beeinträchtigend erleben und durch sie auch nicht in ihrer sozialen Teilhabe im Sinne basaler lebenserhaltender Tätigkeiten wie der Körperpflege, Nahrungsaufnahme etc. eingeschränkt sind. Zu den objektivierbaren Symptomen einer Erkrankung

(„disease“) muss entweder individuelles, leidvolles Krankheitserleben (im Englischen „illness“) oder eine wesentliche Beeinträchtigung der basalen sozialen Teilhabe (im Englischen „sickness“) hinzutreten.

Eine Erkrankung liegt also dann und nur dann vor, wenn neben objektivierbaren Krankheitszeichen im Sinne einer Störung überlebensnotwendiger Funktionen noch individuelles Leid oder eine schwere Beeinträchtigung der basalen sozialen Teilhabe gegeben sind.



Die Grenze zwischen krank und gesund – wo verläuft sie?

Leidet ein Mensch unter objektivierbaren Funktionseinschränkungen im Rahmen seiner depressiven Verstimmung oder hindert ihn die Depression in Folge des Todesfalls eines nahen Angehörigen daran, hinreichend Nahrung aufzunehmen oder eine gesundheitlich notwendige, minimale Form der Körperpflege aufrechtzuerhalten, dann kann mit gutem Grund von einer „psychischen Krankheit“ gesprochen werden.

Die Begrenzung auf eine schwere Beeinträchtigung der basalen Teilhabe ist notwendig, um zu verhindern, dass wie in der Sowjetunion soziale Dissidenz oder Rebellion pathologisiert werden können. Wer sich aufgrund objektivierbarer Krankheitssymptome wie kommentierender und imperativer Stimmen sowie eines im Sinne von Wahnwahrnehmungen objektivierbaren Wahnerlebens sozial zurückzieht, in seiner Wohnung verbarrikadiert und keine Nahrung mehr zu sich nimmt, würde demnach an einer „psychischen Erkrankung“ leiden, da hier sowohl objektivierbare Krankheitssymptome (Wahnwahrnehmungen, komplexe akustische Halluzinationen) wie eine schwere, die Gesundheit des Individuums gefährdende Störung der basalen sozialen Teilhabe (Körperpflege, Nahrungsaufnahme, minimaler Kontakt zur Außenwelt, um Nahrung besorgen zu können, etc.) gegeben sind. Bei der basalen sozialen Teilhabestörung handelt es sich also um eine Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (International Classification of Function (ICF), DIMDI 2005; Linden 2005); International Classification of Diseases (ICD-10) (WHO 2011).

KRANKHEITSRELEVANTE PSYCHISCHE FUNKTIONS-FÄHIGKEITEN IN DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN TRADITION

Welche überlebensnotwendigen Funktionsstörungen sind nun aber krankheitsrelevant? Angesichts der Diversität menschlicher Lebensformen und des gebotenen Respekts vor kulturellen wie individuellen Besonderheiten sollten das nur jene Funktionsfähigkeiten sein, die für das Überleben der Menschen in verschiedensten sozialen Situationen bedeutsam sind. Dazu gehören die Leitsymptome eines Delirs im Sinne der Beeinträchtigung der Wachheit, der räumlichen und zeitlichen Orientierung und der Auffassung, bezüglich der Diagnose der Demenzen die Merkfähigkeit und das Langzeitgedächtnis (AMDP 2007; Heinz und Kluge 2010). Es wird deutlich, dass die hier benannten Funktionen beziehungsweise ihre Beeinträchtigung sozial wie interkulturell kaum strittig sind. Schwieriger ist es im Bereich der früher sogenannten „endogenen Psychosen“, das heißt der Schizophrenien, schizophreniformen Psychosen sowie der bipolaren Störungen und schwerer, „endogen“ anmutender Depressionen. Da die affektive Gestimmtheit in jeglichem Kontext ein Teil des menschlichen Weltbezugs ist (Heidegger 2006; Slaby 2008, 2011), kann die bis zur Affektstarre verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, wie sie in einer schweren Depression oder in einer Manie gegeben sein kann, als krankheitsrelevante Beeinträchtigung einer zentralen menschlichen Funktionsfähigkeit gewertet werden, auch wenn sie das Überleben der Betroffenen vielleicht akut weniger bedroht als eine räumliche Desorientiertheit im Delir. Auch die fehlende Zurechnungsfähigkeit eigener Gedanken beim Auftreten von Ich-Störungen oder komplexen akustischen Halluzinationen kann in diesem Sinn als krankheitsrelevante Beeinträchtigung der menschlichen Fähigkeit verstanden werden, die eigenen Gedanken und Motive einerseits distanziert reflektieren, andererseits aber im Handlungsvollzug direkt umsetzen zu können (Plessner 1960, 1975, 2003). Klassische psychopathologische Leitsymptome zur Diagnose psychischer Krankheiten lassen sich also jeweils daraufhin prüfen, ob sie als Beeinträchtigung lebensnotwendiger menschlicher Funktionsfähigkeiten gelten können (Heinz und Kluge 2010).

An dieser Stelle muss aber erneut betont werden, dass das Vorliegen objektivierbarer Krankheitszeichen per se zwar notwendig, aber nicht hinreichend für die Diagnose einer psychischen Erkrankung ist. Nur wenn zusätzlich entweder individuelles Leiden unter diesen Symptomen oder eine Beeinträchtigung der basalen sozialen Teilhabe (im Sinne der selbsterhaltenden Körperpflege, Nahrungsaufnahme etc.) auftritt, kann von einer psychischen Erkrankung gesprochen werden.

Es sei an dieser Stelle auf das vorsichtige Vorgehen Kurt Schneiders (1942) verwiesen, der bei der Diagnose schizophrener Psychosen explizit darauf hinwies, dass sich Ärzte bei

der Beurteilung der Affektivität oder der Kohärenz der sprachlichen Äußerungen ihrer Patienten ebenso täuschen können wie bei der Einschätzung eines Glaubenssystems als wahnhaft. Alle von Kurt Schneider als „Erstrangsymptome“ schizophrener Psychosen benannten Phänomene betreffen ein von den Patienten selbstgeschildertes Erleben, das sie dazu allerdings mitweltlich versprachlichen und damit gegebenenfalls auch verzerren müssen. Ich-Störungen im Sinne der Gedankeneingebung oder -ausbreitung, kommentierende wie dialogisierende Stimmen sind Erlebnisse der Patienten selbst, die diese – bei aller Beschränkung der Möglichkeit, idiosynkratische Erfahrungen mittels alltäglich gebrauchter Begriffe zu artikulieren – dem Untersucher selbst schildern. Zu vertrauen, so die Botschaft Kurt Schneiders, ist demnach den Schilderungen der Patienten, nicht den subjektiven Eindrücken der Untersucher. Das Vorliegen eines mehr oder weniger systematisierten Wahns ist laut Kurt Schneider kein Erstrangsymptom für die Diagnose einer schizophrenen Psychose. Ein Erstrangsymptom ist nur die Wahnwahrnehmung, das heißt die entgegen allen andersgerichteten Evidenzen festgehaltene Zuschreibung einer bestimmten (meist auf die betroffene Person selbst gerichteten) Bedeutung zu einem Ereignis oder Gegenstand, das Untersucher wie Betroffenen gleichermaßen zugänglich ist und von beiden bezüglich der Angemessenheit der zugeschriebenen Bedeutung geprüft werden kann und muss. Schneider (1942) verweist – in für die Patienten sehr bedrohlichen Zeiten – explizit auf die Geschichte einer Angestellten, die hartnäckig behauptete, eine Beziehung zu einem reichen Adligen zu haben und deshalb ursprünglich als wahnkrank eingeschätzt wurde, obwohl es diese Beziehung bei genauerer Prüfung tatsächlich gab.

Diese Vorsicht im Umgang mit Leitsymptomen droht mit dem DSM-5 verloren zu gehen, da die amerikanische psychiatrische Gesellschaft (APA) die klassischen Erstrangsymptome mit ihrer Fokussierung auf das von den Patienten selbst geschilderte Erleben in ihrer Bedeutung für die Diagnostik weiter zurückstuft. Dies liegt im Grunde daran, dass die APA Schneiders Erstrangsymptome nie als diagnoseführend gewertet hat und deshalb Störungen, die im ICD-10 aufgrund des Auftretens von Erstrangsymptomen zumindest als schizoauffektiv zu benennen wären, als rein bipolare Störung klassifizieren konnte. Damit waren dann aber trotz des Auftretens von Erstrangsymptomen vermeintlich rein affektive Erkrankungen gegeben – eine zirkuläre Argumentation, die von der Art der Konzeptualisierung der höchst umstrittenen schizoauffektiven Störung abhängt. Einerseits droht somit aber die Verkennung organisch bedingter Psychosen als Schizophrenien, da letztere zwar durchaus nicht immer, erstere aber in der Regel nie komplexe Erstrangsymptome aufweisen (Heinz et al. 1995). Andererseits könnte es zu einem Verlust der von Schneider (1942) geforderten Fokussierung auf die Äußerungen der Betroffenen kommen – denn nur wenn deren Schilde-

rungen entsprechend ausfallen, können wir laut Schneider „in aller Bescheidenheit von Schizophrenie“ sprechen (Schneider 1942, S. 27).

AUSBLICK

Plädiert wird also für einen engen Krankheitsbegriff, der nur dann von einer psychischen Erkrankung spricht, wenn zu den objektivierbaren Störungen menschlicher Funktionsfähigkeiten individuelles Leid oder eine deutliche Beeinträchtigung der basalen sozialen Teilhabe hinzu kommt. Zu den für die Diagnose einer Erkrankung notwendigen, objektivierbaren Funktionsstörungen zählen die klassischen psychopathologischen Symptome einer Beeinträchtigung der Wachheit, Orientierung, Merkfähigkeit und Bildung langfristiger Gedächtnisinhalte ebenso wie die Zurechenbarkeit der eigenen Gedanken und Impulse, die in Ich-Störungen und Halluzinationen beeinträchtigt sein kann, und die affektive Schwingungsfähigkeit (AMDP 2007; Heinz und Kluge 2010). Damit ist keinesfalls abschließend die Liste krankheitsrelevanter psychischer Funktionsfähigkeiten bezeichnet, es ist jedoch ein Weg vorgegeben, auf dem seelisches Leiden als Erkrankung gewertet werden kann: Nämlich dann und nur genau dann, wenn die hier beeinträchtigten Fähigkeiten tatsächlich für das Leben und Überleben der betroffenen Person wichtig sind und wenn ihre Störung gleichzeitig individuelles Leid oder eine derart schwere Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe hervorruft, dass Körperpflege, Nahrungsaufnahme und andere notwendige Aktivitäten des täglichen Lebens in der Mitwelt nicht mehr durchgeführt werden können.

Gleichzeitig gibt es auch andere Leidenszustände, welche die betroffenen Personen so beeinträchtigen, dass mitmenschliche Hilfe und die Unterstützung der Solidargemeinschaft aller Versicherten erforderlich sind, um der betroffenen Person zu helfen. Dazu zählen Formen sozialer Phobie wie die Angst vor Publikum zu reden. Es ist auch möglich, solche Beeinträchtigung anhand diagnostischer Kriterien zu formalisieren, die keine Störung überlebensnotwendiger Funktionen beinhalten, und es kann je nach dem Stand des Wissens als erfolgversprechend und notwendig erscheinen, solche Beeinträchtigungen psychotherapeutisch und/oder anderweitig im Medizinsystem behandeln zu lassen – es wäre aber falsch, hier immer eine Erkrankung im medizinischen Sinn zu diagnostizieren, wenn man den Missbrauch des Krankheitsbegriffs zur Stigmatisierung abweichenden Verhaltens verhindern will.

Plädiert wird also für einen engen Krankheitsbegriff einerseits sowie einen weiten Begriff psychischer Leidenszustände andererseits, die durchaus als „Störung“ („disorder“) bezeichnet werden können, ohne dass es sich um Krankheiten im engeren Sinn handelt und ohne dass die entsprechenden Verhaltensweisen pathologisiert werden sollten. Dies ist vergleichbar der durch die Krankenkassen finanzierbaren Operation ei-

ner unförmigen Nase, die die lebensnotwendige Funktion des Atmens zwar nicht beeinträchtigt, sozial aber so auffällig ist, dass sie dem Betroffenen erhebliches Leid zufügt, so dass deren medizinische Behandlung von der solidarischen Mitwelt finanziert werden sollte. Eine Pathologisierung aller möglichen ungewöhnlichen Nasen- oder Lebensformen als Erkrankung wäre dafür weder notwendig noch hilfreich.

PROF. DR. MED. ANDREAS HEINZ

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Charité – Universitätsmedizin Berlin

LITERATUR

AMDP: Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (8., überarbeitete Auflage). Hogrefe, Göttingen 2007

Amnesty International. Bericht über die Folter. Frankfurt, Fischer, 1974, pp. 194-197

Boorse, Christopher. What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 1976, Vol. 6, pp. 61-84

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Genf, WHO, 2005

Heidegger M. *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 2006

Heinz A, Przuntek H, Pietzcker A.: Klinik und Verlauf dopamininduzierter Psychosen - Implikationen für die Dopaminhypothese der Schizophrenien. *Nervenarzt* 66:662-669, 1995

Heinz A. *Gesunder Geist – krankes Hirn?* In: Hermann CS, Pauen M, Rieger JW, Schickanz S (Hrsg) *Bewusstsein*. München, Wilhelm Fink Verlag, 2005, pp. 407-425

Heinz A, Kluge U.: Anthropological and Evolutionary Concepts of Mental Disorders. *Journal of Speculative Philosophy*. 24(3):292-307, 2010

Linden M, Baron S. Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, Vol. 44, pp. 144-151, 2005

Plessner H. *Das Problem der Öffentlichkeit und die Idee der Entfremdung*. Göttingen 1960

Plessner H. *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin, New York, Walter de Gruyter, 1975

Plessner H. *Über den Begriff der Leidenschaft (1950)*. In: ders. *Condition humana*. Gesammelte Schriften VIII. Frankfurt/M., Suhrkamp, 2003

Schneider K. *Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose*. Leipzig, Thieme, 1942

Slaby J, Stephan A. *Affektive Intentionalität*. *Information Philosophie*, Vol. 5, pp. 20-24, 2008

Slaby J. *Affektive Intentionalität – Hintergrundgefühle, Möglichkeitsräume, Handlungsorientierung*. In: Slaby J, Stephan A, Walter H, Walter S (Hrsg) *Affektive Intentionalität. Beiträge zur welterschließenden Funktion der menschlichen Gefühle*. Mentis, Paderborn 2011, pp. 23-48

Tugendhat E. *Antike und moderne Ethik*. In: Tugendhat E.: *Probleme der Ethik*. Leipzig: Reclam, 1984, pp. 33-56

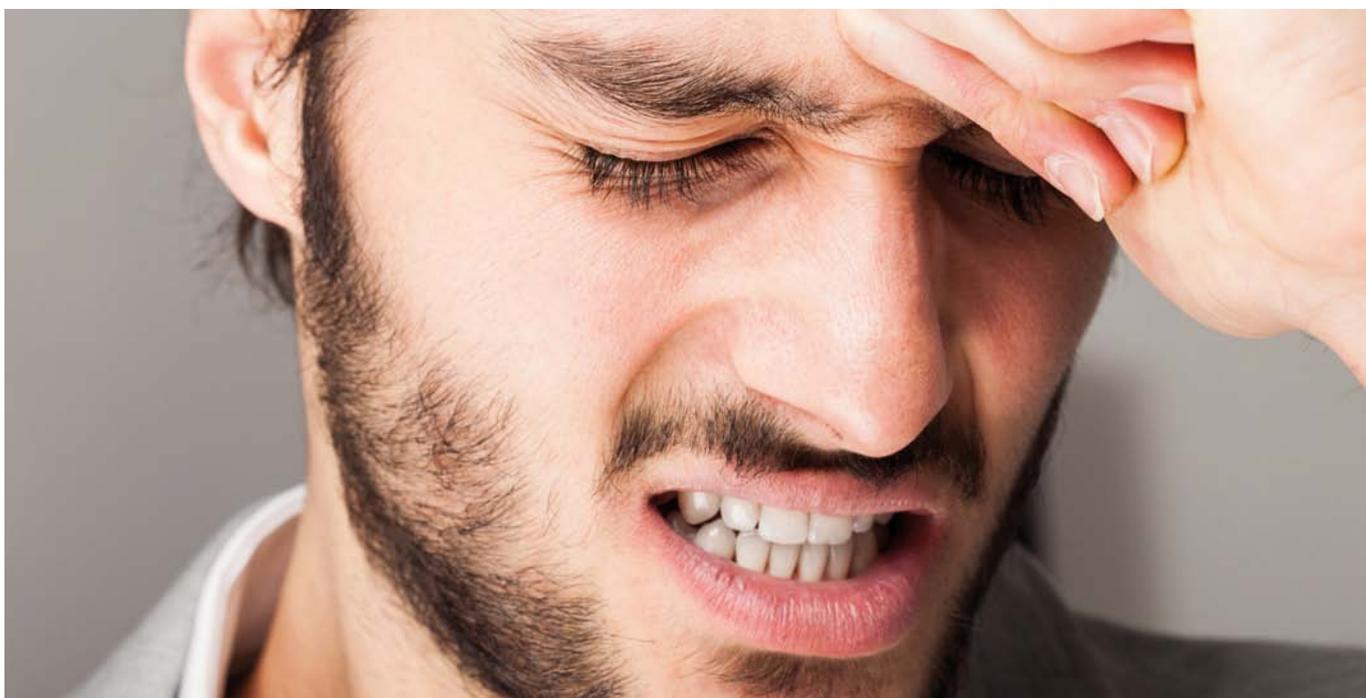
WHO (World Health Organisation). *International Classification of Diseases. Tenth revision (ICD 10)*. Genf 2011

Wing JK. *Psychiatry in the Soviet Union*. *British Medical Journal* Vol. 1, 1974, pp. 33-436

HANDLUNGSFELD PRÄVENTION

PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DER ARBEITSWELT

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Konkurrenz von Unternehmen um qualifizierte Arbeitskräfte ist es ein zentrales gesellschaftliches, aber auch betriebswirtschaftliches Anliegen, die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern zu erhalten.



Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt umfasst für die Fachgesellschaft dabei zwei zentrale Handlungsfelder: Zum einen gilt es, für Menschen mit psychischen Erkrankungen Beschäftigung zu erhalten und die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Zum anderen sollte Arbeit so beschaffen sein, dass das gesundheitliche Risiko durch Arbeitsbelastungen minimiert wird. Dies gilt insbesondere für psychosoziale Stressfaktoren.

Im Bereich der physischen Gesundheitsrisiken wurden Gesetze, Verordnungen und Vorgehensweisen auf Bundes- und Länderebene etabliert, um den Arbeitsschutz zu gewährleisten. Entsprechend ist die Zahl der Arbeitsunfälle in den letzten 50 Jahren um 75% zurückgegangen, tödliche Unfälle sogar um 85% (DGUV 2008) und befindet sich damit auf einem historisch nied-

rigen Stand. Auch die Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit wurden seit 1993 um insgesamt 34% verringert. Der Anteil von Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen jedoch stieg im selben Zeitraum von 15% auf zuletzt 41% (DRV 2012). Eine ähnliche Entwicklung ist bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten zu erkennen. Während die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen zwischen 2000 und 2011 um insgesamt 12,2% zurückging, stiegen die AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen um 56% (AOK Fehlzeiten-Report 2012). Zusammenfassend kommt den psychischen Erkrankungen bei insgesamt sinkenden krankheitsbedingten Fehlzeiten und Frühberentungen eine immer höhere Relevanz zu.

Während in den Medien angesichts dieser Entwicklungen anfangs pau-

schal vor Burnout als neuer Volkskrankheit gewarnt wurde, ist die öffentliche Diskussion um psychische Belastungen durch Arbeit inzwischen differenzierter geworden. Der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) im Jahr 2012 erstellte „Stressreport Deutschland“ zieht das Fazit, dass sich die Arbeitsanforderungen bezüglich Arbeitsinhalten und -organisation allgemein auf einem hohen Niveau bewegen. Daher gilt es, Arbeitsplätze so zu gestalten, dass psychosoziale Belastungen wie starker Termin- und Leistungsdruck, das gleichzeitige Betreuen verschiedenartiger Arbeiten, ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge oder Arbeitsunterbrechungen auf ein tolerables Maß reduziert werden. Für eine wirksame gesundheitliche Prävention müssen dabei gruppenspezifische Anforderungs- und Ressourcenpro-

file herangezogen werden. Als übergreifende protektive Faktoren erweisen sich die Unterstützung und Ansprechbarkeit des Vorgesetzten bei Schwierigkeiten am Arbeitsplatz sowie regelmäßige Erholungs- und Pausenzeiten (Stressreport 2012).

DER ERHALT UND DIE FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT VERDIENEN HOHE AUFMERKSAMKEIT

Gleichwohl ist Arbeit per se aber keineswegs ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen. Vielmehr hat sie viele stabilisierende Funktionen, strukturiert den Alltag, ermöglicht Entfaltungspotenzial und stiftet Identität.

Dem Erhalt und der Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt kommt aktuell eine hohe politische Aufmerksamkeit zu. Ende Januar 2013 hatte das Bundesministerium zur Auftaktveranstaltung „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wir machen es zum Thema!“ geladen. Vertreter der Sozialpartner, der Kranken- und Unfallversicherungsträger sowie des Bundes und der Länder stellten beispielhafte Initiativen vor und diskutierten den konkreten Handlungsbedarf. Insbesondere wurde debattiert, ob der derzeitige Gefährdungsschutz vor psychischen Belastungen bereits ausreichend gesetzlich verankert ist oder eine ergänzende Verordnung notwendig ist, die dem in der betrieblichen Praxis bestehenden Umsetzungsdefizit durch angeordnete Sanktionen entgegenwirkt. Trotz des gemeinsamen Zieles, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern, wird die Diskussion von politischen Interessen überlagert – dem Bestreben der Arbeitgeber, sich möglichst viel Gestaltungsspielraum bei den Arbeitsprozessen zu erhalten und den Gewerkschaftsvertretern, die auf mehr Mitbestimmungsrecht und konkrete Vorgaben zur Prävention von psychosozialen Belastungen drängen. Die verschiedenen Interessen werden zwar im Kreise

der 2008 gegründeten Nationalen Arbeitsschutzkonferenz verhandelt und gehen in die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) ein. Trotzdem konnte Anfang des Jahres keine gemeinsame Erklärung der Sozialpartner gegen Stress am Arbeitsplatz präsentiert werden. Über begrüßenswerte Initiativen hinaus sind somit wenig konkrete Verbesserungen in die Praxis umgesetzt worden. Im Mai 2013 hörte der Ausschuss für Arbeit und Soziales schließlich verschiedene Sachverständige zum Thema Stress am Arbeitsplatz an. Dabei fehlten jedoch gänzlich Vertreter der fachärztlichen Versorgung, obgleich wirksame Prävention medizinisches Fachwissen dringend benötigt.

BELASTETETE ARBEITNEHMER BENÖTIGEN ZEITNAH KOMPETENTE UND BEDARFSGERECHTE UNTERSTÜTZUNG

Die DGPPN hat in ihrer Task Force Prävention und Therapie bei arbeitsbedingten psychischen Störungen Experten der Arbeits- und Organisationspsychologie, Betriebsmedizin sowie der psychiatrisch-psychosozialen Versorgung, Prävention und Rehabilitation zusammengebracht, um die Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt zu diskutieren und ihre Expertise zu psychischen Erkrankungen einzubringen. Dabei ist es vorrangig eine Herausforderung der Arbeitswelt, dort die Erhaltung der psychischen Gesundheit sicherzustellen, was von den Betrieben Kenntnis über psychische Gesundheit und psychische Störungen erfordert. Auf konkreter Maßnahmenebene findet sich dies in einem Angebot an präventiven Maßnahmen wieder, der Sensibilität von Führungskräften und Kollegen im Umgang mit betroffenen Mitarbeitern, aber auch ein klares Prozedere bei drohender Überlastung mit entsprechend kompetentem Ansprechpartner für die Betroffenen, wie zum Beispiel dem Betriebsarzt. Die Schnitt-

stellen zum Versorgungssystem und seinen Spezifizierungen müssen transparent gemacht werden, sodass Arbeitnehmer, die in einer Belastungssituation ein erhöhtes Erkrankungsrisiko tragen oder von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, zeitnah und kompetent beraten und unterstützt werden können. Dazu ist eine flächendeckende Verfügbarkeit entsprechender Behandlungsplätze erforderlich, sodass ein Verbleib oder eine zeitnahe Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz in gegebenenfalls enger Abstimmung zwischen Behandelndem und Arbeitsstelle möglich ist. Da dies in der aktuellen Versorgungsrealität häufig nicht gegeben ist, bieten einige große Konzerne ihren Mitarbeitern über sogenannte Employee Assistance Programme (EAP) über externe Anbieter rasche Beratung an. Da Qualitätsstandards dafür nicht bestehen, ist die jeweilige Kompetenz, zum Beispiel behandlungsbedürftige Erkrankungen (wie eine Depression) von präventionsbedürftigen Risikozuständen (zum Beispiel Burnout) zu differenzieren, unklar. Aus Sicht der Task Force muss es Ziel sein, präventive Beratung zu Fragen der psychischen Gesundheit und Behandlung in der Regelversorgung flächendeckend vorzuhalten, um auch qualitative Standards sicherstellen zu können. Im therapeutischen Bereich der ambulanten und stationären Akutbehandlung und Rehabilitation sind derzeitige Vorgehensweisen zu überprüfen. Lange Phasen von Krankschreibung oder Hospitalisierung zur vermeintlichen Entlastung der betroffenen Arbeitnehmer ohne eine störungsspezifische Therapie bergen das Risiko einer Entfremdung vom Arbeitsplatz und sind damit nicht immer indiziert. Dies gilt vor allem bei Vorliegen von Burnout-Beschwerden ohne Bestehen einer Krankheit. In der Behandlung von psychischen Erkrankungen, die in Zusammenhang mit einer Belastung am Arbeitsplatz stehen, sollte diese entsprechend im therapeutischen Prozess aufgegriffen werden.



UNTER VIER AUGEN

Prof. Peter Falkai im Gespräch mit dem Bundesärztekammerpräsidenten Prof. Frank Ulrich Montgomery

„ANREIZE LASSEN SICH HEUTE ABER NUR NOCH
BEDINGT ÜBER GELD UND EINKOMMEN SETZEN.
WAS WIR BENÖTIGEN, SIND VERÄNDERUNGEN
IN DER INFRASTRUKTUR.“ PROF. F. U. MONTGOMERY

Versorgungsengpässe auf dem Land, Fachärztemangel in immer mehr Disziplinen, Nachwuchsmangel an den Kliniken: Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, welche die Ärzteschaft in besonderem Maße betreffen. *Psyche im Fokus* geht den drängendsten Fragen nach und lädt zwei Experten zum Gespräch: Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery, trifft auf den Past President der DGPPN, Prof. Peter Falkai. Sie sprechen über Erwartungshaltungen, demografischen Wandel und strukturelle Probleme.

Falkai: Wie sehen Sie als Präsident der Deutschen Ärztekammer die Zukunft der fachärztlichen Versorgung in Deutschland?

Montgomery: Ich sehe zwei Problemfelder auf uns zukommen: Es wird in Deutschland zu Verteilungsproblemen und zu Engpässen beim Nachwuchs kommen. Der Deutsche Ärztetag ist seit Jahren mit dem Thema befasst, das wachsende Versorgungsproblem anzugehen. Unsere Analysen zeigen: Es arbeiten immer weniger hochspezialisierte Fachärzte auf dem Land, dafür umso mehr in den großen Städten und an den renommierten Kliniken. Bei den Allgemeinärzten, auch sie gehören zu den Fachärzten, ist die Lage heute bereits problematisch.

Falkai: Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus?

Montgomery: Wir kommen nicht darum herum, über unsere Erwartungshaltungen zu diskutieren. Ist es Patienten zumutbar, wenn sie für bestimmte hochspezialisierte Versorgungsangebote eine längere Distanz zurücklegen müssen? Eine fachärztliche Komplettversorgung in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte anzubieten, ist nicht mehr finanzierbar. Darüber müssen wir offen mit den Bürgerinnen und Bürgern sprechen. Unabhängig davon müssen wir die Arbeit für Ärztinnen und Ärzte auf dem Land wieder attraktiv machen.

Falkai: Können Sie das konkretisieren? Was kann die Bundesärztekammer tun?

Montgomery: Da gibt es viele Beispiele. Im Bereich der Allgemeinmedizin haben wir mit der Koordinierungsstelle die Weiterbildung erleichtert. Gemeinsam mit der KBV konnten wir den Gesetzgeber dafür gewinnen, dass unsinnige Abrechnungsmodalitäten für die Allgemeinärzte in unterversorgten Gebieten weggefallen sind. Ebenfalls konnten wir erreichen, dass die Residenzpflicht abgeschafft wurde. Ein Arzt muss heute nicht mehr dort wohnen, wo er seine Praxis hat.

Falkai: Braucht es darüber hinaus nicht auch konkrete Anreize durch die Politik?

Montgomery: Unbedingt. Anreize lassen sich heute aber nur noch bedingt über Geld und Einkommen setzen. Was wir benötigen, sind Veränderungen in der Infrastruktur. Junge Ärztinnen und Ärzte wollen bezahlbare Praxisräume und eine Gemeindeschwester, die sie bei der Arbeit unterstützt. Sie wollen die Praxis nicht alleine führen, sondern zusammen mit einer Kollegin oder einem Kollegen, damit sie die Nachtdienste regeln können. Und ihre Kinder sollen gute Schulen besuchen können. Wir sprechen hier nicht mehr nur über Gesundheitspolitik, sondern bewegen uns auf der Ebene der kommunalen Infrastrukturpolitik. Als Ärztekammer sind wir gefordert, diesen Gedanken bei der Politik zu platzieren.



Falkai: Mit den richtigen Anreizen sollten wir jedoch auch verhindern, dass immer mehr Fachärztinnen und -ärzte ins Ausland abwandern.

Montgomery: Ich rate jedem Arzt, für eine bestimmte Zeit im Ausland zu arbeiten. Ich rate aber dazu, wieder nach Deutschland zurückzukehren. Nichts erweitert den Horizont mehr wie der Blick in andere medizinische Philosophien. Das Gesundheitswesen ist eng mit der Bevölkerung verwachsen. Es lohnt sich zu sehen, wie in Schweden, England oder in den USA gearbeitet wird. Stimmen in Deutschland Arbeitsumfeld und Rahmenbedingungen, nimmt auch die Abwanderung ab.

Falkai: Dennoch verzeichnen wir einen markanten Nachwuchsmangel. Wir haben in Deutschland die kuriose Situation, dass von den vielen ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten immer weniger in Kliniken und Praxen arbeiten wollen. Wie lässt sich diesem Trend entgegenwirken, der sich in Zukunft aufgrund der demografischen Entwicklungen noch verstärken wird? Wie können wir die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland attraktiver gestalten?

Montgomery: Der Köder muss bekanntermaßen dem Fisch und nicht dem Angler schmecken. Der Nachwuchs in Deutschland ist hervorragend ausgebildet und hochqualifiziert. Wenn wir diesen jungen Menschen im Praktischen Jahr den Kulturschock eines Krankenhauses zumuten und sich ihnen gleichzeitig Alternativen eröffnen, dann ergreifen sie diese auch. Deshalb mein Credo: Wir müssen die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie den jungen Leuten schmecken – und nicht so, wie wir es gewohnt waren. Unsere Generation hat gelebt, um zu arbeiten. Arbeitswochen von 80 bis 100 Stunden haben wir als völlig normal betrachtet. Die Generation X der 80er Jahre arbeitete, um leben zu können. Und die heutige Generation fordert völlig zu Recht: Wir wollen beim Arbeiten auch noch leben. Diese Gratwanderung für alle Beteiligten zufriedenstellend umzusetzen, ist eine Herausforderung, die sich an uns, die ältere Generation, richtet.

Die heutige Generation fordert völlig zu Recht: Wir wollen beim Arbeiten auch noch leben.

Falkai: Für einige Kolleginnen und Kollegen gilt die Work-Life-Balance als Luxusproblem der jüngeren Generation. Hier ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten. Daneben ist aus meiner Sicht ein weiterer Aspekt zentral: der Abbau von Hierarchien. Die junge Generation wünscht neue, flachere Hierarchien.

Montgomery: Ein wichtiger Punkt. Deutschland hat beim Abbau von Hierarchien zu wenig getan. Aber wir müssen auch andere Prinzipien neu denken; manch heilige Kuh gehört geschlachtet. Ein Beispiel: Vor zehn Jahren hat die Ärzteschaft vehement gegen medizinische Versorgungszentren gekämpft. Heute arbeiten im niedergelassenen Bereich rund 20.000 angestellte Ärztinnen und Ärzte – und das aus eigener Überzeugung. Sie wollen die Möglichkeit, ohne eigene ökonomische Verantwortung als Arzt zu arbeiten. Diese Entwicklung hat auch unsere Position als Bundesärztekammer grundlegend verändert.

Falkai: Letztlich müssen wir dafür sorgen, dass die Weichen auch schon zu Beginn der Arztkarriere richtig gestellt werden. Die Novellierung der Weiterbildungsordnung bietet die Chance, die Facharztlandschaft interessanter zu gestalten. Wie soll das geschehen?

Montgomery: Unsere Aufgabe besteht darin, Chancen zu eröffnen. Wir möchten mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung einen Rahmen setzen, der auch eine gewisse Flexibilität zulässt. Natürlich sind formale Qualifikationen für den Arztberuf absolut fundamental. Doch schauen Sie sich meinen Lebenslauf an: Ich wollte ursprünglich Neurochirurg wer-

„DEUTSCHLANDS GESUNDHEITSSYSTEM SIEHT SICH MIT EINER WACHSENDEN ZAHL VON BEHANDLUNGEN PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN KONFRONTIERT, AUCH WENN DIE ANZAHL DER MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN NICHT ZUNIMMT.“

PROF. P. FALKAI

den, habe mich dann aber für die Radiologie entschieden, weil mich die Ästhetik der CT-Bilder fasziniert hat. So verändern sich Lebenswege. Die Weiterbildung soll nicht einengen, kein starres Korsett sein. Ich sehe sie vielmehr als einen Rahmen, in dem sich die jungen Ärzte bewegen müssen, der aber auch viele Möglichkeiten offen lässt – eben auch die Möglichkeit, konstruktiv auszubrechen. Ich werde bei der Novellierung auch nicht davor zurückscheuen, mit alten Hüten zu brechen.

Falkai: Woran denken Sie?

Montgomery: Zum Beispiel halte ich es für ausgesprochen falsch, dass sich Forschungstätigkeiten während der Weiterbildung nicht anrechnen lassen. Gewiss sollte eine junge Assistenzärztin nicht ihre gesamte Weiterbildung im Labor verbringen. Jedoch sollte sie auch das tun können, was sie interessiert und fasziniert. Ein bestimmtes Maß an Forschungstätigkeit ist durchaus wünschenswert. Wir werden also über die richtige Menge an Flexibilität diskutieren müssen.

Falkai: Wenn wir über die Work-Life-Balance der Ärztinnen und Ärzte sprechen, kommen wir zu einem Thema, das für uns Psychiater absolut zentral ist: Menschen mit psychischen Erkrankungen. Deutschlands Gesundheitssystem sieht sich mit einer wachsenden Zahl von Behandlungen psychisch kranker Menschen konfrontiert, auch wenn die Anzahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht zunimmt.

Montgomery: Das ist neu für mich. Es gibt also nicht immer mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Falkai: Nein, zumindest in den letzten 15 Jahren bewegen sich die Zahlen in der gleichen Größenordnung. Was jedoch ansteigt, ist die Anzahl der Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung einen Arzt aufsuchen – möglicherweise weil sie sich heute weniger vor Stigmatisierung fürchten und weil



wir auf aufgrund neurobiologischer Erkenntnisse unsere Diagnosen auch geschickter kommunizieren können. Wenn es für eine Diagnose eine rationale Basis gibt, fällt es wahrscheinlich auch einfacher, sich behandeln zu lassen.

Montgomery: Diese Entwicklung werde ich als einen Erfolg für die verschiedenen Akteure in Ihrem Fach. Allerdings habe ich auch den Eindruck, dass die psychologischen Psychotherapeuten heute einen sehr großen Raum im öffentlichen Diskurs einnehmen. Ich würde mir wünschen, dass die ärztliche Psychotherapie geschlossener auftritt.

„Wir Fachärzte haben einen Vollversorgungsauftrag. Neben den affektiven Störungen behandeln wir auch Suchtpatienten oder Menschen mit Demenz.“

Falkai: Da haben Sie Recht, jedoch brauchen wir dazu auch die Stimme der Bundesärztekammer gegenüber den Entscheidern der Politik. Unser Fach hat sich in der Vergangenheit nicht systematisch genug um die Psychotherapie gekümmert. Das

wollen wir nun mit der Novellierung der Weiterbildung ändern. Die Psychotherapie soll so integriert werden, dass die Weiterbildungsassistenten in der Richtlinien-therapie so gut ausgebildet werden, dass sie mindestens für ein Verfahren eine qualifizierte Therapie anbieten können. Allerdings dürfen wir nicht vergessen, dass die psychologischen Psychotherapeuten vor allem ambulant behandeln. Sie konzentrieren sich vorwiegend auf das Segment der affektiven Erkrankungen, also Depressionen, Ängste und Zwangserkrankungen. In diesem Segment ist Psychotherapie oftmals angezeigt. Wir Fachärzte haben hingegen einen Vollversorgungsauftrag. Neben den affektiven Störungen behandeln wir auch Suchtpatienten oder Menschen mit Demenz.

Montgomery: In diesem Zusammenhang müssen wir auch über die Honorierung sprechen, die eine nicht unerhebliche Problematik darstellt.

Falkai: In der Tat. Einem ambulant tätigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie steht für die Behandlung eines chronisch Kranken mit einer Depression im Quartal pauschal 45 Euro zur Verfügung. Hingegen wird eine einzelne Therapiestunde in der rein psychotherapeutischen Behandlung von den Krankenkassen mit circa 80 bis 90 Euro honoriert – egal ob ärztlich oder psychologisch. Dadurch arbeiten immer mehr niedergelassene Psychiater ausschließlich als ärztliche Psychotherapeuten – und fehlen in der fachärztlichen Versorgung. Denn warum sollte sich ein junger Facharzt niederlassen, jeden Tag viele Patienten behandeln und dafür relativ schlecht bezahlt werden?

Montgomery: Die pauschale Vergütung im ambulanten Bereich ist völlig unzureichend – das ist eine Tatsache.

Falkai: Die Psychiater und Nervenärzte im ambulanten Bereich sind für die Versorgung zentral. Wenn sich immer weniger dafür entscheiden sich niederzulassen, kommt es zu Versorgungsengpässen. Die Lage wird sich schon allein altersbedingt zuspitzen, denn viele dieser Ärzte sind heute um die 55 Jahre alt. Welche Auffangmodelle sehen Sie?

Montgomery: Auch hier lautet meine Philosophie: Möglichkeiten schaffen. Mit dem Beschluss, mehr ambulante Praxis in die Weiterbildung zu integrieren, gehen wir genau diesen Weg. Auf dem Ärztetag im Mai 2013 ist es uns gelungen, die große Ärztegewerkschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die großen Verbände zusammenzubringen und zu einem gemeinsamen Papier zu bewegen. Diesen Beschluss gilt es nun, mit Inhalten zu füllen – und es muss dafür das notwendige Geld gefunden werden. Damit wir den jungen Menschen in der Weiterbildung die Sicherheit bieten können, die sie benötigen.

Falkai: Sicherheit inwiefern?

Montgomery: Nach Abschluss des Medizinstudiums – also mit rund 25 bis 27 Jahren – beginnt für die angehenden Ärzte die Weiterbildungszeit. Die meisten starten ihre Laufbahn mit einem Tarifgehalt in einer Klinik. Gleichzeitig beginnt in diesem Alter auch die Familiengründung. Nach der Klinik folgt die Weiterbildung in der Ambulanz oder in der ambulanten Versorgung. Unsere Aufgabe ist es, Strukturen zu schaffen, die einen nahtlosen Übergang möglich machen. Kliniken und der ambulante Bereich müssen in einem zirkulären System eng zusammenarbeiten. Junge Ärzte müssen von der Klinik in die ambulante Versorgung zu ähnlichen Arbeitsbedingungen und mit der gleichen Arbeitsplatzgarantie wechseln können. Jedoch können die niedergelassenen Kollegen – abgesehen von einigen Großpraxen – selten ein Tarifgehalt bezahlen. Wo bleibt da die Sicherheit für die jungen Ärzte? Wir haben noch einen weiten Weg vor uns, doch der längste Marsch beginnt ja bekanntlich mit dem ersten Schritt.

PROF. DR. PETER FALKAI

Past President der DGPPN

Medizinstudium in Düsseldorf und London, 1987
 Approbation und Promotion, 1992 Facharzt für Psychiatrie, 1995 Habilitation an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 1998 Anerkennung Zusatztitel Psychotherapie

2002–2006 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

2006–2012 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

2011–2012 Präsident der DGPPN

seit 2012 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

PROF. DR. FRANK ULRICH MONTGOMERY

Präsident der Bundesärztekammer

Medizinstudium in Hamburg und Sydney, 1979 Approbation und Promotion, 1986 Facharzt für Radiologie

seit 1983 Vorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg, seit 2007 Ehrenvorsitzender des Marburger Bundes

1994–2002 und seit 2006 Präsident der Ärztekammer Hamburg

1987–2002 und seit 2006 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer

seit 2011 Präsident der Bundesärztekammer

2012 Ehrenprofessur der Stadt Hamburg

VERSORGUNG

PSYCHISCH KRANKE – STIEFKINDER DES GESUNDHEITSWESENS?

Bericht über das Hauptstadtsymposium der DGPPN am 24. Juni 2013

Deutschlands Gesundheitsversorgungssystem steht vor großen Aufgaben: Der demografische Wandel und die zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Bereich psychischer Erkrankungen führen zu wachsenden Versorgungsproblemen. Die DGPPN fordert deshalb die beteiligten Akteure zu schnellem und entschlossenem Handeln auf und lud am 24. Juni 2013 zum Hauptstadtsymposium „Psychisch Kranke – Stiefkinder des Gesundheitswesens?“ nach Berlin ein. Mit Versorgungsforschern, Fachvertretern sowie Bundestagsabgeordneten diskutierte sie über die dringendsten Probleme und ihre Bewältigung.

Die gute Nachricht vorab: In der Analyse der Schwierigkeiten, denen Patienten und Praktizierende im Gesundheitssystem begegnen, waren sich die Referenten und Diskutanten weitgehend einig. Demnach ist eines der Hauptprobleme, dass „der individuelle Behandlungsbedarf nicht ausreichend vom Behandlungsangebot und nur ungenügend von den willkürlichen Finanzierungsstrukturen gedeckt ist“, wie DGPPN-Präsident Prof. Wolfgang Maier ernüchternd feststellte.

Diese Feststellung untermauerte Dr. Iris Hauth, President Elect der DGPPN, anhand einer Vielzahl von Daten: Trotz einer zunehmenden Inanspruchnahme von Behandlung stehen immer noch weniger als 50% der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Kontakt mit ärztlichen oder psychologischen Diensten – sogar bei schwerer Krankheitsausprägung.

Prof. Dr. Frank Jacobi von der Psychologischen Hochschule Berlin beleg-

te den steigenden Versorgungsbedarf psychischer Erkrankungen an neuen (aber noch vorläufigen) Ergebnissen des Deutschen Gesundheitssurveys.

Gründe für den sogenannten „German Treatment Gap“ fand Prof. Dr. Hans-Joachim Salize vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim einerseits in der Versorgungsdiversifizierung und in der Fragmentierung der Finanzierung andererseits.

Die Betroffenen-Vertreter Dietmar Geissler (DGBS) und Gudrun Schliebener (BApK) stellten fest, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber Menschen mit somatischen Krankheiten, was Versorgungs- und Finanzierungsangebote angeht, weiterhin benachteiligt würden.

Prof. Dr. Karl Heinz Beine machte in seinem Vortrag klar, dass Betroffene mit Sicherheit eines nicht seien: Nutzenmaximierer. Im Gegensatz zu dem, was der englische Begriff für Patient „User“ suggeriere, lehnten Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Behandlung mit zunehmenden Schweregrad ab.

Die Realitäten der fachärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich sind insbesondere durch unflexible Finanzierungsstrukturen gekennzeichnet wie Dr. Frank Bergmann (BVDN) und Dr. Christa Roth-Sackenheim (BVDP) nachdrücklich bemerkten. Eine pauschale Quartalsvergütung von 43,12 Euro pro Patient gehe an dessen Versorgungsbedarf vorbei und setze die falschen Anreize.

Am Ende der Veranstaltung begrüßte der Moderator Dr. Thomas Kunczik neben Prof. Maier die Abgeordneten Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/



Die Grünen), Hilde Mattheis (SPD) und Lothar Riebsamen (CDU) auf dem Podium. Ihre Statements ließen erkennen, dass die Politik an Problembewusstsein bezüglich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugelegt hat. So kündigten die Vertreterinnen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen jeweils ein Grundsatzpapier zu diesem Thema an. Lothar Riebsamen sprach sich für eine stärkere Verzahnung der Sektoren und Dienstleister aus, betonte jedoch die Eigenverantwortung der an der Versorgung beteiligten Akteure.

Den ausführliche Bericht zum Hauptstadtsymposium und die Vorträge finden Sie auf www.dgppn.de > Veranstaltungen.

27.–30. NOVEMBER 2013 | ICC BERLIN

DGPPN KONGRESS 2013

Mit dem Leitthema „Von der Therapie zur Prävention“ rückt der DGPPN Kongress 2013 ein hochaktuelles Thema in den Vordergrund. Über 600 Einzelveranstaltungen stehen auf dem wissenschaftlichen Programm, mehr als 1600 renommierte Referentinnen und Referenten sind aktiv dabei.

Die Fortschritte krankheitsbezogener Forschung haben überall in der Medizin Früherkennung und -intervention zum Durchbruch verholfen und somit einen Gewinn an gesunden Lebensjahren ermöglicht. Bereits eine Veränderung von Lebensstilen kann zur Reduktion von Krankheitsrisiken und zu einer längeren Lebenszeit führen. Dies gilt auch für psychische Erkrankungen.

Aktuelle Gesetzesinitiativen unterstreichen diese Akzentverschiebung zur Prävention. Der DGPPN Kongress 2013

greift die aktuellen Entwicklungen mit einer Reihe hochkarätiger Veranstaltungen auf. Eine versorgungspolitische Diskussionsrunde geht der Frage nach, wer denn eigentlich für die Prävention psychischer Erkrankungen verantwortlich ist. Das Präsidentensymposium „Psychische Erkrankungen und Arbeit“ stellt konkrete Präventionskonzepte vor. In Lectures werden Präventionsprogramme für Essstörungen und Suizidalität präsentiert – unter anderem von Danuta Wasserman, der Präsidentin der eu-

ropäischen Gesellschaft für Psychiatrie, EPA.

Auch den neurobiologischen Grundlagen von Prävention wird sich der Kongress in verschiedenen Symposien widmen. Dass Primärprävention auch durch Gesundheitsaufklärung möglich ist, zeigt der Bestseller-Autor und Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung Gerd Gigerenzer in seinem Plenarvortrag „Gesundheit als Bildungsproblem?“ auf.

Ein zentrales Thema für die Behandlung psychisch kranker Menschen ist die deutlich gewachsene Sensibilität für das Thema Autonomie und Selbstbestimmung und für Patientenrechte. Die Umsetzung der UN-Behindertenkonvention, das neue Betreuungsrecht und die laufende Neuordnung der psychiatriebezogenen Landesgesetze steigern deren Relevanz. Auch werden über die Diskussion dieser ethischen und juristischen Fragen im nationalen Kontext hinaus ausländische Expertinnen und Experten alternative Lösungen und internationale Entwicklungen diskutieren. Zu diesem Themenkomplex wird es eine Reihe internationaler Foren geben.

IM DIALOG MIT DER ÖFFENTLICHKEIT

Welche Themen der Psychiatrie bewegen die Öffentlichkeit? Welche Erwartungen stellen Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörige an die Psychiatrie? Der Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen, ihren Angehörigen und der Öffentlichkeit ist der DGPPN als medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaft äußerst wichtig. Deshalb finden auch auf dem diesjährigen Kongress eine Reihe von Veranstaltungen statt, die sich an einen breiten Teilnehmerkreis wenden.

Öffentliche Veranstaltung: Laien fragen, Experten antworten

I. Wie schütze ich mich vor psychischen Erkrankungen?

Schülerveranstaltungen

- I. Können Computerspiele süchtig machen?
- II. Wie viel Facebook ist noch gesund?

Lehrer- und Elternveranstaltungen

- I. Die neurobiologische Verankerung von Lernerfahrung
- II. Welche Risiken birgt die Nutzung von Computerspielen?

Triolog Forum

- I. Psychopharmaka: Fluch oder Segen – am Beispiel der bipolaren Störung
- II. Psychopharmaka: Fluch oder Segen – am Beispiel der psychotischen Störung

Termine und weitere Informationen auf www.dgppn.de



JETZT ANMELDEN!

- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- DGPPN Akademie für Fort- und Weiterbildung
- Kongress-App und Live-Webcasts
- International Track
- Nachwuchsprogramm mit Kongressstipendien für Medizinstudierende
- Kongresskindergarten

Melden Sie sich jetzt an und sichern sich bis zum 31. August 2013 die vergünstigte Kongressgebühr!
www.dgppn.de/kongress

AKTUELLE THEMEN SOWIE HOCHKARÄTIGE EXPERTINNEN UND EXPERTEN

Auf dem DGPPN Kongress stehen zudem aktuelle Themen und Fragen des Fachs im Zentrum: So wird die Diskussion um das amerikanische Diagnosesystem DSM-5 fortgesetzt, das auch in Deutschland eine heftige öffentliche Debatte um die Diagnostik psychischer Erkrankungen ausgelöst hat.

Unter anderem wird der DSM-5 Kritiker Allen Frances über die Grenzen psychischer Krankheit diskutieren.

Die enormen Fortschritte in der Erforschung der neurobiologischen Basis zwischenmenschlichen und sozialen Verhaltens haben das Verständnis psychischer Krankheiten sehr bereichert. Die neue Disziplin „Emotional and Social Neuroscience“ deckt die neuronalen Grundlagen des Erlebens und Verhaltens auf, die das Verständnis von psy-

chischen Erkrankungen ebenso wie von menschlichem Verhalten in Gesellschaft und Wirtschaft grundlegend verändern. Plenarvorträge von namhaften Wissenschaftlern werden diese Zusammenhänge beleuchten.

Der Neurobiologe Michael Meaney wird über Epigenetik und öffentliche Gesundheit und der Wirtschaftswissenschaftler Ernst Fehr wird über die Rolle von Fairness in Märkten, Organisationen und bei individuellen Entscheidungen sprechen.

Translationale Forschung gilt als Erfolgsrezept in der gesamten Medizin. Die Anwendung der Fortschritte in der Grundlagenforschung in der Entwicklung neuer Interventionsstrategien zur Krankheitsbekämpfung prägt die klinische Forschung auch in unserem Fach. **Ein Forum zur „Innovativen Depressionstherapie“ mit Alan F. Schatzberg und Florian Holsboer zeigt zukunftsweisende Perspektiven auf.**

Werfen Sie einen Blick ins Einladungsprogramm.

Das vorläufige Kongressprogramm sowie aktuelle Informationen rund um den Kongress finden Sie auf www.dgppn.de/kongress

VORSTAND IM PROFIL

ENGAGEMENT AUS LEIDENSCHAFT

Wer ist eigentlich der Vorstand der DGPPN? In einer sechsteiligen Serie stellt Psyche im Fokus die Personen vor, die für die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft zuständig sind. Wie sehen sie die Zukunft des Fachs? Was möchten sie erreichen? Und wo sehen sie die größten Herausforderungen? Drei Vorstandsmitglieder stehen in jeder Ausgabe Rede und Antwort.



BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med.

Sabine C. Herpertz

Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universität Heidelberg

[sabine.herpertz](mailto:sabine.herpertz@uni-heidelberg.de)

[@uni-heidelberg.de](https://www.instagram.com/sabine.herpertz)

Angenommen, Sie haben einen Wunsch beim Gesundheitsminister frei – wie würde dieser lauten?

Erkennen Sie an, dass die Behandlung kranker Menschen, umso mehr wenn sie psychisch krank sind, der menschlichen Zuwendung und des Zuhörens bedarf und damit Zeit erfordert. Ersparen Sie uns einen Wust an Dokumentation, die keinem Patienten hilft, aber ärztliche Tätigkeit unattraktiv macht.

Warum sollten sich junge Ärzte für die Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden?

Unser Fachgebiet ist besonders vielseitig, herausfordernd und zukunftssträchtig – und es fordert uns als Mensch. Die Psychiatrie lebt von der Spannung, die aus der biopsychosozialen Genese psychischer Erkrankungen erwächst. Nie zuvor in der psychiatrischen Forschung sind Biologie und Umwelt, Pharmakotherapie und Psychotherapie, Neurowissenschaften und Psychopathologie, Grundlagenwissenschaften und Versorgungsforschung in einen so spannenden Diskurs getreten.

Zusätzlich engagieren Sie sich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was motiviert Sie dazu?

Ich möchte die Psychotherapie in unserem Fach stärken, weil ich davon überzeugt bin, dass sie jedem psychisch Kranken zugute kommen soll. Dies erfordert eine adäquate, auf die Bedürfnisse unserer Patienten hin angepasste Weiterbildung in Psychotherapie für unseren Nachwuchs, angemessene Forschungsförderungen für besonders aufwendige Forschungsdesigns und die Sicherung des notwendigen zeitlichen Freiraumes im klinischen Alltag.

Krimi oder Romanze? Beziehungsdramen sind am spannendsten.

Pünktlich oder zu spät? Wäre gerne pünktlich.

Füller oder Tastatur? Hacken wie ein Wiesel.

Sport oder Sofa? Sport ist Mord.

Exotisch oder gutbürgerlich? Schön, dass ich als Psychiaterin ruhig etwas exotisch sein kann.

PERSONALIA

EPA-WAHLEN – NEUE ÄMTER

Die Vorstandsmitglieder der DGPPN engagieren sich in vielfältigen Zusammenhängen und besetzen auch internationale zentrale Funktionen. Neu gewählt wurden:

Prof. Wolfgang Gaebel (ehemaliger Präsident der DGPPN) als neuer President Elect der European Psychiatric Association (EPA). Er übernimmt die zweijährige EPA-Präsidentschaft ab dem 1. Januar 2015.

Prof. Peter Falkai und Prof. Andreas Heinz, die ebenfalls in den Vorstand der EPA berufen wurden. Prof. Falkai übernimmt zudem für die nächsten zwei Jahre das Amt des Vorsitzenden des EPA-Rats der nationalen Gesellschaften (NPAs). Als solcher repräsentiert er den Rat mit seinen 33 nationalen Gesellschaften aus 30 europäischen Ländern im Vorstand der EPA.



**VERTRETER PSYCHIATRISCHE
KLINIKEN AN ALLGEMEIN-
KRANKENHÄUSERN**

Prof. Dr. med. Arno Deister
Direktor des Zentrums für Psycho-
soziale Medizin,
Klinikum Itzehoe
a.deister@kh-itzehoe.de

Welches sind die größten Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Die medizinischen Angebote allgemein – auch ganz besonders die der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – müssen sich zukünftig noch mehr am Bedarf und an den psychischen sowie sozialen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Das ist für mich der wesentliche Maßstab für Qualität im Gesundheitswesen. Auch die Gesundheitsförderung und Prävention sollten stärkere Aufmerksamkeit bekommen. Das heißt natürlich auch, dass wir wegkommen müssen von den rigiden Grenzen zwischen verschiedenen Behandlungsformen.

Wie bringen Sie Klinikalltag und Privatleben zusammen?

Das ist nicht immer einfach. Doch es funktioniert dann ziemlich gut, wenn es mir gelingt, mir Freiräume für den privaten Bereich zu schaffen – zeitlich, gedanklich und auch emotional. Denn dies kommt dann der beruflichen Tätigkeit auch wieder zugute. Das Wichtigste aber: Die berufliche Arbeit macht mir viel Freude und ist befriedigend.

Sie engagieren sich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was möchten Sie damit erreichen?

Ich bin jetzt seit zweieinhalb Jahren im Vorstand der DGPPN. In dieser Zeit ist mir sehr deutlich geworden, dass wir uns als Ärzte ganz persönlich und auch gesellschaftlich einsetzen müssen für die Belange unserer Patienten – und auch für unser Fach. Das geht nur in einer starken Fachgesellschaft, die alle beteiligten Gruppen vertritt – und das sehe ich in der DGPPN.

Krimi oder Romanze? Der Beruf ist ja oft Krimi genug ...

Pünktlich oder zu spät? Eigentlich ... möchte ich pünktlich sein.

Füller oder Tastatur? Mail mit Füller – das wär's.

Sport oder Sofa? Meinen Patienten rate ich zu Sport.

Exotisch oder gutbürgerlich? Gutbürgerlich kann ganz schön exotisch sein.



**BEISITZER FORENSISCHE
PSYCHIATRIE**

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Chefarzt der Asklepios Klinik für
Forensische Psychiatrie und Psycho-
therapie Göttingen
ju.mueller@asklepios.com

Gibt es genügend Psychiater in Deutschland? Und sind diese angemessen bezahlt?

Nein, insbesondere in der forensischen Psychiatrie sind Ärzte inzwischen Mangelware. Händeringend werden Fach- und Assistenzärzte für die Behandlung straffällig gewordener psychisch Kranker gesucht. Dabei warten gerade hier besondere Herausforderungen, da nur die fachgerechte Behandlung gefährlicher Patienten letztlich die Sicherheit der Bevölkerung gewährleistet.

Würden Sie Ihrem Kind empfehlen, Psychiater zu werden?

Ja, uneingeschränkt. Und wenn bis dahin die neurowissenschaftliche Forschung ganz im Behandlungsalltag angekommen sein wird, noch viel mehr.

Für den Vorstand der DGPPN arbeiten Sie ehrenamtlich. Wie sieht diese Arbeit aus?

Aktuelle, das Fach betreffende Entwicklungen verfolgen, Stellung dazu beziehen und gerne auch nachhaltig Standpunkte vertreten. Insgesamt geht es darum, das Fach fortzuentwickeln und für mich insbesondere die Forensische Psychiatrie als spezialisiertes Fach der Psychiatrie zu festigen.

Krimi oder Romanze? Krimi, manchmal mit, meistens ohne Romanze.

Pünktlich oder zu spät? Hauptsache rechtzeitig.

Füller oder Tastatur? Tastatur, Bildschirm und Tippex.

Sport oder Sofa? Erst der Sport, dann das Sofa.

Exotisch oder gutbürgerlich? Geht es hier ums Essen?

UMFRAGE ZUR ZERTIFIZIERUNG DER WEITERBILDUNG

NUTZEN UND ANFORDERUNGEN DES DGPPN-ZERTIFIKATES

Was erwarten Assistenzärztinnen und -ärzte, wenn sie ihre Facharztweiterbildung beginnen? Worauf achten sie, wenn sie sich über Weiterbildungseinrichtungen informieren? Was könnte die Entscheidung approbierter Ärztinnen und Ärzte bei der Wahl der Weiterbildungseinrichtung beeinflussen? Welche Standards muss eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für die Weiterbildung ihrer Ärztinnen und Ärzte erfüllen?

Vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels in der Medizin in Deutschland begleiten solche Fragen auch viele Leiterinnen und -leiter von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie sind bestrebt, Qualitätsstandards zu erreichen und deren Einhaltung dauerhaft sicherzustellen sowie interne Strukturen zu optimieren, damit die eigene Einrichtung wettbewerbsfähig bleibt.

Junge Ärztinnen und Ärzte setzen sich früh mit ihrer beruflichen Zukunft auseinander und haben hohe Ansprüche. Sie wollen zu Recht wissen, wie ihr Arbeitsalltag aussieht, wie konkurrenzfähig ihr Arbeitgeber ist und welche Perspektiven ihnen angeboten werden. Sind sie nicht von einer Weiterbildungseinrichtung überzeugt, setzen sie ihre Suche fort. Der Nachwuchs wird heute mit guter Arbeitsatmosphäre, Familienfreundlichkeit, Fortschritt und Innovation im qualitativen wie im quantitativen Sinn umworben. Eine entscheidende Rolle bei der Werbung um die besten Kräfte können auch Qualitätssiegel spielen. Denn wer von nationalen oder internationalen Fachgesellschaften und Organisationen als zukunftsweisend im Bereich Weiterbildung anerkannt wird, ist attraktiv.

Zu diesem Ergebnis kommt auch die neueste DGPPN-Umfrage, die unter den von der DGPPN zertifizierten Fachkliniken als Weiterbildungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie durchge-

führt wurde. An der Befragung nahmen 17 Einrichtungen teil, 16 davon geben als Hauptgrund für die Zertifizierung die Wettbewerbsfähigkeit für die Nachwuchsgewinnung an. Seit der Zertifizierung verzeichnen ein Viertel der Befragten eine deutliche und fast zwei Drittel eine leichte Verbesserung in der Qualitätsentwicklung der Facharztweiterbildung innerhalb der eigenen Klinik. Die DGPPN-Zertifizierung habe sich vor allem positiv auf die Weiterbildungsprogramme, die Konkurrenzfähigkeit und die Mitarbeiterzufriedenheit ausgewirkt. Das Interesse von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sei ebenfalls gestiegen. Jeder dritte Klinikleiter gibt an, dass er von Assistenzärztinnen und -ärzten auf die DGPPN-Zertifizierung angesprochen wurde. Insgesamt wird das Zertifizierungskonzept der DGPPN sehr begrüßt. So gut wie alle Befragten würden Kolleginnen und Kollegen eine Erstzertifizierung weiterempfehlen und möchten nach Ablauf der Zertifikatgültigkeit (fünf Jahre) eine Re-Zertifizierung in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen deutlich, dass die DGPPN ein wichtiges Signal für eine einheitliche Qualitätssicherung der Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie gesetzt hat.

Das Zertifizierungsprogramm für Kliniken erfolgt in Anlehnung an die Richtlinien der Europäischen Facharztgesellschaft „Union Européenne des Médecines Spécialistes“ (UEMS). Im Jah-

re 2004 wurde zunächst die Lübecker Universitätsklinik als erste deutsche Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie nach den Richtlinien der UEMS von einer europäischen Kommission zertifiziert. Es folgte ein Jahr danach die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Freiburger Universitätsklinik. Seit 2007 bietet die DGPPN jeder deutschen Weiterbildungsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie dieses Zertifizierungsprogramm als ein Instrument zur Optimierung der Weiterbildungsbedingungen an. Die Zertifizierung wird unter Berücksichtigung der nationalen Standards, jedoch unabhängig von den Ärztekammern, durchgeführt. Dabei strebt die DGPPN an, zur Verbesserung der Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie an Universitäts- und Versorgungskliniken beizutragen und notwendige Qualitätssicherungsstandards flächendeckend zu etablieren.

Die Zertifizierung als Weiterbildungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie beinhaltet drei wesentliche Schritte: Antragstellung, Visitation, Urkundenausstellung. Die Visitation findet an zwei aufeinander folgenden Tagen nach einem im Vorfeld festgelegten Zeitplan statt. Das Visitationsteam besteht aus einem Vertreter des Zertifizierungsausschusses der DGPPN, in der Regel ein habilitierter Klinikleiter beziehungsweise Ordinarius, und einem Vertreter der Jungen Akademie. Bei der Visitation werden alle Teile der Klinik begutacht-



Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

ZiP gGmbH, Campus Kiel und Campus Lübeck

Initiator und Verantwortlicher des DGPPN-Klinikzertifizierungsprogrammes

„WEITERBILDUNG DEFINIERT DAS FACH UND BESTIMMT DIE QUALITÄT PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHEN HANDELNS. ALS ERSTE FACHGESELLSCHAFT HAT DIE DGPPN MIT EINFÜHRUNG DES VISITATIONSPROGRAMMS MASSSTÄBE IN DER QUALITÄTSSICHERUNG DER WEITERBILDUNG GESETZT.“

tet, in denen das Weiterbildungsprogramm durchgeführt wird. Die Visitationen sprechen mit den zuständigen Ausbildern sowie mit den Weiterbildungsassistenten, wobei alle Informationen vertraulich behandelt werden.

Die Visitationskommission bewertet die Einrichtung unter anderem nach den national festgelegten Kriterien in der (Muster-)Weiterbildungsordnung beziehungsweise nach den in den modifizierten Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern aufgeführten Merkmalen.

Da die Erteilung des Zertifikats mit hohen Anforderungen verbunden ist, nimmt die Vorbereitungszeit eine gewisse Zeit in Anspruch. Bereits in dieser Phase, die bis zu einem Jahr dauern kann, werden häufig viele klinikinterne Verbesserungsmaßnahmen angestoßen. Die DGPPN unterstützt interessierte Einrichtungen in aller Form, die ein Teil des Weiterbildungsnetzwerks in Psychiatrie und Psychotherapie werden möchten. Sie plant ein jährliches Forum auf dem Kongress, auf dem sich Leiterinnen und Leiter von zertifizierten Kli-

niken und Interessierte treffen, um sich auszutauschen.

Wenn Sie zum DGPPN-Weiterbildungsnetzwerk in Psychiatrie und Psychotherapie gehören möchten, sprechen Sie uns gern an. Es ist unser aller Interesse, zukunftsfähige Modelle und geeignete Rahmenbedingungen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildung zu schaffen, um dem drohenden Nachwuchsmangel entgegenzuwirken.

STANDORTE DER KLINIKEN MIT DGPPN-ZERTIFIKAT:

Alle zertifizierten Kliniken finden Sie auf www.dgppn.de > Karriere und Perspektiven > Zertifizierungen.



IN FÜNF SCHRITTEN ZUM DGPPN-ZERTIFIKAT

- 1 Auf www.dgppn.de > Karriere > Zertifizierungen Antragsformular und Fragebogen herunterladen und ausgefüllt samt erforderlichen Unterlagen an die DGPPN per E-Mail oder Post senden
- 2 Termin für Visitation gemeinsam mit der DGPPN finden
- 3 Vor Ort dem DGPPN-Visitationsteam die eigene Klinik und das Weiterbildungsprogramm vorstellen
- 4 Nach erfolgreicher Visitation die Zertifizierungsgebühr überweisen und zum Visitationsbericht Stellung nehmen
- 5 Sie bekommen eine DGPPN-Urkunde sowie ein digitales Siegel für die Dauer von fünf Jahren

WARUM ZERTIFIZIEREN LASSEN?

Dr. med. Dr. phil. Bruno Steinacher, MBA, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik/Gerontopsychiatrie des Vivantes Wenckebach-Klinikums, Berlin zu den Vorteilen einer Zertifizierung.

Herr Dr. Steinacher, warum haben Sie sich für eine Zertifizierung entschieden?

Der Fachkräftemangel in der Medizin erschwert zunehmend die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Tätigkeit in den Kliniken. Diese Entwicklung hat sich vor allem im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fächer in den letzten Jahren zugespitzt.¹ Inzwischen erhalten wir sogar in den an sich noch bevorzugten Metropolregionen spürbar weniger oder weniger geeignete Bewerbungen.

Gleichzeitig wissen wir aus repräsentativen Umfragen, dass neben Betriebsklima, flexibler Arbeitszeitgestaltung oder Führungsstil auch die Weiterbildungssituation in der jeweiligen Krankenhausabteilung einen grundlegenden Faktor für deren Attraktivität beziehungsweise die dortige Arbeitszufriedenheit darstellt. Dabei sind zuverlässige Struktur, verbindliche Pläne, regelmäßiges Feedback und gesicherte Rotationsmöglichkeiten zu Recht eingeforderte Bausteine der Ausbildung. Genau diese werden im Rahmen der Zertifizierung überprüft. Sie erfüllt somit die Funktion externer Qualitätskontrolle und -dokumentation.

Welche Vorteile hat eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungseinrichtung von einer Zertifizierung nach den Richtlinien der DGPPN?

Durch das Weiterbildungszertifikat der Fachgesellschaft können wir objektiv nachweisen, dass die hierfür rele-

vanten Aspekte berücksichtigt und alle Voraussetzungen gewährleistet sind. Neben formalen Anforderungen an die Weiterbildung spielten im Rahmen des Zertifizierungsprozesses auch Aspekte wie Arbeitsatmosphäre, Ausstattung der Arztzimmer, Sicherheitsfragen oder die Einarbeitungsmethodik für neue Mitarbeiter eine Rolle. Wir erhoffen uns deswegen auch Vorteile bei der Rekrutierung und langfristigen Bindung von Mitarbeitern an unser Team. Objektiv gut ausgebildete Ärzte erbringen am ehesten qualitativ hochwertige Medizin – sicher auch ein wichtiges Kriterium für Patienten und Zuweiser.



Welche Auswirkungen beziehungsweise Bedeutung hat die Zertifizierung für Sie konkret?

Wir werden den ausführlichen Zertifizierungsbericht detailliert durcharbeiten, um unsere Stärken weiter auszubauen und Schwachstellen zu minimieren. Da wir neben der Wirkung nach innen auch auf Außenwirksamkeit hoffen, wird der Zertifizierungsprozess und dessen Ergebnis sowohl auf unserer Homepage dargestellt wie auch bei künftigen Stellenausschreibungen angeführt werden.

Wann haben Sie mit der Vorbereitung der Zertifizierung begonnen und wie sah der Zeitplan bis zur Visitation vor Ort im März 2013 aus? In welchem Bereich haben Sie die meiste Arbeit investiert?

Wir hatten einen circa einjährigen Vorlauf von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Visitation vor Ort. Neben den Vorarbeiten und Antragsformalitäten nahm es allerdings auch einige Wochen in Anspruch, einen für alle Seiten geeigneten Termin für die zweitägige Visitation zu finden und zu organisieren. Die schriftliche Bearbeitung des DGPPN-Fragebogens und somit vor allem die Darstellung unseres Weiterbildungscurriculums nebst Einreichung der geforderten Unterlagen hat für uns die meiste Arbeit verursacht, der Aufwand war jedoch wesentlich geringer als zum Beispiel für eine Zertifizierung gemäß KTQ oder DIN EN ISO.

Und wie geht es jetzt nach der DGPPN-Zertifizierung weiter?

Wie schon skizziert, werden wir anhand des Zertifizierungsberichts weiter an der Verbesserung und Attraktivität unseres Weiterbildungsangebots arbeiten. Nach inzwischen zwei erfolgreichen Zertifizierungen in unserer Abteilung haben wir an solchen Verfahren aber auch „Geschmack gefunden“: Sie verbessern Arbeitsabläufe, stärken den Teamgeist und geben positives Feedback. Vielleicht machen wir uns nun auf den Weg zu weiteren solchen Zielen.

Zunächst aber freuen wir uns über das Erreichte und werden das auch entsprechend feiern.

¹siehe z. B.: Martin, W.: Ärztlicher Arbeitsmarkt – gegenläufige Tendenzen. Dtsch. Ärztebl. 2013; 110(11): A-525

REFERATE AKTUELL

PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

Eine Herausforderung im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention

Autor: Michael Seidel

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist seit 2009 in Deutschland gültig. Sie verbrieft Menschen mit geistigen Behinderungen unter anderem das Recht auf ihren speziellen Bedürfnissen angepasste Gesundheitsleistungen. Das DGPPN-Referat „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ setzt sich für die Umsetzung dieses Rechts in Psychiatrie und Psychotherapie ein.

Seit 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) von 2006 in Deutschland geltendes Recht. Diese internationale Konvention wurde notwendig, weil in vielen Ländern der Welt Menschen mit Behinderungen noch immer nicht umfassend in den Genuss der Rechte kommen, die ihnen bereits durch die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Vereinte Nationen 1948) zustehen. Leider haben auch Bürgerinnen und Bürger mit Behinderungen in Deutschland Grund, über Benachteiligungen und Barrieren in vielerlei Gestalt zu klagen, nicht zuletzt im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die UN-BRK ist ein völkerrechtliches Dokument, dessen Vertragssubjekt die Staaten sind. Aber sie verpflichtet die Unterzeichnerstaaten dazu, die Zivilgesellschaft – darunter Fachgesellschaften und Berufsverbände – in ihre Umsetzung einzubeziehen.

Artikel 25 der UN-BRK verlangt, dass Menschen mit Behinderungen zum einen der gleichen Gesundheitsleistungen teilhaftig werden wie andere Menschen, zum anderen aber auch solche Leistungen erhalten, die sie speziell wegen ihrer Behinderung benötigen.

Im Hinblick auf die strukturellen und fachlichen Defizite in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung für diese besondere Personengruppe hatte die DGPPN schon vor über zehn Jahren das Referat „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ eingerichtet.

Vor der Etablierung des Referats verdeutlichten engagierte Kolleginnen und Kollegen mit Nachdruck den Handlungsbedarf auf diesem bislang vernachlässigten Gebiet. Sie konnten auf internationale Entwicklungen verweisen und davon überzeugen, dass die DGPPN gut beraten ist, sich für dieses Anliegen zu öffnen. Seither hat das Referat kontinuierlich Symposien und Weiterbildungsworkshops im Rahmen der jährlichen DGPPN-Kongresse durchgeführt, sich regelmäßig an den

DGPPN-Facharztintensivkursen beteiligt, zwei Hauptstadtsymposien initiiert und weitere Veranstaltungen auf die Beine gestellt. Gemeinsam mit der Arbeitsgruppe „Geistige Behinderung“ der Bundesdirektorenkonferenz gelang es, das Thema der psychischen Störungen bei geistiger Behinderung in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung zu verankern. Außerdem arbeitete das Referat dem Vorstand für eine Stellungnahme „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen“ (2009) zu. Diese Stellungnahme stellt zwei Forderungen auf: Einerseits muss sich das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem besser als bisher auf psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung einstellen, andererseits werden für besonders komplexe und anspruchsvolle Bedarfslagen spezialisierte Angebote benötigt. Denn das Spektrum psychischer Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung umfasst neben den üblichen psychiatrischen Störungsbildern auch Störungsbilder im Rahmen genetisch bedingter Syndrome, häufig epilepsiebezogene Störungsbilder und vor allem oft das sogenannte Problemverhalten. Bei Letzterem gehen die problematischen Verhaltensweisen nicht in den üblichen psychiatrischen Diagnosen auf, sondern können nur aus dem Konflikt zwischen individuellen Verhaltensdispositionen und inadäquater Anforderungen der sozialen und physischen Umwelt erklärt werden. Darüber hinaus sind für die Diagnostik und für die Planung geeigneter Interventionen unter anderem entwicklungspsychologische und entwicklungspsychiatrische Kompetenzen und Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung erforderlich.

Die wachsende Aufmerksamkeit innerhalb der DGPPN für die Umsetzung der UN-BRK bekräftigt das Engagement des Referates und bringt zugleich neue Herausforderungen an die inhaltliche Arbeit mit sich.

PROF. DR. MED. MICHAEL SEIDEL

Ärztlicher Direktor

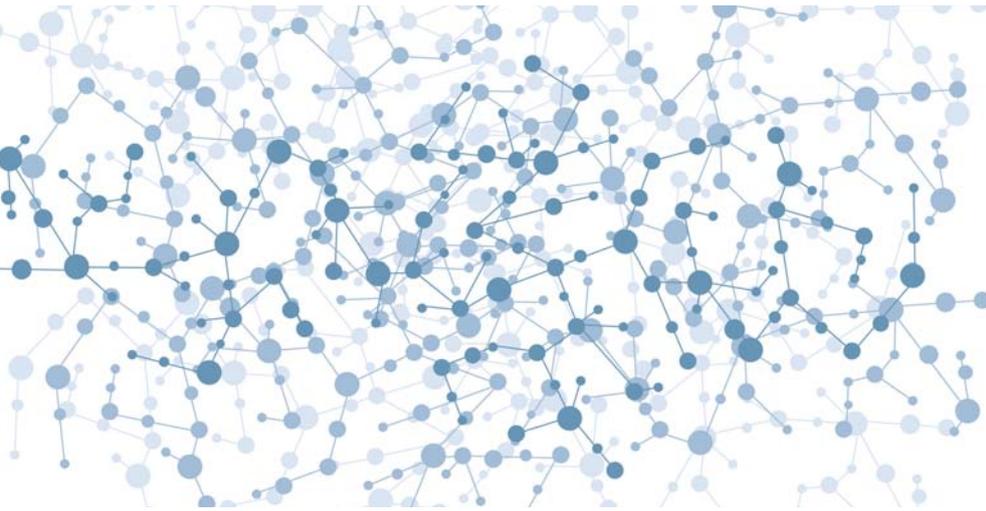
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Stiftung Bethel.regional

JUNGE AKADEMIE DER DGPPN

BERUFSZIEL PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Die Junge Akademie setzt sich für eine moderne und zukunftsweisende Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie ein. Dazu bringt sie sich mit vielen Ideen und zahlreichen Projektanstößen in die Facharbeit der DGPPN ein.



Die Junge Akademie vernetzt und bündelt die Initiativen der DGPPN für den Nachwuchs.

Zwölf junge Psychiaterinnen und Psychiater geben der Jungen Akademie ein Gesicht. Sie engagieren sich ehrenamtlich und sektionsbezogen für die Zukunft des Faches. Dabei möchten sie angehende Medizinerinnen und Mediziner für das Berufsbild des Psychiaters begeistern – zum Beispiel indem sie erklären, warum sie sich selbst für den Beruf entschieden haben. Der Austausch mit dem Nachwuchs ist ihnen wichtig. Deshalb zeigen sie in *Psyche im Fokus* auch auf, was junge Ärztinnen und Ärzte bei der Facharztweiterbildung und später in der Berufswelt zwischen Psyche und Somatik erwartet. Sibylle Häfner, Sarah Kayser und Sabine Köhler blicken auf ihre ersten Berührungen mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachdisziplin zurück. Sie erzählen, warum sie das Fach ganz besonders schätzen und mit welchen Erfahrungen sie der Zukunft begegnen wollen.

DER WEG ZUR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Sibylle Häfner setzte sich im dritten PJ-Tertial des Medizinstudiums umfassend mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Inhalten auseinander. Während ihrer Tätigkeit auf einer geschützten Station realisierte sie, wie quälend psychische Erkrankungen für einen Menschen sein können. Zu erleben, wie Patienten nach schwerster Depression wieder Freude am Leben finden, sei eine sehr intensive Erfahrung gewesen. Dennoch entschied sie sich nach Abschluss ihres Studiums zunächst für die Innere Medizin. Doch mit Einführung der Fallpauschalen wurden die Liegezeiten in den Abteilungen für Innere Medizin radikal gekürzt. Die meisten stationären Aufnahmen dienten nunmehr dem Abarbeiten eines Auftrags, bedauert Sibylle Häfner. Deshalb entschied sie sich, in

die Psychiatrie zu wechseln – ein Fach, das ihr mehr Zeit für den Patienten erlaubt.

Bei Sarah Kayser lief es ähnlich. Sie wollte zunächst die Facharztweiterbildung in Neurologie machen. Vor der Psychiatrie habe sie viel Respekt und auch ein wenig Angst gehabt. Als sie im Rahmen der Weiterbildung das vorgeschriebene Jahr in der Psychiatrie antrat, wurde ihr jedoch schnell klar, dass sie ihr Fach gefunden hatte. Jeden Tag empfinde sie neu als eine willkommene Herausforderung. Ihre Arbeit sei bunt, nie langweilig oder routiniert.

Sabine Köhler hingegen machte schon die Psychiatrievorlesung während des Medizinstudiums auf die Fachrichtung aufmerksam. Sie absolvierte das Wahltertial in einer psychiatrischen Klinik. Zu ihrer Facharztweiterbildung gehörte noch die sogenannte „Arzt-im-Praktikum“-Zeit (AiP), die sie an einer Klinik für Innere Medizin antrat. Immer wieder machte sie dort die Erfahrung, dass die beklagten körperlichen Symptome im Zusammenhang mit seelischen und psychischen Beschwerden stehen. Sabine Köhler hätte während dieser Zeit gern über mehr psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz verfügt, um darauf adäquat eingehen zu können. So entschloss sie sich am Ende ihrer AiP-Zeit, nicht Internistin, sondern Psychiaterin zu werden.

NEBENWIRKUNGEN DES BERUFS?

Es ist und bleibt die große Herausforderung der Psychiatrie und Psycho-

Sibylle Häfner ist Fachärztin an der Psychiatrischen Klinik der Universitätsmedizin Göttingen. Sie ist Mutter und Stiefmutter von zwei Töchtern und befindet sich zurzeit in Elternzeit. Sie macht bei der Jungen Akademie mit, weil sie Medizinstudierende für das Fach begeistern möchte.

Sarah Kayser leitet die psychiatrische Institutsambulanz an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bonner Universitätsklinikums. Sie möchte bei der Jungen Akademie ihre eigenen Erfahrungen weitergeben.

Sabine Köhler ist niedergelassene Psychiaterin und Psychotherapeutin. Sie arbeitet in einer großen Gemeinschaftspraxis. Als Vorstandsmitglied des BVDP ist sie außerdem berufspolitisch engagiert. Bei der Jungen Akademie will sie den Blick auf die niedergelassenen Psychiater lenken.

therapie, an der Schnittstelle zwischen psychischen und physischen Leiden zu agieren. Sibylle Häfner bejaht, dass die Arbeit sie in mancher Hinsicht verändert habe. Ob ihr Pragmatismus jedoch nur auf Berufserfahrungen gründe oder vielleicht vielmehr eine „multifaktorieller Genese“ habe, das lasse sich nicht so einfach beantworten.

Auch Sarah Kayser sagt, dass sie aufgrund ihrer Karriereentwicklung ausgeglichener und gelassener geworden sei. Die tägliche Begegnung mit unterschiedlichen Lebensgeschichten bringe sie dazu, viele Dinge im Leben anders zu sehen. Sabine Köhler ergänzt, dass ihr Beruf sie experimentierfreudiger gemacht habe. Als Psychiaterin habe sie die Rolle einer kompetenten Beraterin und gleichzeitig Krisenmanagerin. Dabei dürfe man jedoch die eigenen Grenzen nicht aus dem Blick zu verlieren. Das eigene Wohlbefinden dürfe nicht unter den zum Teil existenziellen Sorgen der Patienten leiden.

WELCHE KOMPETENZEN SIND WICHTIG?

Sibylle Häfner findet, dass Ärztinnen und Ärzte in der Psychiatrie und Psychotherapie vor allem die Offenheit mitbringen müssen, in der Behandlung nach individuellen, auf den Patienten abgestimmten Lösungen zu suchen. Auch Sarah Kayser erlebt täglich, dass jeder Patient anders ist. Als Psychiaterin sei sie zudem manchmal der einzige Arztkontakt für den Patienten, sodass sie viele Faktoren bei der Diagnose und Behandlung berücksichtigen müs-

se. Beide Ärztinnen sind sich einig: Wer ein abwechslungsreiches Arbeitsfeld mit Herausforderungen sucht und sich gerne auf andere Menschen einlässt, der ist in diesem Fach richtig.

Über ihren Beruf sagt Sabine Köhler, dass nur der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowohl das umfassende medizinische Wissen um Krankheiten als auch die psychotherapeutische Kompetenz zur Behandlung besitze. Damit sei er zur Behandlung von psychischen Erkrankungen unverzichtbar. Ihrer Meinung nach muss jedoch die Zusammenarbeit aller Sektoren gestärkt werden. Sie selbst schätzt den Erfahrungsaustausch zwischen Klinikern und niedergelassenen Kollegen als zentral ein. Ein weiterer wichtiger Punkt für Sibylle Häfner: In der Psychiatrie und Psychotherapie lasse sich Beruf und Familie noch recht gut vereinen. Sie spricht sogar von einer Trendwende: Man versuche, dem vermehrten Wunsch, Familie besser mit dem Beruf zu vereinen, nachzukommen und entsprechende Strukturen zu schaffen.

Wenn Sarah Kayser und Sibylle Häfner den Kittel ausziehen, genießen sie den Feierabend wie die meisten berufstätigen Personen. Das macht auch Sabine Köhler, auch wenn sie keinen Kittel bei der Arbeit trägt. Die niedergelassene Ärztin ist Mutter von drei Kindern. In ihrer Freizeit übernimmt sie viele ehrenamtliche Aufgaben und singt im Ensemble. Sibylle Häfner verbringt die Zeit mit ihrer Familie und spielt Geige in einem Streichquartett. Sarah Kayser liest gern und hört klassische Musik, trifft sich oft mit Freunden. An an-

deren Abenden arbeitet sie aber auch nach Feierabend für die Forschung und besucht Fachkongresse im In- und Ausland.

Der befürchtete Fachkräftemangel wird nicht an der Psychiatrie und Psychotherapie vorbeiziehen. Doch das Fach freut sich auf die nächste Generation von Ärztinnen und Ärzten, die mit einer veränderten Erwartungshaltung ihren Berufsweg antreten und mit neuen Impulsen die etablierten Strukturen umgestalten und vielleicht sogar revolutionieren werden. Verlässliche Karrierewege bietet die Psychiatrie und Psychotherapie schon heute – wie auch hervorragende Entwicklungsmöglichkeiten. Und das Fach ermöglicht eine gute Work-Life-Balance mit zahlreichen Perspektiven.

WIR SIND DIE JUNGE AKADEMIE DER DGPPN

Franziska Bässler (Düsseldorf)
Martina Haack (Rostock)
Sibylle Häfner (Göttingen)
Ursula Hämmerer (Chemnitz)
Alkomiet Hasan (München)
Kamila Jauch-Chara (Lübeck)
Sarah Kayser (Bonn)
Sabine Köhler (Jena)
Berend Malchow (München)
Katrin Radenbach (Göttingen)
Anna Thomas (Lübeck)
Bastian Willenborg (Lübeck)

MACH MIT!

Mehr Infos auf www.dgppn.de
 > Junge Akademie

AGORAPHOBIE UND TRAUMATISCHE NEUROSE

DIE GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE ALS SPIEGELBILD DER GESELLSCHAFT

*Die Geschichtsschreibung der Psychiatrie wird seit den 70er Jahren durch zwei große Erzählungen geprägt. In der ersten stellt sich die Entwicklung der Psychiatrie als eine Geschichte der Einsperrung dar. Die zweite Großerzählung hebt auf die gesellschaftliche Normierung von Devianz ab.**

Autor: Volker Hess

Der ersten Erzählung nach wurden im Laufe des 18. Jahrhunderts Asyl- und Hospitäler gegründet, mit denen die soziale Gemeinschaft – Städte und Länder – sich ihrer Probleme entledigten. Unterschiedslos wurden mittellose Arme, Waisen und Gebrechliche, Bettler, Vaganten und Irre ins Asyl verbracht und dort verwahrt. Abgrenzung, Isolierung und Zwangsmaßnahmen gelten nach Michel Foucault als Kennzeichen der „großen Einsperrung“, aus der zur Wende des 19. Jahrhunderts die moderne Psychiatrie hervorging. Die zweite Erzählung stellt die gesellschaftliche Normierung der Devianz in den Fokus. Kriterium der Einsperrung war meist nicht Krankheit, sondern Auffälligkeit. Alles, was nicht in das Bild der zunehmend bürgerlichen Normen vom Gesunden und Anständigen passte, verschwand erst hinter den Mauern der Anstalt und wurde dort in psychiatrischen Krankheitsbildern verdichtet. Die Pathologisierung sozialer und gesellschaftlicher Auffälligkeit und Abweichung wirke bis heute fort.¹

Beide Großerzählungen fokussieren auf ein Spiegelbild der gesellschaftlichen Entwicklung. Sie thematisieren relevante Probleme, nämlich den Umgang mit institutioneller Macht, die Bevormundung und Entmächtigung von Kranken in solchen Einrichtungen. Sie zeigen die Deutungsmacht der Medizin im Allgemeinen und der Psychiatrie im

Besonderen auf, soziale Auffälligkeit als Krankheit zu definieren und zu behandeln – seien es nun Kriegszitterer, Psychopathen oder die Zappelphilippe unserer Tage. Sie bringen die große Skepsis gegenüber einer unheiligen Allianz von Staat und Wissenschaft zum Ausdruck, die sich in der Medikalisierung und Pathologisierung sozialer Probleme vollzog. Und sie legen schließlich den Finger auf eine ordnungspolitische Funktion, die der Psychiatrie bis heute zukommt. Beide Großerzählungen haben in den letzten Jahrzehnten wesentlich dazu beigetragen, den tiefgreifenden Wandel der Psychiatrie in einen historischen Erklärungs- und Rechtfertigungskontext einzubetten. Das ist die Aufgabe von Geschichte – und darin liegt die Bedeutung dieser beiden Beschreibungsmodelle.

Der Psychiatrie stellen sich heute jedoch ganz andere Probleme: Immer ausgefeiltere neuropathologische Deutungsmodelle mit sehr beschränkten therapeutischen Folgen einerseits, ambulanter Behandlung, Sektorisierung und Drehtürpsychiatrie andererseits sind die neuen Herausforderungen.² Welche Entwicklungen spiegelt diese neue Offenheit der Psychiatrie? Warum lässt sich die Frage nach dem Umgang mit Devianz nicht mehr vorschnell mit dem Verweis auf die Gewalt staatlicher und institutioneller Macht beantworten? Und wieso betrachten manche,

* Der folgende Beitrag basiert wesentlich auf: Hess V / Ledebur S: *Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als urbaner Schwellenraum*, in: *Kulturen des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne*. Hrsgg. Volker Hess und Heinz-Peter Schmiedebach, Böhlau: Wien etc. 2012, 19-56. Alle Nachweise und Referenzen dort.

¹ Foucault, Michel: *Folie et déraison: Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon: Paris 1961; vgl.: Hess, Volker / Benoît Majerus: *Writing the history of psychiatry in the 20th century*. *History of Psychiatry* 22 (2011), 144-154.

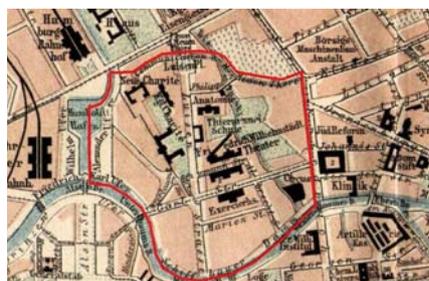
² Eghigian, Greg: *Deinstitutionalizing the History of Contemporary Psychiatry*. *History of Psychiatry* 21 (2011), 201-214.



im anderen Extrem, die Probleme einer institutionalisierten Psychiatrie als gelöst, wenn die Psychiatrie in den Neurowissenschaften aufgehe?³ Auf dieses Spiegelbild der Gesellschaft will der folgende Beitrag einen – wenn auch notgedrungen flüchtigen – Blick werfen. Am Beispiel der Poliklinik lässt sich eine Geschichte der Psychiatrie veranschaulichen und damit die heutigen Fragen der Dehospitalisierung und Deinstitutionalisierung reflektieren.

Gegründet wurden die Polikliniken Ende des 19. Jahrhunderts, um den Klinikern jene Patienten zu liefern, die sie für ihre Forschung und Lehre zu brauchen meinten. Ob sich diese in Bittschreiben und Eingaben artikulierten Hoffnungen tatsächlich erfüllten, ist aber fraglich. Denn die Poliklinik konfrontierte die Ärzte mit psychischen Störungen, Leiden und Beschwerden,

die das Wissen und das Selbstverständnis der Institution entscheidend verändern sollten. Dabei verschränkte – und das ist das zentrale Argument – die Poliklinik in mehrfacher Weise die alte Anstalt mit der Entwicklung einer industrialisierenden, urbanen Gesellschaft. Dies gilt ganz besonders für die Poliklinik der Nervenklinik an der Charité in Berlin. Mit ihr öffnete sich die institutionalisierte Psychiatrie – in Umkehrung der „großen Einsperrung“ – zur Stadt und wurde Teil des urbanen Lebens.



Ursprünglich lag Europas größtes Krankenhaus im wahrsten Sinne des Wortes auf dem Acker: Wegen des morastigen Grundes war die Charité und ihre Irrenanstalt am einfachsten über die Spree per Kahn zu erreichen. Ende des 19. Jahrhunderts war die Klinik hingegen ins Herz des urbanen Lebens gerückt: Nach Süd-Osten entstand entlang der Friedrichsstraße das berühmte Amüserviertel, im Osten befand sich das Armenquartier des Scheunenviertels und nach Nord-Osten lag das sogenannte Feuerland mit seinen großen Eisengießereien und Maschinenfabriken. Im Süden schließlich grenzte mit dem Ministeriumsviertel das repräsentative Berlin an die Charité. Die einstige Irrenanstalt war damit in die Mitte all jener

³ Shorter, Edward: *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons: New York etc 1997.

tiefgreifenden Veränderungen gerückt, die das urbane Leben kennzeichnen: Theater und Zirkusbauten, Künstler-Cafés und Kneipen auf der einen Seite, auf der anderen Industriearbeit und Güterverkehr: Um den neuen Humboldt-Hafen hatte sich der größte Umschlagplatz für Industriegüter entwickelt. Wie wirkte sich diese neue Verortung

auf die Versorgung der Geisteskranken aus? In welcher Weise partizipierte die Psychiatrie an den großen sozialen und wirtschaftlichen Veränderungen der Gesellschaft?

Einen ersten Anhaltspunkt gibt die Statistik:

	1877	1880	1885	1889	1891	1894	1897	1900
REGISTRIETE „ANNAHMEN“	315	165	843	779	731	697	389	1049
AUSWÄRTIGE (ABSOLUT)	25	7	40	119	156	126	106	173
AUSWÄRTIGE (IN PROZENT)	7,9	4,2	4,7	15,3	21,3	18,1	27,2	16,5

Tabelle 1: Anteil der auswärtigen Besucher der Nervenpoliklinik in ausgewählten Jahren. (Quelle: Jahresberichte, Charité-Annalen)

Der neue Verkehrsknotenpunkt an der Invalidenstraße ließ die Zahl der auswärtigen Patienten kontinuierlich steigen. Bereits vor 1900 kam ein Drittel der ambulanten Patienten aus dem Umland. Die meisten der Hilfesuchenden kamen aus eigenem Antrieb. Nur selten finden sich Überweisungen oder Atteste. Die Poliklinik konkurrierte aber nicht nur mit den niedergelassenen Nerven-

ärzten (was zu Konflikten führte), sondern veränderte das Profil der ganzen Klinik. Denn die Poliklinik war im Gegensatz zur Abteilung keine Armeneinrichtung. Ihre Klientel rekrutierte sich aus allen sozialen Schichten der Stadt – von den labouring poor (Arbeiter, Kutscher, Näherinnen, Handwerksgesellen) über die neuen Industrieberufe (Metallendreher, Maschinenarbeiter) bis hin

zu den akademischen Mittelschichten (Lehrer, Ärzte und Privatdozenten). Diese Patienten bestimmten zunehmend die klinische Praxis. Am Vorabend des Ersten Weltkriegs kamen auf jeden stationären Patienten drei ambulante (vgl. Tabelle 2). Die Poliklinik integrierte somit die institutionalisierte Irrenbehandlung in die ambulante Versorgungsstruktur der Stadt.

JAHR	POLIKLINIK	VERHÄLTNISS AMBULANT ZU STATIONÄR	NERVENKLINIK INSGESAMT	NEUROLOGISCHE ABTEILUNG	PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG
1879/80	165	0,1	983	131	852
1884/85	843	0,4	2121	169	1925
1889/90	811	0,3	2558	248	2310
1894/95	751	0,3	2547	213	2334
1900	1049	0,5	2134	259	1875
1905	2684	1,2	2231	478	1753
1910	5814	2,7	1690	464	2154
1912	6471	3,4	1408	501	1909

Tabelle 2: Anteil der poliklinischen Patienten (Quelle: Jahresberichte, Charité-Annalen)

Am Humboldt-Hafen gelegen, avancierte die Poliklinik zum Vorhof des „Feuerlandes“. Sie diente all jenen als Anlaufstelle, die an den Folgen der Arbeits- und Lebensbedingungen schwer-

industrieller Produktionsprozesse litten. So stellt sich die konzeptionelle Neufassung der Railway spine als Revue der Gefahren einer industrialisierten Arbeitswelt dar – vom Rangier-Un-

fall über den gerissenen Treibriemen, vom Hammerschlag bis zur Gasexplosion, von der Quetschung bis zum „Maschinenschaden“ der Hände. Die Logik des von Hermann Oppenheim ent-

wickelten Deutungskonzeptes als „traumatische Neurose“ erschließt sich erst mit der Verortung der psychiatrischen Theoriebildung im räumlichen Arrangement von Psychiatrie, Verkehr und Industrie.

So stellt sich die konzeptionelle Neufassung der Railway spine als Revue der Gefahren einer industrialisierten Arbeitswelt dar – vom Rangier-Unfall über den gerissenen Treibriemen, vom Hammer-schlag bis zur Gasexplosion, von der Quetschung bis zum „Maschinenschaden“ der Hände.

Ein anschauliches Beispiel sind auch die Zwangsvorstellungen, zu deren Erforschung Carl Westphal, Leiter der Klinik von 1869 bis 1889, weit mehr publizierte als zu den klassischen Erkrankungen der psychiatrischen Lehre (einfache Seelenstörung, Krampfleiden oder Dementia). Diese rückten aber erst mit der Poliklinik in den Mittelpunkt des psychiatrischen Interesses, wie seine Veröffentlichungen zur Agoraphobie zeigen. Sicherlich war bereits Westphals Lehrer Wilhelm Griesinger auf das bis dahin unbekannte Störungsbild aufmerksam geworden – durch die Schilderungen von Patienten seiner Privatpraxis. Alle Betroffenen betrachteten sich selbst nicht als geisteskrank, konnten aber ihre massive Beeinträchtigung des täglichen Lebens benennen. Im Berlin des ausgehenden 19. Jahrhunderts war eine Furcht vor großen Straßen und Plätzen durchaus ein entscheidendes Hindernis für die Teilnahme am öffentlichen Leben. Zwar kamen Introspektion und Verbalisierung, also Tugenden der bürgerlichen Gesellschaft, eine entscheidende Rolle zu, doch reichten gelegentliche Beobachtungen der Privatpraxis nicht hin, um das neue Krankheits-

bild zu stabilisieren. Das gelang erst in der Poliklinik. Gezielt suchte Westphal in täglichen Einträgen der Bandakten nach Hinweisen.

Sehen ist ein konstruktiver Prozess. Über Jahre hinweg lassen sich die Anstreichungen verfolgen, mit denen Westphal die täglichen Einträge nachbearbeitete, bis hin zu Erkrankungen, die nachträglich als „Agoraphobie“ umgedeutet wurden. Die Akten dokumentieren anschaulich, wie die Unsicherheit „auf belebte[n] Straßen und freie[n] Plätzen“ in einen Gegenstand des psychiatrischen Kanons verwandelt wurde. Westphals Definition der Agoraphobie von 1872 war eine Reaktion auf ein offenbar spezifisches Leiden der Stadt. Sie zeigt zugleich, wie psychiatrisches Wissen die sozialen und gesellschaftlichen Veränderungen abbildet.

Westphals Definition der Agoraphobie von 1872 war eine Reaktion auf ein offenbar spezifisches Leiden der Stadt. Sie zeigt zugleich, wie psychiatrisches Wissen die sozialen und gesellschaftlichen Veränderungen abbildet.

Die Poliklinik diente hierbei keineswegs nur als „Schleuse“, die „interessantes Material“ in einen klinischen Binnenraum überführte. Vielmehr wurden bei diesem Durchgang Leiden des industriellen Alltags und Beschwerden des großstädtischen Lebens in psychiatrische Wissensobjekte und Unterrichtsgegenstände transformiert. Die Wirkmächtigkeit dieser Verwandlung wird in der performativen Gestaltung dieses Passageprozesses greifbar. Natürlich hing das Interesse an neurologischen Phänomenen und Untersuchungsverfahren eng mit der besonderen Ausrichtung der Klinik zusammen, die Griesingers berühmtem Leitspruch folgend, Geisteskrankheiten als ein in der morphologischen Struktur lo-

kalisierbares Geschehen begriff. Zur Wirksamkeit kam diese programmatische Konzeption aber erst in einem Raum, der den Betroffenen die richtigen Worte für ihr bislang namenloses Leiden bot. Westphals Hinweis auf einen dankbaren Leser, dem der Begriff der Agoraphobie endlich eine verständliche Deutung seiner eigenen Beschwerden gab, mag diesen performativen Akt einer Transmutation illustrieren, in dem psychisches Leiden in ein neuropathologisch gedachtes Krankheitskonzept überführt wurde. Das schloss eine – ebenfalls neuropathologisch gedachte – Behandlung mit ein. Von der Anwendung heißer Bäder und Massagen über Licht- und Wärmetherapie bis hin zur Anwendung elektrischer Ströme: Die Mehrzahl der Ratsuchenden wurde nach Diagnose und Beratung nicht stationär aufgenommen, sondern zweimal die Woche in der Poliklinik ambulant mit jenen neuen Verfahren behandelt, mit denen die Psychiater die neurologische Ausrichtung ihres Fachgebietes therapeutisch untermauerten. Was auf den ersten Blick wie ein konzeptioneller Zirkelschluss aussieht, mag für die Betroffenen in der Praxis der täglichen Anwendung eine ganz andere Bedeutung erhalten haben: Industrielle Revolution und urbaner Konsum waren nicht nur mögliche Ursachen zahlreicher Erkrankungen, sondern zugleich Quelle ihrer Heilung – mit technisch erzeugter Licht- und Wärmestrahlung, heißem Badewasser in großen Mengen und dem Einsatz von Gleich- und Wechselströmen. Es war die gleiche industrielle Welt der wachsenden Großstadt – vor wie hinter den Türen der psychiatrischen Klinik.

PROF. DR. MED. VOLKER HESS

*Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin*



Können wir das Gehirn nur in Interaktion mit anderen Gehirnen verstehen?

NEUROWISSENSCHAFT UND PHILOSOPHIE

DAS SOZIALE GEHIRN

Eine kritische Bestandsaufnahme

Autor: Henrik Walter

Die kognitiven Neurowissenschaften und das Neuroimaging haben sich inzwischen als bedeutende Forschungsrichtungen in Psychiatrie und Psychologie etabliert. Durch ihre Anfangserfolge bestärkt, untersucht sie inzwischen auch höhere und höchste geistige Leistungen und Störungen, etwa im Bereich der Empathie, des Willens oder der sozialen Kognition.

Gleichzeitig werden jedoch zunehmend kritische Stimmen laut (Choudhury & Slaby 2011). Sie werfen der kognitiven Neurowissenschaft methodische Schwächen vor oder kritisieren sie für ihren überzogenen (Allein-)Erklärungsanspruch. Diese Kritik wird unter den Schlagworten der „Voodoo-Korrelationen“, der kritischen Neurowissenschaft, der Neuromythologie, des „Brain Overclaim Syndroms“ oder der „Blobologie“ (Wissenschaft der bunten Flecken) verhandelt. Einer der wichtigen Kritikpunk-

te besagt, dass ein hirnzentriertes Bild menschlicher geistiger Fähigkeiten zu eng sei, da sie die Einbettung des Gehirns in den Körper, die soziale Umwelt und kulturelle Randbedingungen ausblende. Ist eine neurokognitive mit einer sozialen Perspektive inkompatibel? Handelt es sich dabei also um Gegensätze, gar Gegner?

Die Antwort lautet: Nein. Auch wenn es ohne Zweifel übertriebene Behauptungen zur Erklärungskraft der Neurobiologie gibt, so zeigt ein genauere Blick auf ihre Entwicklung ein anderes Bild. Tatsächlich entwickelt sich die kognitive Neurowissenschaft nämlich zur Zeit dahin, dass sie soziale und kulturelle Einflussfaktoren genauer ins Bild nimmt; in gewissem Sinne kann man sogar davon sprechen, dass sie zu einer Wiederentdeckung des Sozialen entscheidend beigetragen hat.

Dabei ist die soziale kognitive Neu-

rowissenschaft für die kurze Zeit ihres Wirkens (ein gutes Jahrzehnt) schon recht weit gekommen. Sie hat eine Reihe neurokognitiver Mechanismen identifiziert und charakterisiert, die für eine funktionierende soziale Interaktion relevant sind. Dabei lassen sich (mindestens) fünf grundlegende Kategorien von Mechanismen unterscheiden (Frith & Frith 2012): Lernen durch soziale Belohnungen, Imitation (Spiegelneuro-ne, implizites Mentalisieren = Theory of Mind), Intention Tracking (die Fähigkeit, Absichten zu erkennen und zu verfolgen), exekutive Kontrolle impliziter sozialer Prozesse (zum Beispiel das Überwinden von Vorurteilen) und Metakognition (explizites Mentalisieren, Reflexion über Kommunikation und Reliabilität von Kognition). Für diese kognitiven Mechanismen wurden neuronale Regionen und neuronale Netzwerke identifiziert, die dazu beitragen, diese Prozesse zu realisieren. Interessanterweise zeigt das System, dass an der Mentalisierung beteiligt ist (medialer präfrontaler Kortex, posteriores Cingulum, temporo-parietaler Übergang und superiorer temporaler Sulcus beidseits), starke Überlappungen mit dem System, das in Ruhe stärker aktiv ist, dem sogenannten Default Mode Network – möglicherweise ein Hinweis darauf, dass soziale Informationsverarbeitung die „Standardeinstellung“ unseres neurokognitiven Gehirnsystems ist.

Auch wissen wir heute schon viel über die molekulare Ebene sozialer Interaktion, insbesondere im Bereich der sozialen Bindung. So spielen Neuropeptide wie Oxytocin und Vasopressin eine große Rolle für Bindung und Vertrauen, Liebe und Sex, aber auch für soziale Aggression. Sie stehen in engen Wechselwirkungen mit einer Vielzahl anderer Transmitter und Hormone und beeinflussen Emotionen und Motivationen in sozialen Beziehungen (McCall & Singer 2012). Zudem wurden neue Hypothesen darüber entwickelt, wie soziale Erfahrungen über die Lebensspanne und transgenerational weitergegeben werden

könnten, nämlich über epigenetische Prozesse (Klengel et al. 2013).

Auch in der wissenschaftlichen Psychiatrie spielt die soziale kognitive Neurowissenschaft eine immer größere Rolle. Bestimmte Erkrankungen scheinen vor allem durch die Störung der sozialen Interaktion und der ihnen zugrunde liegenden Prozesse charakterisiert zu sein, wie etwa bei Autismus oder Schizophrenie (Walter et al. 2009a, 2011). Es gibt eine Wiederentdeckung und Erforschung von sozialen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel das Aufwachsen in Großstädten, Migration oder frühe soziale Interaktions- und Bindungserfahrungen (Lederbogen et al. 2011). Und schließlich wird die neuronale Basis sozialer Interaktion und die Wirkung sozialer Interaktion auf Gehirnprozesse selbst untersucht, etwa indem man die Gehirne miteinander agierender Personen studiert (Schilbach et al. In press) oder die neuronalen Mechanismen, die den Wirkungen von Psychotherapie zugrunde liegen (Walter et al. 2009b).

Nun liegt der Einwand nahe, dass die obige Darstellung genau das demonstriert, was die Neurokritik moniert, nämlich dass soziale Vorgänge und soziale Wirkfaktoren auf neuronale Mechanismen reduziert würden. Die Rede von „Mechanismen“, „realisieren“ oder „auf neuronalen Prozessen beruhen“ zeige nur die Hilflosigkeit der Neurowissenschaft, die implizit eine kausale Priorität von neuronalen Prozessen annehmen und diese zu starke Annahme mithilfe solcher quasikausalen Hilfsörter verbräme. Ist dieser Vorwurf berechtigt?

Auch hier muss man entschieden verneinen. Denn das eigentliche Modell, das der sozialen, wie auch der kognitiven Neurowissenschaft überhaupt, zugrunde liegt, lässt sich treffender mit einer Metapher beschreiben, nämlich der des Nadelöhrs oder des Flaschenhalses: Alle sozialen Interaktionen sowie alle sozialen Risikofaktoren müssen, wenn sie Einfluss auf geistige Prozesse

nehmen wollen, ihre kausale Wirksamkeit über das Nadelöhr des Gehirns entfalten. Diese Annahme ist nun tatsächlich grundlegend für die soziale kognitive Neurowissenschaft. Allerdings sagt sie für sich genommen weder etwas darüber aus, welche spezielle Ursachen ein spezieller Vorgang hat, noch darüber, ob die Praxis der Psychiatrie sinnvollerweise hirnbasiert sein sollte. Das ist eine Frage der Empirie, der Machbarkeit und der Bezahlbarkeit. Vielmehr räumt sie mit dem alten, meist impliziten Vorurteil auf, das psychologische und soziale Erklärungen in einem Ausschließlichkeitsverhältnis zueinander stehen (das Erbe einer dualistischen Theorie des Geistes). Auch bricht sie mit der immer noch weit verbreiteten These, dass psychische Phänomene entweder von innen her neurochemisch oder von außen durch Verhalten erklärt werden müssen. Ein gutes Beispiel ist die Wirkung des Oxytocins: Wir wissen, dass sanfte Berührungen im richtigen Kontext zu einer vermehrten sozialen Bindung führen, die unter anderem durch eine Oxytocinausschüttung vermittelt ist. Es wäre altmodisch und sinnlos, die Frage zu stellen, ob die Ursache der Bindung ein sozialer (soziale Interaktion) oder ein neurobiologischer Prozess (Oxytocinausschüttung) ist. Vielmehr beschreibt die soziale kognitive Neurowissenschaft einen Mechanismus, über den positive Bindung vermittelt wird, auf dem sie beruht, über den sie realisiert wird (Walter 2003).

Eine tiefer gehende philosophische Frage, die das Studium sozialer Kognition in besonderem Maße aufwirft, ist die Frage nach der Natur geistiger Prozesse: Sind sie allein vom Gehirn her (internalistisch) zu verstehen oder konstituieren sie sich erst (externalistisch) in Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt? Letzteres behauptet die erweiterte (extended) Theorie des Geistes (Menary et al. 2010). Obwohl diese Frage sehr theoretisch anmutet, gewinnt sie durch die Bedeutung der technologisch vernetzten Alltagswelt, insbeson-

dere bei Jugendlichen, und durch die Existenz neurotechnologischer Prothesen zunehmend an praktischer Bedeutung. Bei der Beantwortung dieser Frage wird die soziale kognitive Neurowissenschaft, ebenso wie bei der Ausarbeitung der Metapher des Nadelöhrs zu einer Theorie, aller Voraussicht nach eine wesentliche Rolle spielen.

PROF. DR. MED. DR. PHIL.

HENRIK WALTER

Lehrstuhl für Psychiatrie, psychiatrische Neurowissenschaft und Neuropsychiatrie

Leiter des Forschungsbereichs Mind and Brain

Charité – Universitätsmedizin Berlin

LITERATUR

Choudhury S, Slaby J (Hrsg.) *Critical Neuroscience: A Handbook of the Social and Cultural Contexts of Neuroscience*. Wiley 2011.

Frith CD, Frith U (2012) *Mechanisms of Social Cognition*. *Annu Rev Psychol* 63:287–313.

Klengel T et al. (2013). *Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma interactions*. *Nature Neuroscience* 16(1):33–41.

Lederbogen F et al. (2011) *City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans*. *Nature* 474(7352):498–501.

McCall C, Singer T (2012) *The animal and human neuroendocrinology of social cognition, motivation and behavior*. *Nature Neuroscience* 5(5):681–8.

Menary R (Hrsg.) (2010) *The Extended Mind*. MIT Press.

Schilbach L et al. (in press) *Toward a second-person neuroscience*. *Behavioral and Brain Sciences*.

Walter H (2003) *Lust und Liebe. Ein intimes Verhältnis und seine neurobiologischen Grundlagen*. In: Stephan A, Walter H (eds.) *Natur und Theorie der Emotion*. mentis, Paderborn, S. 75–111.

Walter H et al. (2009a) *Dysfunction of the social brain in schizophrenia is modulated by intention type: an fMRI study*. *Social, Cognitive and Affective Sciences* 4(2): 66–176.

Walter H et al. (2009b) *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, Suppl. 2, 173–182.

Walter H et al. (2011) *Effects of a Genome-Wide Supported Psychosis Risk Variant on Neural Activation during a Theory-of-Mind Task*. *Molecular Psychiatry* 16:462–470.

DGPPN-PREISE 2013

Mit insgesamt zwölf eigenen Preisen unterstützt die DGPPN herausragende Arbeiten und Projekte im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Besonders die Förderung von Nachwuchswissenschaftlern und -wissenschaftlerinnen sowie Studierenden steht im Mittelpunkt der Auszeichnungen. Zudem würdigt die DGPPN Personen für ihr Lebenswerk in der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Preise werden auf dem DGPPN Kongress 2013 verliehen.

NACHWUCHSPREISE

- **DGPPN-Forschungsförderpreis für Versorgungsforschung und Epidemiologie psychischer Störungen**
Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 10.000 dotiert.
- **DGPPN-Preis für neurobiologische Forschung in der Psychiatrie**
Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 10.000 dotiert.
- **DGPPN-Forschungspreis Ärztliche Psychotherapie**
Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 5000 dotiert.
- **DGPPN-Promotionspreis: Hans-Heimann-Preis**
Der Preis wird von Servier Deutschland gestiftet und ist mit 3 x EUR 8000 dotiert.
- **DGPPN-Nachwuchspreis für Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie**
Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 2500 dotiert.
- **DGPPN-Preis zur Erforschung von Depressivität bei psychischen Erkrankungen – Emanuela-Dalla-Vecchia-Preis**
Der Preis wird von der Stiftung Depressionsforschung gestiftet und ist mit EUR 15.000 dotiert.
- **DGPPN-Förderpreis für Studierende zur Erforschung von psychischen Erkrankungen – Emanuela-Dalla-Vecchia-Preis**
Der Preis wird von der Stiftung Depressionsforschung gestiftet und ist mit EUR 5000 dotiert.
- **DGPPN-Posterpreise**
Die Preise werden in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und sind mit 10 x EUR 500 dotiert. Klassische sowie ePoster können eingereicht werden.

■ Verleihung der Wilhelm-Griesinger-Medaille

Mit der Medaille werden Personen für ihr Lebenswerk in der Psychiatrie und Psychotherapie geehrt.

2013 erstmals seit 1996 wieder verliehen.



■ DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus

Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 10.000 dotiert.

■ DGPPN-Antistigma-Preis

Der Preis wird gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit und in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 5000 dotiert.

WEITERE DGPPN-PREISE

- **DGPPN-Preis für Philosophie in der Psychiatrie**
Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 2000 dotiert.
- **DGPPN-Preis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**
Der Preis wird in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit vergeben und ist mit EUR 5000 dotiert.



MITGLIEDSCHAFT IN DER DGPPN

ENGAGEMENT UND INTERESSENSVERTRETUNG FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Mit inzwischen 7500 Mitgliedern bündelt die DGPPN das Engagement der Mehrheit von Ärztinnen und Ärzten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Die DGPPN gibt der psychischen Gesundheit somit eine starke Stimme und setzt sich mit Engagement und Initiativen im gesundheits- und fachpolitischen Bereich dafür ein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen frei von Vorurteilen leben können und die notwendigen Hilfen erhalten.

Als Mitglied haben Sie vielfältige Möglichkeiten des Engagements und der Teilnahme:

- Mitarbeit in mehr als 30 fachspezifischen Referaten, die den wissenschaftlichen Forschungsstand verfolgen und sich in die politische und gesellschaftliche Diskussionen einbringen
- Mitgestaltung des DGPPN Kongresses – Europas größter Fachtagung im Bereich der psychischen Erkrankungen
- Aktiver Austausch mit Betroffenen und Angehörigen
- Teilnahme an berufspolitischen Workshops und Facharztrepertorien
- Bezug des *Psyche im Fokus* – das Magazin der DGPPN, das viermal jährlich erscheint
- Information zu zentralen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Entwicklungen durch aktuelle Pressemitteilungen und Stellungnahmen
- Teilnahme an drei bis vier Hauptstadtsymposien pro Jahr zu wichtigen Themen rund um psychische Erkrankungen
- Interessensvertretung im regelmäßigen Dialog der Funktionsträger der DGPPN mit den wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik
- Aktiver Austausch mit Betroffenen und Angehörigen

WIR SIND FÜR SIE DA!

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 b | 10117 Berlin
Tel: 030.240 477-20
sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de > Über uns > Geschäftsstelle

Erfahren Sie mehr über die Mitgliedschaft in der DGPPN:

www.dgppn.de > Mitglieder



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